

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Qualidade e Tecnologias da Saúde

**Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos
Clientes/Utentes do Grupo CUF.
O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa.**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Dulce Maria Lourenço Miranda

Nº4446

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora/Lisboa, Setembro, 2010



1824690

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação contou com vários apoios, que não poderia deixar de referir e aos quais quero expressar o meu reconhecimento e gratidão.

Assim em primeiro lugar, desejo agradecer com imensa gratidão, respeito e estima ao Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelo seu entusiasmo contagiante na investigação, pela partilha de saber e disponibilidade permanente com oportuno sentido crítico, às muitas sugestões e ideias que me ofereceu, à firmeza e dedicação colocados em todo o processo que conduziu à elaboração deste trabalho.

Foi o apoio, amizade e perseverança do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva que não me deixaram desistir quando surgiram os problemas, contrariedades e desânimos. O meu bem-haja por me ter aceite como orientanda a meio deste empreendimento.

Agradeço reconhecidamente à Dr.^a Arminda Sustelo e suas colaboradoras Ana Neves e Dina Pereira do Centro de Documentação e Informação do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca pela disponibilidade e ajuda preciosa nas várias pesquisas realizadas para escolha do tema e fundamentação do mesmo, assim como na obtenção dos muitos artigos indisponíveis nas bibliotecas portuguesas para a elaboração deste trabalho.

Quero ainda deixar expresso o meu agradecimento aos Directores e Coordenadores dos locais em estudo e a todos os colegas que amavelmente colaboraram na distribuição e recolha dos questionários aos utentes dos vários locais.

Aos amigos que me apoiaram e animaram nos momentos de desânimo. À amiga Paulinha Santos que sempre lembrou a importância de viver o “presente” o melhor possível. Às amigas Ana Nunes, Lisa Ribeiro, Cristina Anselmo e Rita Cabaço "Chapitô" pela enorme amizade e presença nos bons e maus momentos. Ao Francisco Alpendurada pela amizade repleta de boa disposição e forte sentido crítico. À prima Mónica Gonçalves pela amizade e companhia nos dias de estudo.

À minha família, pelo apoio, carinho e incentivo que sempre deram e por acreditarem em mim.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo geral a análise dos atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes nos Serviços de Imagiologia de três unidades de saúde privado e a sua relação com a satisfação dos mesmos. Para o desenrolar da pesquisa criou-se um modelo de investigação baseado na adaptação dos pressupostos interdisciplinares existentes na área do estudo das relações entre os atributos da qualidade percebida e a satisfação dos actores individuais e colectivos.

A nível metodológico utilizou-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, recorrendo ao inquérito por questionário para a recolha privilegiada de dados, cuja concepção baseou-se numa adaptação da escala SERVPREF (Cronin & Taylor 1992, 1994) e das dimensões do modelo SERVQUAL (PZB, 1991), assim como doutros modelos na área da Radiologia e dos serviços hospitalares.

O estudo incidiu sobre uma amostra não probabilística de 201 clientes/utentes de três Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF, que recorreram aos serviços prestados ao nível da TC, RM e Mamografia em 2009.

O protocolo de tratamento de dados utilizado teve em linha de conta os objectivos da investigação, incidindo na análise descritiva uni, bi e multivariada. Os dados recolhidos foram tratados via SPSS 17, cujos resultados colocaram em evidência de que a consistência interna da escala do modelo global adoptado apresenta um valor de *Alpha Cronbach* de 0,953, variando os valores parcelares das diferentes sub-dimensões factoriais entre 0,820 a 0,907. Os factores extraídos via análise factorial por componentes principais permitiu identificar os eixos dum modelo global para os serviços estudados, em que testado via AMOS 17 permitiu validar um sub-modelo final de equações estruturais (SEM: *Structural Equation Modeling*) que traduz a matriz da qualidade percebida dos três Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF. Os resultados sugerem ainda um forte correlação entre a qualidade percebida em geral e a satisfação dos clientes/utentes.

Em suma, foram atingidos os objectivos principais do estudo com a validação de um modelo de análise da qualidade percebida pelos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia e a análise das percepções dos clientes/utentes dos mesmos serviços no que diz respeito às avaliações da qualidade do “desempenho” do serviço prestado. De acordo com os resultados é proposto uma intervenção sócio-organizacional no âmbito do desempenho dos profissionais, designadamente em gestão do risco e segurança dos clientes/utentes para os Serviços de Imagiologia.

Palavras-chave: Qualidade Percebida, Satisfação, Serviço de Radiologia, SERVPREF.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

Understanding the Attributes of Perceived Quality by Users/Patients/Clients of CUF - Private Health Group. A Case of Three Departments of Radiology in the Lisbon Region

ABSTRACT

This study aims to analyse the perceived quality by customers / users of diagnostic imaging services in three units of private health services and its relations with user's satisfaction. To develop the research, a research model was created, based on the adjustment of the interdisciplinary assumptions existing in the area of the study of the relations between the attributes of perceived quality and the satisfaction of individual and collective actors.

From a methodological tier, a cross-sectional descriptive and correlation study was used, using the survey questionnaire for collecting relevant data, whose design was based on an adjustment of the scale SERVPREF (Cronin and Taylor 1992, 1994) and dimensions of the SERVQUAL model (PZB, 1991), as well as of other models in the field of radiology and hospital services, and the model HQual (Silva et al., 2009) to explore the dimensions of quality and satisfaction. The study focused on a non-probability sample of 201 customers / users of three imaging services at the Lisbon CUF group, who resorted to the services provided at the CT, MRI and Mammography level in 2009.

The data treatment protocol which was used took into account the research objectives, through unit, bi and multivariate analysis. The research data were processed through SPSS 17, and the respective results have demonstrated that the internal consistency of the scale of the global model adopted has a Cronbach alpha value of 0.953, varying the parcel values of the different sub-factorial dimensions between 0.820 and 0.907. The factors extracted by factorial analysis by principal components allowed the identification of the axes of a comprehensive model for the services studied, as testing by AMOS 17 allowed to validate a final structural equation sub-model (SEM: Structural Equation Modeling) of a matrix of perceived quality and satisfaction of customers / users from three department of radiology from Lisbon CUF group. The results also suggest a strong correlation between perceived quality and overall satisfaction of customers/users.

In short, the main objectives of the study have been achieved with the validation of an analytical model of perceived quality and satisfaction of customers/users of services and imaging services and the analysis of the perceptions of customers/users of these services with regard to quality "performance" assessments of service. According to the results, a social organizational intervention is proposed with respect to the performance of professionals in risk management and safety of customers/users for Imaging Services.

Keywords: Quality Service Perception, Satisfaction, Radiology Department, SERVPREF.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa



Dulce Miranda
2010

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida
pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF.
O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE GERAL	XIII
ÍNDICE DE QUADROS	XVII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIX
SIGLAS E ABREVIATURAS	XX
INTRODUÇÃO	3
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1 Qualidade em Saúde ou Qualidade em Serviços de Saúde	7
1.2. Da Qualidade em Unidades de Saúde à Gestão em Saúde	12
1.2.1. Indicadores de Qualidade	14
1.2.2. Segurança do Paciente - <i>Patient Safety</i>	16
1.3. Um Olhar na Ideia de Satisfação	18
1.3.1. Definição e Modelos de Satisfação	18
1.3.2. Satisfação e Qualidade Percebida pelo Cliente	20
1.4. Principais Modelos de Avaliação da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde	22
1.4.1. Adaptação dos Principais Modelos na Área da Saúde	24
1.4.2. Principais Modificações do Instrumento e Metodologia de Análise nos Estudos para Medição da Qualidade Percebida e da Satisfação	31
1.5. Unidade de Imagiologia ou de Radiologia	35
1.5.1. Mamografia	35
1.5.2. Tomografia Computorizada	37
1.5.3. Ressonância Magnética	40
1.6. Qualidade em Radiologia	41
1.5.1. Avaliação da Satisfação e Percepção da Qualidade em Radiologia	45

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS	51
2.1. Da Pergunta às Hipóteses de Investigação	51
2.2. Dimensões do Estudo	54
2.3. Conceptualização das Variáveis.....	56
2.4. Da Recolha ao Tratamento de Dados.....	58
2.4.1. Estrutura do Questionário.....	59
2.4.1.1 Pré-Teste	60
2.4.2. Aspectos Particulares dos Procedimentos da Recolha de Dados.....	61
2.4.3. Linhas Gerais do Tratamento e Análise de Dados	62
2.4.4. Notas Breves sobre a Consistência Interna do Instrumento	68
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
3.1. Caracterização dos Três Serviços de Imagiologia - Clínicas CUF da Região de Lisboa	73
3.1.1 Os Três Serviços de Imagiologia.....	75
Clinicacuf Belém.....	76
Clinicacuf Cascais	76
3.2. Caracterização do Perfil dos Inquiridos.....	77
3.3. Uma Primeira Aproximação aos Serviços de Imagiologia	80
3.3.1. Formas de Acesso e Contactos com os Serviços de Imagiologia.....	80
3.3.2. Características Gerais e Particulares dos Serviços de Imagiologia	83
3.4. Valorização dos Serviços de Imagiologia.....	85
3.4.1. Os Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia	85
3.4.2. Hierarquia dos Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia.....	86
3.5. Perfis dos Atributos da Qualidade Percebida dos Serviços de Imagiologia	88
3.5.1. Dimensões da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida	88
3.5.2. Diferenças de Percepção e Avaliação da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida	99
CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES	107
1. O Modelo de Análise	107
2. Valorização dos Serviços de Imagiologia.....	109

3. Formas de Acesso e Contactos com os Serviços de Imagiologia.....	111
4. Percepção da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida	113
5. Recomendações para Estudos Futuros e Sugestões para Melhoria da Qualidade dos Serviços Prestados	117
PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO - ORGANIZACIONAL	119
1. Introdução.....	119
2. Aplicação Prática	120
3. Metodologia de Trabalho.....	120
4. Promoção e Aceitação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.....	123
4.1. Objectivos Gerais.....	123
4.2. Indicadores	123
4.3. Actividades a Desenvolver	124
5. Formação e Integração dos Elo de Ligação.....	124
5.1. Objectivos Gerais.....	125
5.2. Indicadores	126
5.3. Actividades	126
6. Investigação.....	127
6.1. Objectivo Geral	128
6.2. Indicadores	128
6.3. Actividades	128
7. Conclusão.....	129
BIBLIOGRAFIA	133
APÊNDICES	141
Apêndice 1 – Entrevistas Exploratórias	143
Apêndice 2 – Entrevistas relacionadas com questões da construção, adaptação e validação do questionário	145
Apêndice 3 – Questionário Inicial	149
Apêndice 4 – Questionário Final	153
Apêndice 5 – Manual de Recolha de Dados.....	157
Apêndice 6 – Plano de Actividades para Implementação Plano de Intervenção.....	158

Apêndice 7 – Cronograma	160
Apêndice 8 – Diagnóstico, Avaliação possíveis Incidentes	161
ANEXOS.....	163
Anexo 1 – <i>Customers Service Rules to Live By</i>	165
Anexo 2 – Consentimento Informado Ressonância Magnética	167
Anexo 3 – Consentimento Informado Tomografia Computorizada	169
Anexo 4 – Consentimento Mamografia.....	171

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1 - Síntese das Dimensões dos Atributos da Qualidade</i>	10
<i>Quadro 2 - Definições de Qualidade de Serviço</i>	11
<i>Quadro 3 - Síntese dos Principais Modelos de Satisfação</i>	19
<i>Quadro 4 - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise</i>	32
<i>Quadro 4A - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise (continuação)</i>	33
<i>Quadro 4B - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise (conclusão)</i>	34
<i>Quadro 5 - Expectativas dos Pacientes em Relação TC Corpo Inteiro</i>	39
<i>Quadro 6 - Avaliação da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia na Região de Lisboa</i>	53
<i>Quadro 7 - Dimensões SERVQUAL/SERVPERF</i>	55
<i>Quadro 8 - Dimensões do Estudo</i>	55
<i>Quadro 9 - Descrição das Variáveis dos Atributos da Qualidade</i>	57
<i>Quadro 10 - Descrição das Variáveis Sociodemográficas</i>	58
<i>Quadro 11 - Frequência por Zona de Recolha</i>	62
<i>Quadro 12 - Frequência por Tipo de Área Técnica</i>	62
<i>Quadro 13 - Estatística dos MDCT'S nos Três Serviços de Imagiologia</i>	76
<i>Quadro 14 - Caracterização Sociográfica dos Inquiridos dos Três Serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo o sexo, grupo etário e estado civil (%)</i>	77
<i>Quadro 15 - Caracterização Sociográfica dos Inquiridos dos Três Serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo a escolaridade, situação profissional, área de residência, tipo de respondente (%)</i>	78
<i>Quadro 16 - Formas de acesso aos Serviços de Imagiologia do grupo CUF (%)</i>	80
<i>Quadro 17 - Análise das % globais dos Atributos relativos ao Acesso e Contacto com o Serviço de Imagiologia do grupo CUF</i>	81
<i>Quadro 18 - Experiência com os serviços de Imagiologia do grupo CUF(%)</i>	82
<i>Quadro 19 - Tipo de outros serviços de imagiologia contactados (%)</i>	82
<i>Quadro 20 - Voltar a recorrer e/ou aconselhamento dos serviços de Imagiologia do grupo CUF (%)</i>	83
<i>Quadro 21 - Estatísticas descritivas de alguns aspectos dos serviços de Imagiologia</i>	84
<i>Quadro 22 - Estatísticas descritivas dos Atributos da Qualidade dos serviços de Imagiologia do grupo CUF</i>	85
<i>Quadro 23 - Hierarquia da valorização dos atributos da Qualidade do grupo CUF</i>	86

<i>Quadro 24 - Principais Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia</i>	87
<i>Quadro 25 - Alpha Cronbach: 22 questões adaptadas à escala global</i>	88
<i>Quadro 25A - Alpha Cronbach: 22 questões adaptadas à escala global (continuação)</i>	89
<i>Quadro 26 - Adequação da Utilização da Análise Factorial de Componentes Principais</i>	90
<i>Quadro 27 - Variância Explicada dos Factores dos Atributos da Qualidade do serviço de Imagiologia da CUF</i>	90
<i>Quadro 28 - Factores dos Atributos da Qualidade dos serviços de Imagiologia</i>	91
<i>Quadro 29- Consistência interna dos factores da escala global do Questionário</i>	92
<i>Quadro 30 - Índices de ajustamento do modelo inicial reformulado e final</i>	96
<i>Quadro 31 - Estatística descritiva dos itens do Modelo Final (Re)especificado</i>	97
<i>Quadro 32 - Coeficientes das cargas factoriais, estandardizadas e não estandardizadas, dos parâmetros estimados para o modelo da Qualidade</i>	97
<i>Quadro 33 - Comparação dos atributos de Qualidade dos Serviços de Imagiologia CUF segundo a área de proveniência dos inquiridos</i>	100
<i>Quadro 34 - Comparação dos principais atributos globais segundo a área de proveniência dos inquiridos</i>	101
<i>Quadro 35 - Correlação entre os itens do modelo reajustado e os principais atributos globais de avaliação</i>	103
<i>Quadro 36 - Correlação entre os factores do modelo e os principais atributos globais de avaliação</i>	104
<i>Quadro 37 - Matriz Enquadramento Lógico</i>	122

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1- Modelo de Desempenho</i>	<i>14</i>
<i>Figura 2- Modelo EPSI (Westlund et al. 2001)</i>	<i>19</i>
<i>Figura 3 - Modelo Conceptual Scotti, Harmon e Behson</i>	<i>27</i>
<i>Figura 4 - Mapa para Qualidade</i>	<i>43</i>
<i>Figura 5 - Comunicação de Objectivos/Desafio: a importância dos colaboradores</i>	<i>44</i>
<i>Figura 6 - Modelo Conceptual</i>	<i>56</i>
<i>Figura 7- Modelo Inicial (global) com 22 questões adaptadas do SERVPERF</i>	<i>94</i>
<i>Figura 8 CUF - Modelo reformulado com 20 questões adaptadas.....</i>	<i>95</i>
<i>Figura 9 CUF - Modelo Final Reajustado com 8 questões adaptadas</i>	<i>96</i>
<i>Figura 10 CUF - Modelo Final Reajustado, com estimativas estandardizadas.....</i>	<i>98</i>

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACR – *American College of Radiology*
AF – Análise Factorial
AMOS - *Analysis of Moment Structures*
CE - Comissão Europeia
CHKS/HQS – *CHKS/Health Quality Services*
DGS - Direcção Geral da Saúde
EFQM – *European Foundation for Quality Management*
EPSI - *European Program Satisfaction Index*
HESE – EPE – Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E
IPO – Instituto Português de Oncologia
ISO - *International Standard Organization*
KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*
JCAHO - *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization*
JMS – José de Mello Saúde
MCDT'S – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NHS - *National Health Service*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PZB – Parasuraman, Zeithaml e Berry
RF - Radiofrequência
RM – Ressonância Magnética
SEM - *Structural Equation Modeling*
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
TC - Tomografia Computorizada *Multislice*
TR – Técnicos de Radiologia



Introdução

INTRODUÇÃO

A presente dissertação subordinada ao título de “Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Utentes/Doentes/Clientes dum Hospital Privado da Região de Lisboa. O Caso de Três Serviços de Imagiologia na Região de Lisboa”¹, foi realizada entre 2009 e 2010, conducente ao grau de Mestre no âmbito do curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na área de especialização em Qualidade e Tecnologias da Saúde.

A preocupação em melhorar a qualidade de serviços de saúde faz cada vez mais parte da agenda de acção dos governos, dos profissionais de saúde, dos contribuintes e das próprias unidades de saúde, facto que tem feito emergir diferentes modelos de promoção da qualidade nos Serviços de Saúde (Ovretveit, 2000). Espera-se que tais modelos possam ir de encontro às expectativas dos clientes/utentes, quer pela forte concorrência do mercado da saúde, quer pelo grau de exigência dos clientes/utentes. Na verdade, todos esperam que as unidades de saúde estabeleçam normas que garantam a qualidade da prestação dos cuidados e a segurança dos doentes.

Assim encontramos um pouco por todo o lado, uma corrida para a aplicação de estratégias de aferição da qualidade com recurso a consultoras independentes ou consultores especializados em providenciar este apoio em acreditações como as dos grupos internacionais CHKS / HQS² ou JACHO³ e certificações no âmbito do Sistema ISO 9001-2008⁴ nos serviços de saúde, evidenciando uma preocupação crescente em acreditar as unidades de saúde e certificar os serviços no intuito de satisfazer as necessidades dos clientes.

Mas será que é suficiente um serviço de saúde ser certificado, detendo normas

¹ No presente estudo utiliza-se de forma indistinta a terminologia de imagiologia com a de radiologia, assim como de serviço e unidade, e de cliente/utente/doente, pese embora tais termos terem algumas diferenciações e especificações conceptuais e técnicas entre elas.

² CHKS faz parte da *Capital Group plc* e é um dos fornecedores principais do Reino Unido independente de inteligência de serviços de saúde e melhoria da qualidade. Foram pioneiros no mercado britânico em 1989. Desde então, tem desenvolvido um conjunto de soluções para os clientes, em mais de 400 serviços de saúde em 15 países. Estes garantem a imparcialidade na atribuição de acreditação e certificação ISO, informam o desenvolvimento de normas, supervisionam o processo de acreditação e aconselham sobre todas as questões relativas à agenda de qualidade (CHKS-HQS, 2010)

³ Comissão Conjunta sobre a Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO) estabelece normas para as organizações de saúde e questões de acreditação para as organizações que atendam a estas normas. Esta realiza vistorias periódicas no local para verificar que a organização acreditada funciona de acordo com as normas da Comissão Mista e continuamente se esforça para melhorar o atendimento e os serviços que presta (JCAHO, 2010)

⁴ ISO 9001:2008 especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade quando uma organização precisa de demonstrar sua capacidade em fornecer produtos que atenda ao cliente requisitos regulamentares, e visa aumentar a satisfação do cliente através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e garantia de conformidade com o cliente (ISO, 2010)

formalmente instituídas para que os clientes fiquem satisfeitos com a qualidade do serviço prestado?

Os serviços de prestação de cuidados de saúde diferem dos outros serviços devido as características dos clientes/utentes. Estes podem estar frágeis ou em *stress*, situação que se repercute na prática do serviço de que necessitam, gerando por exemplo situações de risco acrescido (Seiders, 2009). Na verdade neste contexto, a qualidade de cuidados é um constructo multidimensional, tornando os serviços de prestação de cuidados numa estrutura complexa, razão pela que se justifica a necessidade de se saber gerir os riscos dos serviços, tendo em vista a garantia da segurança dos pacientes, mas também importa conhecer e compreender as percepções, as necessidades e os factores que influenciam a satisfação dos clientes/utentes.

Falar da qualidade implica ter em conta a satisfação dos clientes/utentes. Segundo Scotti, Harmon e Behson (2007), ao promover a satisfação, lealdade e fiabilização dos clientes/utentes, eleva-se a qualidade dos serviços prestados aos mesmos. Para os autores, a medição da satisfação pode ser utilizada para operacionalizar os resultados globais de qualidade e serve de indicador de gestão das unidades de saúde.

De salientar que Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) desenvolveram o modelo SERVQUAL objectivada à avaliação das expectativas e das percepções dos clientes dos serviços, em geral, e é actualmente um dos modelos mais utilizados para o estudo da qualidade de serviço em diferentes áreas de actividades. Contudo, este modelo tem sido bastante criticado por diversos autores, tais como Cronin e Taylor que em 1994 desenvolvem modelo SERVPREF, como resultado da crítica aos pressupostos do modelo desenvolvido por Parasuraman et al. Na verdade, ao invés da atribuição da importância às expectativas, Cronin e Taylor (1994) argumentam que existe um elo mais relevante e “forte” entre a percepção do cliente quanto à qualidade do serviço e à satisfação deste. Subscrevendo esta perspectiva, outros autores têm vindo a investigar os modelos e as dimensões relevantes na área da Imagiologia de forma a dar suporte a um instrumento que permita capturar a essência dos vectores da qualidade percebida e a satisfação dos clientes.

Tal como sugere o título, esta dissertação tem como tema central a qualidade percebida pelos clientes/utentes, admitindo-a como indicador fundamental para a avaliação da prestação dos cuidados/serviços de diagnóstico nas unidades de saúde, designadamente do sector privado. Em termos estritos, pretendeu-se aferir um procedimento específico para a avaliação e a consequente medição dos atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes num Serviço de Imagiologia, sem excluir a procura de compreensão da sua relação com os aspectos globais da satisfação.

Os objectivos de estudo foram estabelecidos e descritos em seguida:

a) Objectivo Geral:

Analisar os atributos das dimensões da qualidade percebida dos clientes/utentes dos três Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia;

b) Objectivos Específicos:

- Identificar a percepção dos clientes/utentes quanto à sua satisfação face aos atributos de qualidade dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível das técnicas experienciadas nos exames de diagnóstico (TC, RM e Mamografia);
- Identificar os pontos fortes e fracos dos serviços oferecidos pelos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia, na perspectiva dos clientes/utentes;
- Verificar a existência de intenção de retorno dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa do grupo CUF.

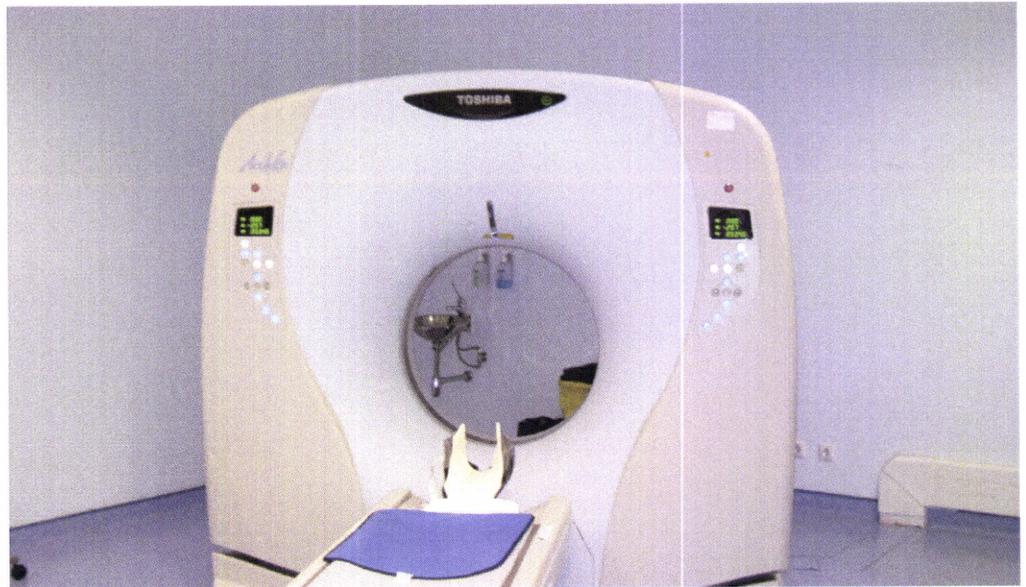
A nível teórico-metodológico utilizou-se uma adaptação do modelo do SERVPREF (Cronin e Taylor 1992, 1994), seguindo ainda de perto as propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005) e dos serviços de Radiologia de Hoe (2007), tendo ainda em consideração as dimensões da qualidade e satisfação de outros autores e estudos dos hospitais portugueses para analisar os atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes em Serviços de Imagiologia.

Para aferir o modelo do estudo houve recurso a diferentes técnicas em que foram levados em linha de conta os objectivos da investigação e a complexidade do tratamento e análise de dados. Os dados recolhidos via inquérito por questionário foram tratados via SPSS 17 e AMOS 17 em que a consistência interna da escala global do modelo global apresenta um valor de *Alpha Cronbach* de 0,953, variando os valores parcelares das diferentes sub-dimensões factoriais entre 0,820 a 0,907.

Os resultados do estudo, descritos mais adiante em capítulo próprio, sugerem um modelo global para os serviços estudados de 22 atributos, composto por quatro factores que influenciam a percepção da qualidade e satisfação dos clientes/utentes, mas após teste via análise de equações estruturais (SEM: *Structural Equation Modeling*), se converte num sub-modelo reduzido a três dimensões e 8 atributos. Da análise das conclusões desta investigação permitem avançar para uma proposta de um plano de intervenção sócio organizacional para os três Serviços de Imagiologia.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes: componente teórica e a componente empírica. A primeira componente apresenta uma síntese do estado de arte do tema do estudo e as literaturas fundamentais efectuadas que dão suporte a pesquisa, organizada em seis subcapítulos onde se abordam os conceitos e definições de qualidade de serviço, indicadores, satisfação, radiologia. Assim neste ponto, descrevem-se os resultados de alguns estudos empíricos realizados na área da qualidade dos serviços de saúde; é apresentada uma breve explicação das três técnicas radiológicas (Tomografia Computorizada; Ressonância Magnética e Mamografia) abordadas no estudo, assim como são tecidas referências à especificidade da qualidade em radiologia, a sua avaliação e medição e os modelos utilizados para medição da mesma entre outros.

A componente empírica é constituída por quatro capítulos, composta pela metodologia do estudo onde são apresentados de forma sistematizada os procedimentos adoptados durante as várias etapas do trabalho e os resultados. Assim sendo, são apresentados os métodos e técnicas utilizados no tratamento dos dados, seguido pela análise dos resultados. Por fim para além da discussão dos resultados e conclusões termina-se com um capítulo destinado ao plano de medidas interventivas a nível da qualidade organizacional dos serviços de radiologia.



Enquadramento Teórico

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os principais modelos, definições e outros assuntos relevantes para a fundamentação e o desenvolvimento da matriz teórica da pesquisa realizada. É constituído por 6 subcapítulos, onde se explica a evolução dos constructos, com maior destaque para as perspectivas da medição da satisfação e da qualidade percebida em Radiologia, tema central deste estudo, ainda pouco explorado até à data, pelo menos no campo da investigação em Portugal.

1.1 Qualidade em Saúde ou Qualidade em Serviços de Saúde.

A noção de qualidade emergiu como um produto da necessidade de gerir e controlar as actividades complexas e dispendiosas, onde as falhas podem potenciar a ocorrência de consequências económicas e organizacionais (Teixeira e António, 2009). Para que os conceitos, as estratégias, as técnicas e os métodos de controlo e de gestão da qualidade possam ser aplicados nos serviços de saúde, é imperativo repensar a especificidade da noção de qualidade nesta área.

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

Numa primeira aproximação, é de considerar que o conceito de qualidade na área da saúde é tributário dos trabalhos decorrentes das teses de Juran, designadamente por Donabedian nos anos 80. Este reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano. O termo "qualidade" é também utilizado para significar "excelência" de um produto ou serviço, tal como argumenta Zanon (2001), exigindo para o efeito uma visão global (Leal et al., 2009).

De recordar que já em 1983 a Organização Mundial de Saúde definiu a qualidade como a articulação de quatro elementos a saber: a) Desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica); b) Eficiência no uso de recursos; c) Gestão de risco; d) Índice de satisfação do doente. De salientar ainda que, em 2000, emergiu um pouco por todos os países europeus uma preocupação em aprofundar as acções tendentes à melhoria da qualidade de serviços de saúde, quer por parte dos governos, quer dos pacientes, utentes, profissionais de saúde e contribuintes. Na verdade o que se observou foi um

desenvolvimento de programas de promoção da qualidade nos Serviços de Saúde, associado à redução de custos. Embora, alguns destes processos foram bem sucedidos, mas outros nem tanto, havendo necessidade da realização de adaptações e ajustamentos (Ovretveit, 2000).

Importa ainda acrescentar que a noção de qualidade é igualmente entendida como uma extensão da missão da organização, interpretável, como argumenta Grootenroos (1983), através de duas dimensões a saber:

- A dimensão técnica é referente à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos, para resolução do problema do utente;
- A interpessoal refere-se à relação pessoal que se estabelece entre quem presta o serviço e o utente (Grootenroos, 1983);

Efectivamente, a qualidade parece poder emergir de forma independente das características das organizações de serviços de saúde, do seu volume dos serviços prestados, da capacidade tecnológica instalada e dos demais recursos disponíveis para a prestação de cuidados. Vejamos. De acordo com Mezomo (2001), é necessário perceber em primeiro lugar, se a organização tem uma missão claramente definida, e se os seus serviços (produtos) satisfazem as reais necessidades dos utentes/clientes/doentes. Assim sendo, para o autor, existe uma série de pressupostos que subjazem na área da qualidade em saúde, e que são os seguintes:

- Missão da organização definida;
- Conhecimento das necessidades dos clientes;
- Estrutura adequada de recursos humanos e materiais necessários para a execução das actividades previstas;
- Implementação de processos adequados aos resultados previstos;
- Avaliação permanente dos resultados;
- Visão da qualidade como processo de melhoria contínua, no âmbito da estrutura, dos processos e dos resultados;
- Envolvimento de todos os elementos chave (clientes internos, externos, fornecedores e parceiros).

Face ao exposto, a qualidade é assumida como um factor primordial para os serviços de saúde, mas também como um factor de sucesso para a própria organização. Integrada num processo de melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde, a ideia de qualidade funciona como um incentivo aos profissionais e às organizações de saúde,

apoiando-os no seu crescimento e envolvimento com os seus colaboradores e parceiros⁵. Sobre este aspecto, importa salientar que segundo Masser (2000), a noção de melhoria contínua da qualidade consiste em três características:

- 1º - É centrada no cliente (receptor, beneficiário, doente);
- 2º - É orientada para o processo (é a reflexão cuidadosa acerca de todas as sequências de acontecimentos relacionados com a prestação de cuidados de saúde);
- 3º - É dirigida por princípios (consiste em observações do real cuidadosamente reunidas e estatisticamente processadas; não aceita palpites, impressões pessoais denominados “*gunshots from the hip*”).

Ao longo do tempo vários autores tem-se dedicado a investigar as dimensões que influenciam as percepções e avaliam as expectativas face à qualidade dos serviços prestados (Quadro 1), sintetizando-as em modelos e definições de qualidade de serviço perspectivados como decorrentes da desconfirmação entre as expectativas e as percepções, passando pelo questionamento das lógicas de desempenho percebido, entre outros atributos (Quadro 2).

Efectivamente, o conceito de qualidade é complexo, razão pela qual se deve ter em atenção aquando do seu estudo, um conjunto de critérios, entre os quais, a conformidade dos serviços com os objectivos e as características das organizações. Por outras palavras, considerando os argumentos de Mezomo, (2001), a qualidade em saúde só poder ser analisada quando estiver vinculada à missão da organização dos serviços de saúde, não devendo por isso ser apenas entendida como um mero conceito universal e generalista.

⁵ Importa relevar que Brown *et al* (1993) descreveram num estudo que a orientação para os clientes pode ser considerada como uma variável de personalidade que reflecte o esforço feito sobretudo pelo serviço para conhecer as necessidades dos clientes, enquanto Schneider e Bowen (1995, p.118) propuseram “*Nearly everyone seems to believe that employees must have a ‘certain kind of personality’ to be good at service work*”. Os resultados deste estudo possibilitaram a evidência empírica de que a percepção da qualidade do serviço em que os empregados aplicam um comportamento orientado para os clientes foi relatado positivamente.

Quadro 1 - Síntese das Dimensões dos Atributos da Qualidade

Dimensões da Qualidade					
Garvin's	Evans e Lindsay's	Parasuraman et al's	Chakrapani's	Coddington's	JCAHO
Dimensões de Produtos	Dimensões Serviço	Dimensões SERVQUAL	Dimensões	Dimensões	Dimensões
Desempenho	Tempo	Tangíveis	Fiabilidade	Cuidados/	Eficácia
Características	Pontualidade	Fiabilidade	Serviço/	Atenção/	Adequação
Fiabilidade	Integridade	Receptividade	Produto	Preocupação	Eficiência
Conformidade	Cortesia	Segurança	Suporte	pela	Respeito e
Durabilidade	Coerência	Empatia	Superar as	Equipa	Cuidado
Manutenção	Acessibilidade		Expectativas	Médica	Segurança
Estética/	e			Equipamento	Continuidade
Imagem	Comodidade			- Tecnológico	Pontualidade
Qualidade	Precisão			especializado	Disponibilidade
Percebida	Resposta			Serviços	
				Disponíveis	
				Resultados	

Fonte: Sower, V. et al (2001)

Um outro aspecto que interessa ainda destacar neste ponto, trata-se do seguinte. Em Portugal e na presente década, a qualidade dos serviços de prestação de cuidados de saúde tem tido a mesma tendência dos países europeus. Os gestores públicos e os profissionais de saúde devem orientar toda a sua acção para o utente, já que este é a razão de funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Bugada, 2006). É preciso fazer certo e da melhor forma, melhorando-as dia a dia, definindo a missão e os objectivos de cada subunidade de modo a alcançar os resultados desejados. Bugada (2006) refere que o SNS deve passar a ser avaliado mais qualitativamente de modo a perceber a satisfação do utente e as motivações dos profissionais. Refere ainda o autor que o alargamento dos serviços de saúde a todos os cidadãos levou a uma exigência maior por parte dos mesmos não havendo lugar a erros dos profissionais ou do sistema em si. Sob esta pressão de mudança, emerge o conceito de "Clinical Governance" cuja ressonância têm-se vindo a sentir no actual contexto de saúde em Portugal.

De relevar que o conceito "Clinical Governance" foi pela primeira vez introduzido pelo governo britânico num documento emitido em 1998 que se referia à qualidade do

“National Health Service” (NHS) “, cujo objectivo seria melhorar a qualidade da prática clínica (Starey, 2003). Trata-se de um modelo que responsabiliza as organizações da saúde pela melhoria contínua dos seus serviços e pela prestação de cuidados com a garantia de qualidade. É um modelo que tem como objectivo, orientar os serviços de saúde para o utente, envolvendo todos os membros da equipa de saúde.

Quadro 2 - Definições de Qualidade de Serviço

Ano	Autor	Definições de qualidade / Dimensões
2007	Bahnan, Coleman e Kelkar	Defendem a aplicação de definições dependendo do estudo em questão. No entanto as melhores são as baseadas no Modelo GAP e SERVQUAL
2004	Kitchroen	Avalia a Qualidade de serviço em 7 factores: segurança; atitude; completude; Disponibilidade; condição e treino.
2003	Zeithalm e Bitner	Teoria da desconfirmação em que a qualidade é a capacidade da organização cumprir ou exceder as expectativas do consumidor
2000	Evans e Lindsay	Consideram como dimensões da qualidade: rapidez; realização; completude; cortesia; consistência; acessibilidade e conveniência; rigor; capacidade de resposta
1996	Sale	Utiliza as 6 dimensões de Maxwell e os sete atributos dos Cuidados de Saúde de Donabedian: cuidado, eficácia, efectivação, eficiência, optimização, aceitação, legitimidade, equidade
1995	Hill e Motes	O conceito de qualidade difere em relação à função da qualificação do prestador do serviço.
1994	Samson e Parker	Utiliza dimensões como: comunicação, tangíveis, garantia, confiança, empatia, críticas pós trabalho, criatividade, iniciativa, fiabilidade. A qualidade é definida como aptidão para uso.
1994	Ghobadian et al.	Consideram confiança, capacidade de resposta, personalização, credibilidade, competência, acesso, cortesia, segurança, comunicação, tangíveis, compreensão/conhecimento do consumidor
1993	Zeithaml et al.	Dimensões da análise dos Gap's, em que a qualidade é definida através da comparação entre o serviço desejado e serviço visível
1992	Cronin e Taylor	Utiliza o SERVPREF como resposta ao SERVQUAL
1992	Berry e Parasuman	Fazem ajustes ao SERVQUAL e utilizam a teoria da desconfirmação
1992	Babakus e Mangold	Teoria da desconfirmação adaptada à área hospitalar
1992	Babakus & Boller	Fazem correcções ao SERVQUAL
1993 1991 1988	Parasuraman, et al.	Comparação de expectativas com percepção da qualidade. Cinco dimensões: SERVQUAL
1988	C. Gönroos	Profissionalismo e capacidades, reputação e credibilidade, comportamento e atitudes, acessibilidade e flexibilidade, confiança; fidedignidade
1985	Parasuraman, et al. (PZB)	Desconfirmação. Utiliza SERVQUAL:10 dimensões
1985	Maister	Utiliza 40 Dimensões, compara a percepção do cliente face ao que recebe em relação às expectativas daquilo que deveria receber
1984	Garvin	Objectivo com base no produto e com base na construção e considera subjectivo com base no utente

Fonte: Adaptado Lopes (2008)

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

1.2. Da Qualidade em Unidades de Saúde à Gestão em Saúde

Na actualidade, as unidades de saúde procuram cada vez mais novas formas de actuação de modo a garantir a sua competitividade e sobrevivência. De acordo com Carvalho e Paladini (2005), através da qualidade, é possível estabelecer um patamar competitivo em relação às outras organizações, diferenciando-as dos demais (“fixar raízes à frente dos concorrentes”). Os autores advogam a criação de um conceito de qualidade consistente para fazer com que as pessoas acreditem que efectivamente a qualidade é fundamental para a sobrevivência da organização. A construção deste conceito consiste numa mudança, não apenas de postura ou comportamentos, mas também na forma de pensar e de agir.

A dinamização na área da qualidade em saúde, segundo Øvretveit (2000), tem sido essencialmente protagonizada pelas organizações, em colaboração com as associações dos grupos profissionais. São exemplos destas situações os seguintes: os trabalhos desenvolvidos no âmbito da criação das normas de boa prática clínica; a avaliação do desempenho dos profissionais; a implementação dos conteúdos dos programas de acreditação e de certificação; a criação de modelos de auto-avaliação organizacional; a formulação da regulamentação entre outras áreas de interesse da qualidade em saúde.

Contudo, a caracterização da qualidade em saúde é difícil de se obter, pois, esta não é linear e de difícil articulação dos processos de gestão implícita. Para Moreira (2007), a gestão em saúde pode-se subdividir em três abordagens: a) Gestão clínica e dos cuidados de saúde; b) Gestão dos processos de produção; c) Gestão das expectativas dos utentes.

Ainda para Moreira (2007), estes três tipos de gestão são considerados como “os pilares do pensamento sobre qualidade em saúde” sendo fundamentais nos diferentes programas de acreditação e certificação das organizações de saúde, serviços e produtos. Esta perspectiva aproxima às teses de Hearld, Alexander, Fraser e Jiang (2008), autores que efectuaram uma meta-análise para estudarem as relações entre as características

estruturais dos processos organizacionais dos hospitais e o nível de qualidade da prestação dos cuidados, através da análise da influência dos processos e resultados dos hospitais/unidades com as diferentes variáveis dos resultados e interesses da organização na qualidade prestada aos utentes, onde observaram os factores que influenciam a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

É ainda de salientar que a gestão das expectativas dos utentes, segundo Moreira (2007), também pode ser interpretada como a “abordagem de mercado”. Nesta perspectiva a acreditação de qualidade de uma organização é a preferência dos utilizadores e a sua fidelização aos seus serviços em detrimento de outras organizações.

Considerando que o conceito de qualidade é vasto e complexo como foi descrito anteriormente, e sendo muitas vezes impreciso, é fundamental existir uma predefinida padronização, sem a qual é impossível gerir e medir a qualidade dos serviços prestados. Assim, para que seja possível estabelecer a definição de padronização, Lopes e Capricho (2007) baseados em Ishikawa (1995), Bank (1998), Juran (1997) e outros consideram que são os utentes que podem determinar as variáveis a serem consideradas, e que os *standards* e parâmetros a definir têm de ser permanentemente ajustados às necessidades dos utentes.

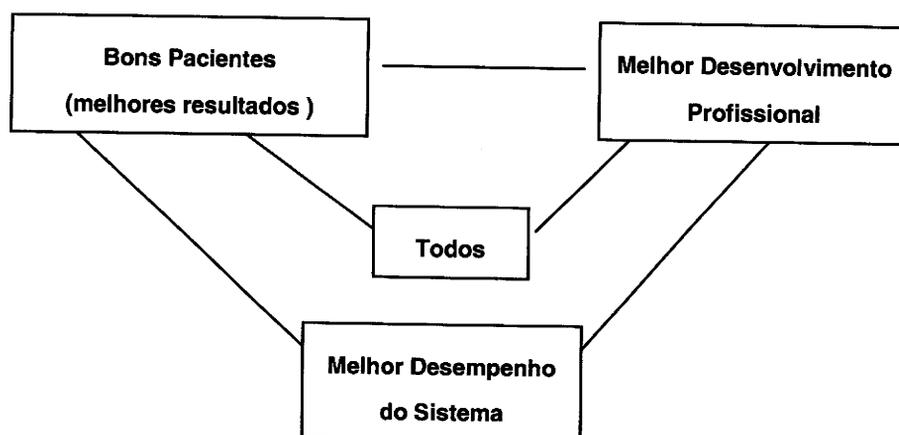
Lopes e Capricho (2007) consideram ainda que “o princípio mais importante da gestão é estar próximo do utente, para satisfazer as suas necessidades e antecipar os seus desejos”. Ainda segundo os mesmos autores, actualmente através do *ECSI-European Customer Satisfaction Index* existem novas formas de medir a qualidade de produtos e/ou serviços e de avaliar a respectiva satisfação dos clientes. Este índice considera as relações entre a satisfação e a lealdade do cliente e por outro lado a rentabilidade das empresas entre outros indicadores de desempenho (Vilares e Coelho, 2005). Para medir a qualidade e avaliar a satisfação dos clientes, o modelo de ECSI considera as seguintes variáveis: imagem; expectativas dos clientes; valor apercebido; qualidade percebida; satisfação do cliente e lealdade (Lopes e Capricho, 2007).

Martin e Henderson (2004) defendem que os utentes dos serviços devem e podem participar na identificação dos resultados que pretendem das unidades de saúde e, sobretudo, na concepção dos serviços que vão ao encontro dessas mesmas pretensões. Para tal, referem que o envolvimento dos utentes/clientes passa “pela sua informação, consulta, comprometimento em acções de parceria e delegação do controlo”.

Para definir a melhoria da qualidade em saúde, Batalden e Davidoff (2007) defendem a necessidade do envolvimento e do esforço de todos (profissionais, pacientes e seus familiares, investigadores, gestores, gestores dos subsistemas e locais de ensino dos diferentes profissionais) para efectuarem as mudanças de modo a liderar melhores

resultados para os pacientes, melhor desempenho do sistema (melhores cuidados) e melhor desempenho profissional (Figura 1).

Figura 1- Modelo de Desempenho



Fonte: Adaptado Batalden e Davidoff (2007)

Para concluir, importa reter a ideia de que a qualidade nas unidades de saúde resulta dum conjunto de processos de gestão que interfere com o nível de cumprimento dos processos e serviços, o perfil de motivação dos seus membros e o grau de satisfação dos utentes. Esta pode ser medida através dos indicadores da própria unidade de saúde (Imperatori, 1999), aspecto que veremos melhor no ponto seguinte.

1.2.1. Indicadores de Qualidade

Um indicador de qualidade pode ser definido como uma informação bem estruturada que avalia componentes importantes de produtos, serviços ou processos. Estes devem ser definidos segundo as suas características básicas e os componentes que integram a estrutura. Devem ainda ser mensuráveis de forma a garantir a efectividade do desempenho (Imperatori, 1999).

De acordo com Carvalho e Paladini (2005), os indicadores devem ter uma base quantitativa, pois avaliam de forma directa ou indirecta o impacto do produto/serviço junto do consumidor. Por exemplo, os autores sugerem as seguintes situações:

- Avaliar a satisfação medindo o grau de fidelidade do utente perante outras opções;
- Nível de interesse que o produto/serviço desperta, medido pelo aumento e procura do serviço;

- Avaliar as preferências da população que recorrem ao serviço, aferindo as regiões geográficas, idade, grau de escolaridade, regime de convenção.

Lopes (2008) aborda a possibilidade de análise da relação entre a satisfação e os indicadores de gestão do cliente, tais como a fidelidade e ferramentas de retenção do cliente, entre outros. O autor refere ainda outras propriedades da satisfação dos clientes, entre os quais os relatados nos seguintes estudos:

- Reicheld e Sasser (1990^a, 1990b), em que os clientes com níveis de satisfação elevados são mais leais e promovem positivamente o serviço entre si (Fornel, 1992; Anderson, 1998; Zeithaml, 2006) reduzindo os custos de gestão do cliente;
- Anderson e Sullivan (1993); Zeithaml e Bitner (2004); Zeithaml (2006) defendem a elasticidade do preço ao referirem que clientes fiéis têm uma maior tolerância às variações de preços;
- Anderson e Fornell (2000) e Anderson, Fornell e Mazvancheryl (2004) baseiam-se na “ideia de que um cliente satisfeito gera mais lucro que um cliente insatisfeito” estes ligam a satisfação do cliente ao lucro da empresa, o cliente como um activo insubstituível;
- Gupta e Zeithaml (2006), autores que desenvolveram uma meta-análise sobre as relações da satisfação/qualidade de serviço com outros indicadores de gestão, denominados pelas autoras por “generalizações de gestão”, sendo os principais os seguintes: a) a satisfação do consumidor tem impacto positivo nos resultados da empresa; b) a relação entre a satisfação e a rentabilidade é assimétrica; c) existe uma relação positiva entre a satisfação do consumidor e a retenção do consumidor; d) a retenção do consumidor é uma das chaves principais da rentabilidade, entre outras.

Resumindo, o indicador é uma ferramenta de melhoria da qualidade que visa “vigiar”, “controlar” a qualidade, através da medição e da avaliação da qualidade, efectuadas por quem consome o produto/serviço e não por quem produz/faculta (Imperatori, 1999; Carvalho e Paladini, 2005). Como refere Fortuna *et al* (2001) ao citar Blumental (1996), os serviços têm de responder às preferências e aos valores dos consumidores dos serviços de saúde, em especial aos utentes individuais, uma vez que a opinião deles é um indicador de qualidade importante, razão pela qual os serviços de saúde deverão ir ao encontro das expectativas dos utentes dos seus serviços.

1.2.2. Segurança do Paciente - *Patient Safety*

Abordar a qualidade em saúde é igualmente necessário ter em conta a problemática da segurança do doente. Esta está cada vez mais presente em todos os aspectos relacionados com a qualidade da prestação dos cuidados, sendo considerada muito para além de uma mera componente da qualidade em saúde.

Segundo Serranheira, Uva, Sousa e Leite (2007), a ideia de *patient safety* representa a base da qualidade de qualquer tipo de prestação de cuidados e consequentemente da própria qualidade em saúde. Segundo os autores, é consensual que os profissionais, organizações e os próprios doentes estejam cada vez mais empenhados e conscientes nos factores que influenciam/determinam a segurança dos doentes/clientes. Nesta perspectiva, os autores sugerem que os cidadãos esperam que os hospitais estabeleçam normas que garantam a sua segurança. Argumentam ainda Serranheira, Uva, Sousa e Leite (2007), quando estes sofrem efeitos adversos, como resultado da falta de atenção médica ou da enfermagem tendem a interpretar como negligência, embora por vezes os efeitos adversos sejam minor, mas tem um impacto nos pacientes devido ao desconforto, dor e receio. Nesta perspectiva, a maior responsabilidade é atribuída “naturalmente” aos profissionais de saúde; no entanto seria irreal dizer que a segurança clínica é um tema que apenas envolve os profissionais de saúde.

Para Mira. et al (2008) os pacientes devem e podem ter uma participação activa nas decisões, escolhas clínicas e na própria saúde, de modo a melhorar os cuidados prestados. Os pacientes com atitudes submissas (considerando os que aceitam todas as explicações sem questionar e os que não tem objectivos quanto ao tratamento médico) fazem parte do passado. Pelo contrário, os “bons” pacientes são aqueles que participam activamente na decisão clínica de uma forma responsável e que contribuem activamente para o seu tratamento e recuperação (Guadagnoli e Ward, 1998; Jadad e Enkin, 2003; Mira et al, 2008, Ovretveit, 2009).

Estudos exploratórios, como os de Mira et al (2008), acerca do envolvimento dos pacientes nas decisões clínicas mostram com uma certa unanimidade de que as pessoas idosas com a escolaridade básica e pacientes que sofrem de doenças graves preferem que os médicos tomem decisões por eles. Pacientes com este perfil e aqueles que não se acham capazes de suportar a doença estão mais expostos aos efeitos adversos.

Num estudo de Picker Institute (Couter e Magee, 2003) citado por Mira et al (2006) acerca do perfil dos pacientes da Comunidade Europeia concluíram que aumentaram o número de pacientes que pretendem mais informações acerca da doença, dos tratamentos alternativos, possibilidades de risco e complicações, assim como o nível de qualificações dos profissionais que lhe prestam cuidados. No entanto os responsáveis médicos de

serviços hospitalares de acordo com Harestam. et al (2009) preferem a confidencialidade enquanto os responsáveis não médicos concordam com a disponibilização da informação ao paciente e familiares quando ocorre um erro.

De salientar que os novos avanços tecnológicos têm tido uma crescente influência no acesso à informação na saúde, tornando a participação dos pacientes mais activa, interventiva e por vezes reivindicativa na escolha dos médicos especialistas, tratamentos médicos e exames de diagnóstico entre outros. De acordo com Harestam. et al (2009), as reclamações dos pacientes por vezes servem como fio condutor para melhorar a prática e a qualidade do serviço prestado, no entanto raramente os serviços estão focados nos incidentes para melhorarem. É pelas razões expostas que é imperativo construir uma mudança na cultura de segurança na área da saúde.

Portugal está actualmente a desabrochar nas questões relacionadas com a protecção e segurança dos doentes, quer no controlo de riscos através do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção Geral da Saúde (DGS), quer no controlo de infecções com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, tendo como finalidade última o aumento da segurança destes. De acordo com as estratégias da DGS, adaptadas das directrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das recomendações do Comité dos Ministros dos Estados Membros da Comunidade Europeia para questões de gestão da segurança dos doentes e prevenção dos eventos adversos na prestação dos cuidados de saúde (DGS, 2010a), constitui objectivo principal promover a segurança do doente nos sistemas de saúde, em que os mesmos princípios de segurança se aplicam igualmente aos diferentes níveis de cuidados, assim como a outros aspectos dos cuidados de saúde. Em Portugal, cabe ao Departamento da Qualidade na Saúde da DGS a responsabilidade para promover as actividades e procedimentos com vista a criação duma “cultura de Segurança”, admitindo que estes englobem o seguinte: normas de boas práticas; Indicadores; investigação; consensos, partilha de saberes; formação/informação e mudança nas organizações.

Em síntese, é fundamental adoptar uma cultura de segurança, independentemente do tipo de organização de serviço de saúde, devem ser estabelecidos critérios de actuação como controlo infecção e gestão risco com o registo e reporte dos eventos adversos de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de elevada qualidade.

1.3. Um Olhar na Ideia de Satisfação

A satisfação dos utentes é um dos indicadores fundamentais na prestação dos cuidados nas unidades de saúde, em parte devido ao crescente nível de exigência dos utentes na prestação de cuidados e pela forte concorrência do mercado. Trata-se de um tema que está hoje, mais do que nunca, no centro de todas as atenções.

1.3.1. Definição e Modelos de Satisfação

O conceito de satisfação tem evoluído ao longo das últimas três décadas. Nas décadas de 70 e 80, a satisfação era interpretada como emoção por Zevon e Tellegen (1982), Diener e Emmons (1984), Storm e Storm (1987), Chamberlain (1988) entre outros. Enquanto para Oliver (1980, 1989, 1993 e 2001) era interpretada como uma surpresa enquanto emoção. Para este autor, a satisfação está relacionada com o contentamento e a tranquilidade, ou com a excitação e o prazer, enquanto a insatisfação está ligada ao desprazer. Outros estudos na linha emocional analisam a satisfação como uma emoção prazenteira. Para Arnold et al (2002), a satisfação está relacionada com a experiência de consumo de bens e serviços. Outros autores, tais como Westbrook, Taylor et al. (1978) descreveram a satisfação como uma sensação de reacção. Folkes (1984 e 1987) estudou o tipo de emoções que estão ligadas à satisfação. Noutra linha de pensamento autores como Hunt (1977), Stayman (1992), Babin et al. (1994), Wirtz et al. (2000) procuram a definição de satisfação do consumidor baseada numa análise dos resultados práticos e das experiências associadas às compras. Tal como Fournier e Mick (1999), ao estudarem empiricamente a teoria da desconfirmação, justificam alguns factos como os seguintes: a) a satisfação é um processo dinâmico; b) tem forte componente social, inclui raciocínio, afectos e tem em conta a experiência de vida entre outros. Para Davidow e Uttal (1989) evidenciam nos seus estudos a ideia de manipulação do sentimento de satisfação dos consumidores através da redução prévia das expectativas. Zeithaml, Bitner, e Gremler (2006) consideram a expectativa um elemento nuclear da satisfação, tal como confirma Lopes (2008).

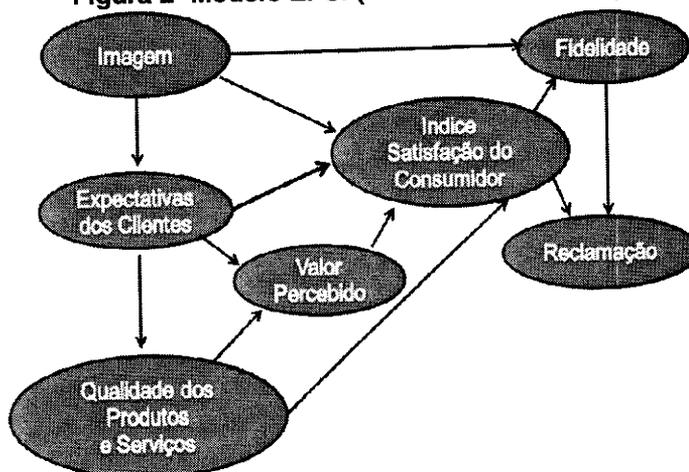
Face ao exposto, existe uma longa tradição no estudo do tema da satisfação. As definições de satisfação são abordadas, explicadas e operacionalizadas através da construção de modelos. Estes modelos estão abordados em forma de síntese no Quadro 3.

Quadro 3 - Síntese dos Principais Modelos de Satisfação

Modelo	Define
Westlund et al. 2001)	Modelo EPSI (European Program Satisfaction Index)
Dick e Bsau (1994)	A satisfação integra um contexto social, é a interação da satisfação com a realidade social.
Anderson and Sullivan (1993)	Consiste na aplicação da teoria da desconfirmação. Integra entre outros a compreensão da qualidade e estabelece uma relação entre a satisfação e a intenção de recompra (processo de fidelização do cliente)
Satisfação – Oliver & De Sarbo (1988)	A satisfação é apresentada como um constructo independente, este consiste no grau de cumprimento das expectativas anteriormente criadas em relação a um produto ou serviço.
Satisfação – Acomodação de Bearden & Teel (1983)	A satisfação surge através do grau de cumprimento das expectativas que o consumidor formula devido ao consumo de produto ou serviço. Tenta explicar a reclamação.

Fonte: Adaptado de Lopes (2008)

Figura 2- Modelo EPSI (Westlund et al. 2001)



Fonte: Vilares e Coelho (2005)

De relevar que actualmente o modelo EPSI (Figura 2) é um dos mais utilizados em diferentes sectores e em diferentes países, incluindo Portugal. Este modelo da autoria de Westlund et al. propõe um sistema dinâmico que reflectisse a expressão do nível de satisfação do consumidor (Índice de Satisfação do Consumidor) mais tarde tornado modelo oficial da União Europeia denominado EPSI (European Program Satisfaction Index), consiste na comparação entre a qualidade percebida e a qualidade esperada, sendo que desta resulta a percepção de valor para o cliente. Este índice considera, por um lado, as

relações entre a satisfação e a lealdade do cliente, e, por outro lado, a rentabilidade das empresas entre outros indicadores de desempenho.

1.3.2. Satisfação e Qualidade Percebida pelo Cliente

A crescente intervenção no ciclo de prestação de cuidados aos clientes/utentes, protagonizada pelos mediadores e pelos promotores, contribui para o reforço das preocupações com a qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento das técnicas e métodos, cujo objectivo primeiro e último consiste em garantir essa mesma qualidade. No entanto, o utente tem vindo a desenvolver formas de responsabilização, encontrando-se cada vez mais exigente e participativo, o que determina uma maior intervenção e poder do mesmo (Reis, 2007).

Segundo Fortuna *et al* (2001), a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada com base na estrutura, no processo e nos resultados. Quando utilizados convenientemente, as medições do processo, assim como as dos resultados, podem fornecer dados úteis sobre a qualidade dos serviços para tal, razão pela qual, na perspectiva de Giraldes (2007), devem ser utilizados os indicadores relacionados com as actividades principais do hospital estudado, e não outros.

Como foi referido anteriormente, para a medição da qualidade e a avaliação da satisfação dos utentes de acordo com EPSI é necessário estudar/medir variáveis, tais como as seguintes: expectativas dos clientes; valor apercebido; qualidade percebida; satisfação do utente e lealdade. Trata-se de um conjunto de variáveis que não é linear a sua aplicação no campo das organizações de saúde, sobretudo quando em certas regiões periféricas, as únicas alternativas são os estabelecimentos do sector público. Compromete-se nestas situações a aplicabilidade da lealdade e fidelização dos clientes.

Tendo em conta o meio externo, há que considerar ainda a individualidade dos utilizadores. Tucker (2002) refere a influência das características individuais dos doentes na medição da satisfação dos mesmos em relação às organizações de saúde. O autor considera como elementos importantes na evolução dos critérios de satisfação dos clientes, as características sócio-demográficas (idade; género; raça; estado civil; nível de escolaridade), o estado geral de saúde, a frequência com que recorre à instituição de saúde e a localização da instituição. Outros autores acrescentam a ideia de que as experiências anteriores (internamentos, consultas), o tipo de instituições até então frequentadas (públicas ou privadas) são determinantes no grau de satisfação dos clientes e avaliação por parte dos clientes (Mostafa, 2005; Lopes, 2008).

Assim sendo, quer a satisfação, quer as percepções dos utentes estão frequentemente relacionadas entre si. No entanto existem divergências quanto à definição

e interacção entre os dois conceitos. Na verdade, vários autores argumentam o seguinte:

- A satisfação do utente é “o grau de percepção do cliente do qual os seus requisitos foram atendidos”. Tendo em conta que existem diversos factores que influenciam as expectativas e as percepções do utente, a qualidade dos serviços está directamente vinculada à satisfação do utente e é medida comparando a qualidade esperada (expectativas) com a qualidade percebida (percepções) do serviço prestado (Cabral, 2007; Anderson e Fornell, 1994, citado por Santos, 2001);
- A qualidade do serviço refere-se à avaliação global do serviço, pelo que a qualidade percebida é vista como a discrepância entre as percepções dos utentes e as suas expectativas, enquanto a satisfação se refere ao serviço prestado, tal como refere Santos (2001) citando Zeithaml *et al* (1990);
- A satisfação resulta do preenchimento de uma expectativa anteriormente criada (Parasuraman, Zeithalm e Berry, 1991; Westbrook e Oliver, 1991 citados por Lopes (2008);
- Outros autores como Cronin e Taylor (1992) citados por Santos (2001) argumentam que a qualidade de serviços é um antecedente da satisfação dos clientes;
- A importância do envolvimento a nível emocional na satisfação dos utentes. É um aspecto que é abordado no estudo efectuado por Vinagre e Neves (2008), em que a satisfação e o envolvimento emocional variam consoante o nível de importância do serviço prestado. Para os autores, o envolvimento tem efeito directo e significativo nas emoções, na medida em que, quanto maior a importância do serviço para os utentes mais elevadas são as emoções positivas. Assim sendo, os autores consideram as expectativas têm efeito directo nas emoções, admitindo que quanto maior forem as expectativas em relação à satisfação do serviço prestado, maior será a tendência para uma experiência de emoções positivas. O estudo dos autores conclui que o efeito das emoções pode ser positivo na satisfação dos utentes. É pelas razões expostas que os autores argumentam que, quando o desempenho é percebido com elevada qualidade, os níveis de satisfação podem ser afectados se os provedores desses serviços negligenciarem as emoções dos utentes e se, conseqüentemente, não souberem controlar essas emoções;
- Para Bakar, Akgun, e Assaf (2008), é fundamental a utilização de métodos de colheita de dados para obter o *feedback* dos utentes quanto aos níveis de informação, satisfação, e em relação à qualidade dos serviços prestados. Estes dividem os serviços prestados em dois grupos a saber: a) qualidade clínica (referem-se aos procedimentos clínicos, como cirurgias, estando directamente

relacionado com os resultados); b) qualidade dos serviços (referem-se a todos os aspectos da experiência do cliente, como o conforto proporcionado pela instituição).

Em suma, parafraseando Lopes (2008), existe uma ligação quantitativa entre a qualidade de serviços e a satisfação. Esta ligação baseia-se em composições lineares diferenciadas, embora constituídas pelos mesmos componentes: a qualidade de serviços no domínio dos aspectos cognitivos e a satisfação no domínio dos aspectos afectivos.

1.4. Principais Modelos de Avaliação da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde

Face ao exposto nos pontos anteriores, será possível medir com rigor a qualidade percebida em saúde e a sua relação com a satisfação? Será suficiente a análise através da satisfação dos pacientes/utentes/clientes? Será possível aplicar os modelos tradicionalmente utilizados na área da avaliação da qualidade dos serviços doutros sectores? Vejamos.

Um dos modelos mais utilizados para avaliar a qualidade dos serviços é o modelo/escala SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman et al (1988), a partir do modelo "Gap Analysis" igualmente criado por Parasuraman, Zeithaml e Berry, também conhecidos por PZB (1985). Neste modelo inicial, os autores consideraram 10 dimensões de análise. Em 1991, os autores revêem o modelo e alteram-no das 10 dimensões iniciais para 5 dimensões (fiabilidade, prontidão de resposta, empatia, segurança e elementos tangíveis), argumentando que estas 5 dimensões possibilitam uma melhor medição da qualidade dos serviços prestados ao consumidor. Em termos de protocolo de análise, os autores sugerem a comparação de dois momentos de avaliação de conformidades e desconformidades face às expectativas, argumentando que um capta o que é importante para o consumidor e o outro serve para expressar a sua percepção sobre o que realmente encontrou no serviço (PZB, 1991).

Porém, este modelo SERVQUAL tem sido criticado quanto à validade e fiabilidade por diferentes autores e em diferentes áreas. Destaca-se neste domínio, o caso dos estudos desenvolvidos por Cronin e Taylor (1992, 1994). Estes aplicam as mesmas dimensões propostas por PZB (1991) para a medição dos desempenhos num modelo

denominado SERVPREF. Os autores defendem que a qualidade de serviço e *performance* são uma só, e que a investigação baseada numa escala de diferenças apresenta vários problemas de conceptualização, pelo que basta aplicar um único momento de avaliação as dimensões do SERVQUAL.

Em SERVPREF, os valores ou resultados são obtidos directamente dos itens referentes à avaliação da *performance* da escala SERVQUAL. Cronin e Taylor (1992, 1994) concluíram que os 22 itens definem adequadamente as dimensões da qualidade de serviço, utilizando-os para analisar as relações entre qualidade de serviço, satisfação do consumidor e intenção de compra. De relevar que no estudo original SERVPREF, os autores investigaram três grandes questões:

- Como é que a qualidade de serviço pode ser conceptualizada e medida?
- Quais as relações entre qualidade de serviço e satisfação dos consumidores?
- Qual o impacto da qualidade de serviço e satisfação do consumidor na intenção de compra?

Quanto à primeira questão, os autores baseados numa revisão de literatura exaustiva e em resultados empíricos, concluíram que a qualidade de serviço deve ser conceptualizada e medida como uma atitude. Para Cronin e Taylor (1992, 1994) a conceptualização dos atributos da qualidade deve ser suportada pela literatura como uma abordagem focalizada apenas a nível de *performance* (SERVPREF) e analisada empiricamente com as 5 dimensões derivadas do modelo PZB ou SERVQUAL. Através da análise de modelos de equações estruturais, os autores concluíram que escala SERVPREF explica mais variações da qualidade de serviço do que a escala SERVQUAL. Concluíram ainda que a escala SERVPREF baseada na *performance* é eficiente em comparação com escala SERVQUAL. Concluíram ainda que a escala desenvolvida (SERVPREF) reduz em 50% os itens a serem avaliados (de 44 itens para 22 itens). Por fim confirmaram a superioridade da escala desenvolvida, sugerindo que a qualidade de serviço é um antecedente da satisfação do consumidor e que a satisfação do consumidor exerce uma forte influência na intenção de compra.

De relevar que os autores Cronin e Taylor (1992, 1994) sugerem que os itens da escala SERVPREF que definem a qualidade de serviço podem ser diferentes de indústria para indústria, sugerindo aos gestores e investigadores uma especial atenção quando comparam serviços, devendo por conseguinte ajustar as estratégias de *marketing* às dimensões individuais de cada serviço.

Os mesmos autores concluem que a definição de qualidade utilizada no modelo

SERVQUAL (que resulta da amplitude entre a discrepância da diferença entre as expectativas, os desejos dos clientes, e a suas percepções) enquadra-se no conceito de satisfação do utente e não na qualidade de serviço. Para estes, a qualidade do serviço é mensurável pela escala SERVPERF na medida em que avalia com maior e melhor clareza a *performance* do mesmo (Cronin e Taylor, 1992, 1994).

Resumindo, o tipo de modelo a utilizar varia consoante os objectivos dos estudos. No entanto, em estudos de sectores específicos como os da saúde, em que existe uma medição da qualidade de serviços que são prestados de uma forma contínua, deve-se utilizar o modelo SERVPERF, tal como argumenta e confirma os trabalhos de Bowers (2000).

1.4.1. Adaptação dos Principais Modelos na Área da Saúde

A aplicação de práticas de gestão rigorosa nos serviços de saúde, segundo Scotti, Harmon e Behson (2007), permite elevar a qualidade dos serviços prestados aos utentes, pois esta favorece a promoção da satisfação, lealdade e fiabilização dos mesmos. Porém, a avaliação por parte cliente/utente quanto à percepção da qualidade de serviço, não é uma avaliação técnica, pois este tende a sobrevalorizar os aspectos hoteleiros da relação e não os restantes aspectos ligados às políticas da qualidade, de acordo com Singh (1990) e Hart, (1996) citados por Lopes (2008).

De relevar que a avaliação e a medição da satisfação são igualmente utilizadas para operacionalizar os resultados globais de qualidade e serve de indicador de gestão das unidades de saúde “JACHO 2000”, conforme Lopes (2008).

Ramsaran–Fowdar (2005) defende o uso de 7 dimensões para o estudo da qualidade percebida e a satisfação dos serviços de saúde:

- Confiança (Executar o serviço com precisão): consideram a qualidade na execução do exame, na obtenção das imagens, elaboração do relatório;
- Receptividade/Capacidade de Resposta (A vontade de ajudar os clientes e fornecer o serviço, com prontidão): consideram a rapidez na marcação, agendamento do exame, rapidez na entrega de imagens e relatórios aos médicos que requisitam os exames;
- Segurança (Conhecimento e cortesia de empregados e sua habilidade para transmitir confiança e segurança). Em radiologia, não só interessa a competência técnica do *staff*, mas também as capacidades interpessoais para interagir com os clientes e os respectivos médicos;

- Empatia (Cuidar, atenção individualizada que a empresa/serviço disponibiliza aos seus clientes; comunicação e compreensão para com o cliente): engloba as habilidades interpessoais entre pacientes e elementos do serviço compreende desde os recepcionistas ao radiologista;
- Aspectos Tangíveis (Aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e comunicação e materiais): consideram que embora seja difícil para os serviços terem os melhores equipamentos devido aos elevados custos, estes devem ter em atenção o uso correcto dos mesmos e manter a elevada qualidade no trabalho produzido.
- Aspectos Médicos do Serviço (Intervenção clínica): são relevante os aspectos positivos dos resultados do tratamento, contactos dos profissionais de saúde, sensação de bem-estar emocional e psicológico e ênfase da educação do paciente;
- Profissionalismo e Competências: são considerados os conhecimentos e competências profissionais como qualificação, treino, certificação e experiência dos profissionais de saúde, assim como a familiaridade dos profissionais de saúde com os últimos avanços da medicina.

Os autores em causa baseiam a sua análise em dimensões semelhantes à escala SERVQUAL do modelo PZB (1991) e do SERVPERF de Cronin e Taylor (1992, 1994), acrescentado apenas mais duas para além das cinco dimensões referidas anteriormente. De relevar, os autores contestam as “falhas” deste modelo na avaliação e medição da satisfação dos utentes (Ramsaran – Fowdar, 2005), igualmente já assinaladas noutros estudos, como por exemplo o de Lopes (2008).

Existem ainda outros modelos que possibilitam igualmente a medição da satisfação e a avaliação da qualidade⁶ como o Modelo *Total Quality Healthcare* (Modelo Qualidade Total dos Serviços de Saúde), tal como é referido por Lopes (2008). Trata-se de um modelo estruturado nas seguintes sete dimensões:

1. Disponibilidade: representa a capacidade de disponibilizar práticas clínicas;
2. Acessibilidade: é a capacidade de resposta caracterizada pelo tempo que medeia entre a requisição da prestação de serviço até ao seu atendimento (expresso em minutos). Este inclui a ideia de prestar o serviço no tempo prometido, a espera para receber o serviço, prestação do serviço imediato sem marcação, o acesso

⁶ Naturalmente que existem vários modelos de avaliação da qualidade, que não cabe no presente estudo o seu levantamento exaustivo. Contudo, destaca-se o Modelo defendido pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM), enquanto ferramenta facilitadora para potenciar a capacidade estratégica da gestão (50%) e da excelência dos resultados (50%) (Barbosa-Lavarda et al., 2009)

aos serviços através do telefone, o acesso aos serviços em caso de emergência, a conveniência dos horários em que é prestado o serviço, a capacidade de conseguir uma marcação do serviço em tempo útil;

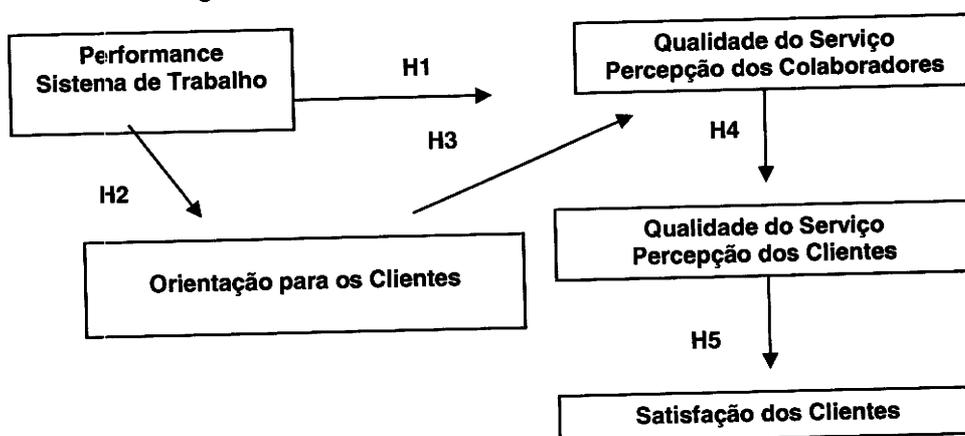
3. Aceitabilidade: trata-se da ideia de integração da gestão corrente dos princípios éticos, decorrentes das características específicas de tarefas que passam por trabalhar com o corpo humano e a vida do cliente. É uma dimensão que compreende o seguinte: confidencialidade da informação médica, capacidade de demonstração de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde, capacidade de demonstração de confidencialidade por parte dos restantes profissionais, capacidade de explicar de forma fiel as condições médicas e tratamentos, capacidades dos profissionais de saúde transmitirem segurança na prestação de serviços, honestidade dos profissionais de saúde;
4. Capacidade de Aquisição: é a capacidade de compra de “pacote” de saúde, seguro de saúde, acesso consagrado à saúde;
5. Controlabilidade do Sistema: é a quantificação dos processos para obtenção de padrões de desempenho estabelecendo a eficácia (rácios alcançados) e eficiência (rácios de *input/output*). Compreende também aspectos tangíveis tais como: equipamento médico moderno, aspectos físicos visualmente atractivos e confortáveis, materiais apelativos tais como panfletos, brochuras, revistas, jornais, e outros, aparência dos profissionais de saúde, aparência dos restantes profissionais, localização conveniente, Qualidade/Confiança/Acreditação através de diagnóstico cuidado dos problemas do paciente, capacidade de resolver os problemas dos pacientes, capacidade de fazer o serviço bem à primeira vez, manutenção actual dos dados e dos resultados referentes à história clínica dos pacientes, manter os doentes informados de quando vão ser recebidos os resultados, reputação médica, adesão médica normas internacionais;
6. Acesso: refere à taxa de cobertura populacional. Admite-se que o serviço torna-se tanto melhor, quanto maior for a percentagem da população coberta e esta usufruir de todos os cuidados previstos;
7. Custo: é a necessidade de impor fasquias económicas de corte orçamental, tais como a contenção de gastos e outros encargos.

Scotti, Harmon e Behson (2007) ao avaliar a prestação de serviço de elevada qualidade *deliver high – quality patient services*⁷ em unidades de saúde ingleses,

⁷ HPWS – *high-performance work systems*

investigaram a importância da orientação para o cliente no desempenho dos profissionais de saúde e na percepção dos clientes quanto à qualidade do serviço prestado e a satisfação dos mesmos. Na Figura 3 os autores demonstram as diferentes ligações directas e indirectas num modelo resultante da investigação de 113 centros. Este estudo reforça a perspectiva de que os gestores do sector da saúde devem promover a prestação de serviços com elevada qualidade, pois estes aumentam a satisfação, lealdade e fidelização por parte dos clientes.

Figura 3 - Modelo Conceptual Scotti, Harmon e Behson



Fonte: Adaptado Scotti, Harmon e Behson . 2007

Na perspectiva de Lester (2001), para melhorar a satisfação dos clientes/utentes, os hospitais ingleses implementaram nos serviços iniciativas que integram o desenvolvimento de normas de comportamento para todos os funcionários hospitalares. Segundo Lester (2001), é de recomendar regras básicas para o aumento da segurança nos serviços prestados ao cliente e melhorar a satisfação dos clientes, tais como Customers Service Rules to Live By (Anexo1). Tais padrões detalham o serviço e toma em conta as expectativas dos clientes de forma a assegurar um serviço coerente e orientado pelos funcionários hospitalares. Segundo o autor, as cinco comuns expectativas de serviço dos clientes incluem o seguinte: atitude, sensibilidade, privacidade, aparência e responsabilidade. Assim sendo, é de considerar que a resposta aos pedidos dos clientes/utentes é importante no quadro da avaliação da qualidade. Na verdade, quando se explica os cuidados a serem prestados num dado momento, segundo Perucca (2001), o cliente desenvolve um sentimento em relação ao esperado. Em suma, quando as

necessidades do cliente são conhecidas, estas reduzem a vulnerabilidade e o sentimento de risco da experiência.

Muitos outros estudos poderiam ser aqui descritos. Na verdade nos domínios das organizações de serviços de saúde existem vários estudos baseados em SERVQUAL, embora todos os autores o critiquem quanto à validade, como foi referido anteriormente. Pese embora esta situação, e o facto de muitas das vezes ser modificado quanto às dimensões originais para efeitos de aplicação, é indubitável que tal modelo é amplamente utilizado, tal como testemunham os estudos desenvolvidos pelos seguintes autores:

- Babakus. e Mangold (1992) investigam a adaptação de SERVQUAL aos serviços hospitalares, apontando as falhas de SERVQUAL e propõem modificações para avaliar características específicas do ambiente hospitalar, salvaguardando a validade do modelo;
- Vandamme e Leunis (1993) concluem que SERVQUAL não pode ser generalizado a serviços hospitalares nem em serviços de cuidados de saúde devido à imparidade dos serviços oferecidos;
- Hart (1996) considera suspeita a validade de SERVQUAL na medição das percepções dos pacientes quanto a qualidade do serviço prestado;
- Bowers et al. (1994) adiciona duas dimensões importantes não capturadas pelo instrumento de SERVQUAL, o saber cuidar (inclui envolvimento humano na prestação do serviço, a entrega aos pacientes, dedicação) e uma outra dimensão relacionada com os resultados esperados pelo paciente (como alívio da dor, tratamentos eficazes);
- Johnston (1995) no estudo desenvolvido em 4 hospitais públicos no Brasil em que inquiriram 2120 doentes com recurso às escalas SERVQUAL e SERVPREF, tendo como objectivo avaliar a utilidade prática e as propriedades psicométricas das escalas de múltiplos itens em pacientes face às expectativas e percepções dos doentes em ambiente hospitalar. Os resultados indicam factores determinantes para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares em geral. O autor conclui que o modelo baseado na *performance*, ou seja, o SERVPREF obtêm uma percentagem maior quanto à validação dos itens, sendo esta escala uma das mais fortes para aferir os atributos da qualidade;
- Youssef (1996) investigou a satisfação dos pacientes em hospitais do NHS no Reino Unido. Os resultados mostraram que a confiabilidade era o mais importante das cinco dimensões em influenciar as percepções da qualidade total dos pacientes. A empatia era a segunda dimensão mais relevante;
- O'Connor et al. (2000) desenvolveram um estudo com objectivo de conhecer como

é que os profissionais de saúde e administradores hospitalares compreendem as expectativas dos pacientes quanto à qualidade do serviço prestado avaliado através de SERVQUAL. Os autores concluem que os administradores consideram as expectativas dos pacientes quanto ao serviço prestado, enquanto os profissionais de saúde tendem a subestimar as expectativas dos pacientes;

- Lim e Tang (2000) conduziram um SERVQUAL modificado com seis dimensões como tangíveis, confiabilidade, garantia, resposta positiva, empatia, acessibilidade económica em 252 pacientes nos hospitais de Singapura. Concluíram que os hospitais necessitaram de melhorias em todas as seis dimensões;
- Koerner (2000) com base no modelo SERVQUAL criou o modelo *Inpatient Nursing Service Quality Scale* (INSQ Scale). Devido à necessidade de obter medidas precisas para compreender e avaliar a qualidade de serviço em cuidados de enfermagem. Os resultados revelaram que a qualidade percebida do serviço prestado aos pacientes internados consiste em 5 dimensões: compaixão, redução de incertezas; fiabilidade; relações estreitas e prestação de cuidados individuais;
- Andaleeb (2001) no estudo desenvolvido no Bangladesh descodificou as percepções dos pacientes em cinco dimensões de qualidade de serviço interpretadas como: capacidade de resposta, garantia, comunicação, disciplina e empatia. Concluiu o autor que a dimensão disciplina tem um maior impacto na satisfação do cliente, seguida pela garantia e capacidade de resposta. O autor recorreu à regressão múltipla para o tratamento de dados.
- Man, S. et al (2002) basearam o seu estudo nas dimensões do SERVQUAL para otimizar os aspectos físicos, de processo e as capacidades dos profissionais num centro de medicina nuclear. Após distinguirem as dimensões de qualidade do serviço e compararem as percepções entre pacientes e profissionais, adaptaram os resultados a um modelo de *service triangle*, subscrevendo a teoria de Haywood-Farmer como uma ferramenta estratégica (auxílio nas classificações do serviço, quanto ao posicionamento em relação a outras organizações, tendo em vista a compreensão da gestão da qualidade) para comparar as estratégias entre diferentes centros. Tal modelo teórica baseia-se num triângulo com três aspectos principais a saber: características do staff, componentes físicos e processuais e capacidades técnicas. Neste estudo, os autores não confirmaram as 5 dimensões do SERVQUAL, mas concluem a existência de uma relação entre percepção da qualidade de serviço por parte dos pacientes com satisfação

dos mesmos, designadamente em relação às dimensões de segurança, fiabilidade e aspectos tangíveis;

- Ramsaran – Fowdar (2005) utilizou um SERVQUAL modificado das 5 dimensões de base, acrescentando mais 2 dimensões (aspectos médicos do serviço e outra denominada profissionalismo e competências para avaliar a reputação dos médicos, a explicação da condição do doente, a explicação quanto ao tratamento proposto, a honestidade dos médicos entre outros factores) e 37 características da prática. Segundo autor, o estudo foi de encontro de estudos anteriores desenvolvidos por Walbridge e Delene (1993);
- Gupta (2008) definem 70 factores para avaliar a qualidade em saúde. O estudo foi desenvolvido tendo em conta a opinião dos profissionais de saúde com entrevistas em *focus group* a 6 utentes, 6 gestores de nível médio e 4 médicos residentes. O autor encontrou mais 6 dimensões para além das 5 utilizadas no SERVQUAL. No final obteve 11 dimensões que definem a qualidade de cuidados e satisfação dos utentes, admitindo que este modelo permite igualmente avaliar as diferenças de avaliação entre os profissionais que prestam os cuidados de saúde e o utente.
- Vinagre e Neves (2008) estudaram seis hospitais portugueses quanto à satisfação e ao envolvimento emocional dos clientes, com recurso ao modelo SERVQUAL. Defendem uma adaptação do número de dimensões para medir a qualidade de serviço consoante o tipo de serviço prestado, em detrimento das 5 dimensões originais do modelo SERVQUAL;
- Lopes (2008) num estudo desenvolvido no IPO de Lisboa quanto à satisfação com recurso ao modelo SERVQUAL, conclui que as particularidades do doente oncológico não permitem a utilização de ferramentas generalistas como modelo SERVQUAL. Utiliza SEM para obter elementos complementares à interpretação dos resultados, permitindo assim a criação de uma nova versão de questionário denominado ONSERQUAL;
- Raposo, Alves e Duarte (2009), desenvolveram estudos no sentido de avaliar a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal com recurso à escala SERVQUAL. No entanto utilizaram apenas quatro dimensões: os Cuidados de Enfermagem, os Acessos, os Profissionais e os Cuidados Médicos. Estes concluíram que os utentes consideram mais importantes os aspectos não técnicos dos serviços do que os elementos tangíveis e técnicos, apesar de estes factores variarem de acordo com algumas características específicas dos diferentes serviços. De acordo com os autores, a maior parte dos pacientes

consideraram a Relação Paciente/Médico como a dimensão mais importante, seguida pela dimensão os Acessos.

- Silva et al. (2009) estudaram e monitorizaram durante 3 anos a relação entre a qualidade e a satisfação dos utentes (consulta externa, urgência e internamento) de dois hospitais portugueses com recurso ao modelo HQual, modelo este que resultou da adaptação de vários outros modelos, entre os quais, o modelo SERVPERF (Cronin e Taylor 1992, 1994) e das propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005).

Em suma existem diversos estudos desenvolvidos na área da saúde baseados em SERVQUAL/SERVPERF com contributos significativos, embora na sua maioria não se confirmam as 5 dimensões ou os 22 itens genéricos do modelo SERVQUAL (Brown e Bell citados por Fine e Kayane, 2004; Man, S. et al. 2002; Mostafa, 2005; Gonzalez-Valentin et al., 2005; Vinagre e Neves, 2008). Alguns estudos referem falhas, mas garantem a validade do modelo (Babakus e Mangold, 1992), outros encontram novas ou mais dimensões (Bowers et al.1994; Johnston, 1995; Lim e Tang, 2000; Andaleeb, 2001; Ramsaran–Fowdar, 2005; Gupta, 2008). Silva et al. (2006-2009) não confirmam no seu estudo as 5 dimensões, mas não rejeita a aplicabilidade do SERVPERF. Outros autores utilizam ou defendem a concepção de uma versão do modelo, modificado de acordo com a natureza do serviço avaliado (Vinagre e Neves 2008; Lopes, 2008).

Pese embora ser possível encontrar estudos baseados em meta-análises acerca da validade de ambos os modelos/escalas para medir a qualidade de serviço, de acordo com Carrillat et al (2007) o modelo SERVQUAL necessita de mais adaptações ao contexto dum estudo do que o modelo SERVPERF, sendo o SERVPERF um instrumento mais curto (22itens) e de fácil aplicação do que SERVQUAL (44 itens). Por fim, os autores concluem que SERVPERF é um instrumento superior como indicador global da qualidade de serviço e que obtêm maior percentagem de validação dos itens, sendo uma escala mais forte e adequado para a validação dos resultados, tal como já foi assinalado por Johnston (1995).

1.4.2. Principais Modificações do Instrumento e Metodologia de Análise nos Estudos para Medição da Qualidade Percebida e da Satisfação

Como foi referido anteriormente, a grande maioria dos estudos desenvolvidos na área da saúde com o SERVQUAL necessita de adaptações específicas. Por exemplo, os estudos desenvolvidos por Mostafa (2005), ao investigar a percepção dos pacientes quanto

à qualidade de serviço em hospitais públicos e privados no Egipto, obtiveram através da análise factorial apenas três soluções factoriais, pelo que no final as cinco dimensões genéricas SERVQUAL não foram confirmadas. O autor conclui que as 5 dimensões são apenas dimensões gerais e transversais que necessitam de ser moldados a cada sector.

Igualmente, os trabalhos realizados por Gonzalez-Valentine, A, Padin-Lopez, S. e Romon-Garrido, E. (2005) ao avaliarem a satisfação dos pacientes num hospital universitário regional do Sul de Espanha, com recurso ao modelo SERVQUAL e com tratamento de dados através da análise de factorial, não obtiveram as cinco dimensões originais do modelo, antes porém extraiu apenas três factores. Conforme a pesquisa bibliográfica realizada, apresenta-se em seguida um quadro resumo com a metodologia de análise dos principais estudos conhecidos na área. Assim, no Quadro 4 sintetizam-se os seis principais estudos analisados, dois dos quais de origem nacional, com a descrição sumária dos principais instrumentos de análise e as respectivas modificações.

Quadro 4 - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise

ARTIGOS	MODELO APLICADO	MODIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ANALISE	ITENS E DIMENSÕES FINAIS	METODOLOGIA DE ANALISE
Silva et al. (2009)	SERVPERF Para medir os atributos da qualidade e satisfação dos doentes dos hospitais	<u>6 Dimensões</u> Alteração SERVPERF	3 Dimensões	Análise Factorial Modelos de Equações Estruturais
M.H.Vinagre (2008)	SERVQUAL Adaptado Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988 (PZB, 1988) Adaptado À semelhança de Babakus and Mangold, 1992; Carman, 1990; Kilbourne e tal, 2004; Vandamme and Leunis, 1992	<u>5 Dimensões</u> <u>Validado</u> Cook and Thompson(2000) Donnelly(1995) Wisniewski and Wisniewski (2005); Mostafa 2005; Vinagre e Neves (2002);	5 Dimensões Resultam 11 itens	Análise de Fiabilidade Interna (Alpha -Cronbachs); Analise Factorial (de acordo Mano and Oliver 1993; Verbeke and Bagozzi, 2000); Medição da qualidade do serviço Multidimensional) PCA – Principal Component Analysis Critérios Kraisers Rotação Varimax Eliminam 11 itens Na análise utiliza: SEM (Structural Equation Modelling) à semelhança de Hoyle and Panter (1995)

Quadro 4A - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise (continuação)

ARTIGOS	MODELO APLICADO	MODIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ANALISE	ITENS E DIMENSÕES FINAIS	METODOLOGIA DE ANALISE
Lopes (2008)	<p>SERVQUAL</p> <p>(adaptado, com variações de acordo c/ H. Oncológico)</p> <p>Babakus e Mangold (1992) sem participação do dte, chamada "filosofia de produto";</p>	<p>Escala Lickert 7 pontos e 10 após justificação de alteração);</p> <p>Para análise da fidedignidade do instrumento criado utiliza: Teste Alfa Cronbach; Teste Split-Half e por ultimo testou os valores dos Lambda de Guttman.</p> <p><u>No final obtêm 6 Categorias:</u> principais: -1º Simpatia e atenção; -2º Profissionalismo dos Funcionários; -3º Controlo da Informação pelo Paciente; - 4º Confiança; -5º Gestão dos tempos de espera; -6º Relacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde;</p>	<p>Obtêm 16 categorias distribuídas por 6 factores.</p>	<p>Testou o grau de associação entre várias categorias, utilizando análise factorial, com extracção de componentes principais, e rotação Varimax da matriz. Obtendo 6 factores a seguir utilizou normalização de Kaiser. Na análise utiliza: SEM (Structural Equation Modeling)</p> <p>SEM Ferramenta mais adequada para conhecimento da satisfação e percepção da qualidade de serviço em ambiente testado</p>
Cabral (2007)	<p>SERVQUAL</p> <p>PZB (1990,1988) Lovelock e Wright (2001) dimensão confiabilidade (+ importante)</p> <p>Bowers et al (1994) Atributos determinam qualidade e satisfação na prestação serviço hospitalar</p>	<p>5 Dimensões Alteração SERVQUAL Babakus e Mangold (1992)</p> <p>Redução de itens de 22 para 15; Conversão frases negativas para positivas; <u>Validação instrumentos</u> (;Babakus e Mangold 1992)</p>	<p>5 Dimensões</p> <p>Resulta 15 itens</p>	<p>Correlação e Análise Factorial Exploratória</p>
Mostafa (2005)	<p>SERVQUAL</p> <p>PZB (1991,1988)</p>		<p>Modifica as 5 dimensões de base e acrescenta 2 dimensões, aspectos clínicos e técnicos do serviço e profissionalismo</p>	<p>Análise Factorial</p>

Quadro 4B - Síntese das Modificações do Instrumento de Análise (conclusão)

ARTIGOS	MODELO APLICADO	MODIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ANALISE	ITENS E DIMENSÕES FINAIS	METODOLOGIA DE ANALISE
Man, <i>et al</i> (2002)	SERVQUAL Inicialmente utilizam as 5 dimensões e os 2 itens com os dois momentos de medição	À semelhança dos estudos de Vandamme and Leunis validaram ao substituir os valores omissos com a média das variáveis observáveis através de regressão	Emergem apenas 4 factores, não validam as 5 dimensões SERVQUAL; Dos 22 itens Resultam apenas 18 itens	Utiliza coeficiente Alpha Cronbach-para validar a escala
Brown & Bell (1998) in Finn e Kayane (2004)	SERVQUAL Para medir o desempenho nos hospitais	<u>5 Dimensões</u> Alteração SERVQUAL Obtêm inicialmente 24 novos itens, com análise factorial removem 8 itens	5 Dimensões Resulta 16 itens	Análise Factorial

Fonte: Elaboração própria

Após análise dos diferentes estudos referidos acima, pode-se concluir que os modelos para aferir os atributos da qualidade e a satisfação, baseados nas dimensões SERVQUAL são amplamente utilizados, embora por vezes modificados e criticados quanto às dimensões originais. Para reforçar esta ideia e de acordo com Carman (1990), o modelo SERVQUAL e as suas cinco dimensões são apenas a base de qualquer escala que meça a satisfação dos clientes relativamente a serviços. Deste modo, é de considerar que os itens das escalas devem ser sempre avaliados de acordo com as características dos serviços em causa (Fogarty, Catts e Forlin, 2000) considerando que com o aumento do número de dimensões e/ou itens a fiabilidade da escala também é melhorada.

Embora não tenham sido encontrados muitos trabalhos sobre a validação do modelo SERVPERF, nenhum dos estudos consultados rejeita a sua aplicabilidade, considerando ainda alguns autores que, embora careça de adaptações aos contextos de estudo, tal modelo de *performance* adequa-se melhor para avaliar a qualidade percebida.

Em conclusão e de acordo com os diferentes autores consultados, é necessário efectuar adaptações do modelo SERVQUAL/SERVPERF para avaliar com rigor as características específicas das áreas em estudo e analisar os dados com técnicas estatísticas específicas, permitindo, assim, alcançar uma melhor compreensão da validade do instrumento.

1.5. Unidade de Imagiologia ou de Radiologia

A indústria da saúde ao nível das tecnologias da saúde tem evoluído num mercado específico. As tecnologias de ponta surgem a par da investigação científica e dos avanços da medicina. No campo da Radiologia, as unidades de tecnologias de saúde da actualidade, comumente conhecidas hoje como unidades ou serviços de Imagiologia, para além da radiologia convencional, são compostas por dispositivos tecnológicos ao nível da mamografia, da tomografia computadorizada multicorte e da ressonância magnética.

Pese embora se verifique tais avanços em medicina, para Lester (2001), nem sempre se verifica a par um adequado investimento para aumentar o conforto dos pacientes. Por vezes, as questões financeiras são apresentadas como *desculpa* para a “pobre” satisfação dos clientes. Naturalmente que estas não são as razões para “tratar mal” os clientes, pois os pacientes são a ‘essência’ porque existimos na radiologia” (Lester, 2001). É de interrogar se “Serão os pacientes, os clientes mais importantes?”, e, se “Sem pacientes, será que conhecemos os médicos prescritores?”

1.5.1. Mamografia

A mamografia é uma das técnicas de recolha de imagens dos órgãos mamários, essencialmente dirigida às mulheres. Nos dias de hoje, a Mamografia Digital é das principais técnicas de imagem para o rastreio das doenças da mama. Esta é realizada em mulheres a partir dos 34 anos de idade, sendo frequente a realização de mamografia em mulheres jovens quando tem antecedentes familiares de cancro da mama.

A mamografia digital permite entre vários aspectos um aumento da qualidade da imagem, maior manipulação e rapidez no processamento das imagens, permite ainda a combinação com outras técnicas de imagem e intervenção (Wiratkapun et al, 2006).

Elkund GW, 1991 citado por Doyle e Stanton (2002) descreve a mamografia como “the science of imaging and the art of positioning”, a aplicação de compressão à mama sem alienação da mulher, é inegavelmente uma arte. É um desafio para o técnico de radiologia que procede à realização da mamografia comunicar eficazmente com a mulher enquanto mantém um elevado nível de competência técnica. Pois a forma como o técnico trata a mulher é crucial.

Para Kee et al. (1992), a flexibilidade de horários e a localização, constitui um dos factores para adesão aos exames de rotina da mama. No entanto, estudos mais recentes revelam que a adesão aos rastreios é muito mais complexa. Num estudo quanto às influencias culturais em mulheres Afro - Americanas devido à maior incidência de cancro

da mama do que em mulheres caucasianas, os autores ao estudarem as mulheres com 40 anos de idade ou mais para conhecerem as influencias culturais no rastreio e vigilância das doenças da mama, concluíram que as mulheres que sentem menos desconforto com a exposição do corpo e que se relacionam melhor com os profissionais de saúde têm maior aderência aos rastreios e exames de rotina, comparativamente às que se sentem desconfortáveis evitando os rastreios.

Numa escala desenvolvida por Russel, Champion e Perkins (2006), avaliaram o espaço físico da sala de mamografia e da sala de espera quanto ao conforto, à relação interpessoal com o técnico de radiologia relativamente à empatia, a explicação do exame e em relação ao tempo de espera para execução do exame. Obtiveram elevados valores de *Alpha Cronbach's* nas questões relativas ao relacionamento técnico-paciente e quanto ao procedimento e desconforto do exame por causa da compressão.

De acordo com Doyle e Stanton (2002) o ambiente na sala de mamografia pode ser adaptado para promover redução dos níveis de dor e desconforto. Se existir música ambiente, as mulheres sentem-se bem recebidas e confortáveis minimizando o desconforto e dor durante a realização do exame. O conforto da sala de espera também ajuda a reduzir os níveis de ansiedade, pelo que deve ser criado um ambiente acolhedor, pois é necessário aumentar a satisfação de modo a reduzir a ansiedade e o desconforto do exame. A informação escrita, antes do procedimento, é igualmente apreciada pelas mulheres, porque, segundo os autores, permite prepararem-se mentalmente para o exame, e inclusivamente expressam gratidão por se manterem informadas. No entanto, sugerem os autores que é necessário dosear essa informação, ou seja, saber quanta informação e que tipo de informação deve ser dada para não causar ansiedade.

No estudo desenvolvido Tang et al (2008) ao avaliarem as repetições de mamografia aos 12 meses e aos 18 meses após 1ª mamografia, avaliaram igualmente a satisfação em relação às instalações, ao conforto da sala de mamografia e quanto à relação técnico - paciente. Os resultados do estudo consideraram relevante a experiencia física relativamente à dor sentida durante o procedimento, a experiencia psicológica quanto á exposição do corpo e por ultimo avaliam a comunicação com profissionais quanto explicação do exame, resposta de dúvidas e o grau de profissionalismo. Os mesmos autores ao correlacionarem um modelo Pearson nos diferentes factores obtiveram valores elevados ao nível da comunicação com os profissionais, quanto à experiencia psicológica e em relação à satisfação com a clínica.

Embora a ideia de satisfação dos pacientes é subjectiva e individual, Mahon citado por Doyle e Stanton (2002) descreve a satisfação como o cuidado de saúde que recebem. A dor e o desconforto são uma das principais razões porque as mulheres não realizam

uma segunda mamografia, assim como stress e desconforto embora em percentagem menor. Segundo os autores, as mulheres retêm a experiência anterior, e esta afecta as idas subsequentes aos centros de imagem. A satisfação é, portanto, um indicador da subsequente “compliance”.

É de considerar que pacientes com boas experiências, satisfeitos com o *delivery service* e com os profissionais de saúde, têm maior probabilidade de voltar ao centro e repetir as mamografias. É crucial a forma como o técnico de radiologia presta o seu serviço, ao ser tecnicamente competente, ao mostrar gentileza e segurança aos utentes, este pode aumentar significativamente o conforto e satisfação dos utentes quando fazem mamografia (Wiratkapun et al., 2006).

A evolução do nível de satisfação na mulher com o serviço e com o padrão dos cuidados prestados é cada vez mais necessário, pois só assim, segundo Doyle e Stanton (2002), se cumprem os rastreios e se obtém a adesão aos programas de rastreio de cancro da mama.

1.5.2. Tomografia Computorizada

A Tomografia Computorizada Multicorte veio revolucionar a Tomografia Computorizada com a opção de aquisições volumétricas. Através desta aquisição é possível obter grande variedade de protocolos de aquisição e de pós-processamento a partir do *raw-data*, permitindo assim múltiplas imagens da mesma estrutura anatómica em simultâneo (Silverman, 2002) A rápida aquisição permite reduzir os tempos de exame, reduzindo artefactos de imagem, a ansiedade dos pacientes e as anestésias em casos de crianças ou adultos agitados.

A TC tem-se desenvolvido drasticamente. Como a aquisição é mais rápida, as imagens são melhores, os pedidos aumentaram e, naturalmente, aumentaram as doses de radiação. Esta técnica é largamente utilizada, em doenças malignas e benignas, bem como em pacientes jovens, situações em que se deve ter especial atenção quanto à radioprotecção. O aumento da dose não se deve à TC em substituição de outras técnicas, mas sim ao fácil acesso e à facilidade de uso, e por estes factos estas podem contribuir para esse aumento da dose. Sabe-se que as grandes variações em TC na prática estão relacionadas com os volumes de exposição, redução da espessura de corte, incrementos reduzidos e às repetidas exposições, por vezes com uma reduzida justificação clínica.

“O que nos leva a pensar será que todos os exames devem ter uma excelente qualidade imagem e repetições em diferentes tempos de aquisição?”

“Será que se justifica as elevadas doses de radiação em benefício da qualidade de imagem e do relatório médico?”

Globalmente, segundo Goldin e Shrimpton (2002) existe uma forte tendência do aumento da dose na população, devido à crescente utilização da tomografia computadorizada e ao aumento de dose por exame. Parece claro que as variações na prática se tornam mais importantes na utilização de protocolos em aparelhos de elevada tecnologia do que na determinação do dose para o paciente. Ainda segundo os mesmos autores, a optimização da dose em TC é mais problemática do que em Radiologia Convencional. Na verdade na TC, a tecnologia compensa as amplas variações na exposição de parâmetros.

Tal como na Radiologia Convencional na TC também se deve aplicar doses “tão baixas quanto razoavelmente exequível” segundo o Princípio ALARA – As LowAs ReasonablyAchievable, através da manipulação de factores da exposição que permitem alterar a dose para o paciente (DGS, 2010b). No entanto, esses factores também determinam a qualidade de imagem e, portanto, eficácia clínica.

Em 1994 a Comunidade Europeia (CE) iniciou estudos sobre as directrizes europeias para as boas práticas em TC, incluindo o desenvolvimento da dosimetria de referência baseada na CT Dose Index (CTDI_w) e Dose Length Product (DLP) segundo Unnik et al. (1997).

Os departamentos de radiologia estão em causa, devem por isso estar mais sensibilizados para as mudanças da prática, com revisão dos protocolos para evitar o excesso de dose. Para tal devem também instituir auditorias internas de forma a controlar a dose e assegurar que os exames estejam de acordo com as referências de doses disponíveis, excepto onde existe justificação clínica para valores excessivos de dose. Este processo contínuo deve ser colocado em prática por todos os que praticam TC, de acordo com Goldin e Shrimpton (2002).

É relevante abordar a satisfação dos utentes quanto à técnica de TC. Embora ainda pouco estudada, os estudos desenvolvidos como o de Kolber et al (2007) permitem conhecer as expectativas dos pacientes quanto ao procedimento, assim como conhecer as características dos pacientes que influenciam as suas expectativas em relação aos benefícios para a saúde (Quadro 5). No âmbito da revisão bibliográfica efectuada, o conhecimento acerca das expectativas dos pacientes em relação ao TC de corpo (compreende tórax, abdómen e pélvico) são praticamente desconhecidos. No entanto o estudo é pertinente, pois os resultados podem ser usados para educar e instruir os pacientes quando é distribuído o consentimento informado para o procedimento.

Quadro 5 - Expectativas dos Pacientes em Relação TC Corpo Inteiro

Dimensão das Expectativas	Descrição da Dimensão	Expectativas do Paciente (resposta nº)
Recorrência	“Período afirmativo do estado de saúde”?	Estudo ao corpo inteiro dá paz e reduz as preocupações quanto à minha saúde (1)
Cura	Deteção precoce pode resultar em tratamento rápido e precoce da doença permitindo a cura	Descobrir o processo de uma doença no início aumenta as hipóteses de cura
Prevenção	Ações de prevenção facilitam o prolongamento da vida	Estudos ao corpo inteiro em TC podem prolongar a minha vida (3) Conhecer os resultados deste teste podem melhorar a minha “esperança”de vida (global)
<i>Empowerment</i> (delegação de poderes de decisão)	Médicos prescritores controlam os resultados dos pacientes	Este teste é avaliado pelo radiologista e pelo médico prescritor Os resultados serão discutidos “comigo” por um profissional de saúde
Satisfação	Percepção positiva do valor da gestão dos clientes	Eu pretendo recomendar este teste aos meus amigos e familiares; Compreender a natureza da TC faz com que deseje realizar futuros testes; Este teste é uma das melhores opções disponíveis na actualidade para prevenir as doenças
Limitações	As evidências científicas inconclusivas dos riscos e benefícios dos procedimentos	Este teste irá detectar algumas, mas não todas as doenças; Testes adicionais serão necessários para complementar o estudo TC (exame)

Fonte: Adaptado Kolber. et al (2007)

Em síntese, em relação às expectativas do exame ao corpo inteiro em TC e para determinar o peso das características específicas dos pacientes que influenciam as expectativas acerca dos benefícios para a saúde, os autores Kolber et al (2007) desenvolveram uma tabela (Quadro 5) com as principais dimensões das expectativas, a descrição das mesmas e respostas dos pacientes, sendo de relevar a questão da percepção positiva do valor da gestão do cliente.

Em conclusão os autores Kolber. et al (2007) através do seu estudo consideram a necessidade de educação e do conhecimento dos riscos e benefícios do exame de TC ao corpo inteiro, para que os pacientes possam decidir por si antes de assinarem o consentimento informado.

1.5.3. Ressonância Magnética

A tecnologia da Ressonância baseia-se em fenómenos físicos dependentes de frequências e interações, permitindo assim obter imagens em ressonância (Westbrook & Kaut, 2000). Estes exames são cada vez mais utilizados em diferentes contextos clínicos. No entanto é um exame de grande especificidade, quer a nível de procedimento, quer de segurança e de interpretação.

Para prevenir acidentes e incidentes associados à RM é necessário rever com frequência os tópicos de segurança que directamente estão associados à gestão de pacientes na RM, principalmente a gestão de novos elementos. Dai que pressupõem a necessidade de actualizações constantes e revisão das *guidelines*, políticas e procedimentos (Shellock e Spinazzi, 2008).

As *guidelines* desenvolvidas em RM são educativas, pois proporcionam conhecimentos aos profissionais de forma a prestarem um excelente serviço aos clientes. Estas permitem o estabelecimento de *standards* de forma a manter a elevada qualidade de imagem em RM, assim como a qualificação e actualização constantes dos médicos e dos técnicos de radiologia em RM. Sem deixar de referir, os programas de controlo de qualidade em RM devem ser sistematicamente monitorizados e corrigidos em caso de necessidade (ACR, 2006).

De acordo com Shellock e Spinazzi (2008) existe a necessidade de um questionário para os pacientes com consentimento informado e um outro questionário para acompanhantes de modo a identificar potenciais problemas relativos à execução de exames em RM e no ambiente envolvente. Assim como, consideram os autores que também é importante um pré-questionário quando a marcação dos exames em RM, prevenindo deste modo o agendamento de pacientes com contra-indicações à RM, como por exemplo exames a pacientes com pacemaker, próteses ou implantes metálicos e gravidez ou suspeita de.

Embora RM não seja considerada um risco para o feto, existem poucos estudos que confirmem ou desconfirmem tal risco. Como tal, recomenda-se que as pacientes grávidas ou com a possibilidade de estarem sejam informadas que não existe nenhuma indicação de que o uso de RM durante a gravidez seja prejudicial. No entanto deve ser considerada a avaliação prévia de riscos e benefícios nestas pacientes devido à elevada frequência de abortos espontâneos na população geral durante o primeiro trimestre de gestação segundo Lufkin (1998).

A claustrofobia, ansiedade e outras reacções psicológicas podem ser encontradas em doentes submetidos a RM. Estas sensações estão relacionadas com diversos factores, tais como as dimensões reduzidas do interior do “ tubo do aparelho” caracterização vulgar

do magneto, a duração do exame, os ruídos induzidos pelos gradientes quando aquisição de imagem, as condições ambientais no interior do “tubo do aparelho” com o aquecimento de RF. Tais reacções normalmente são transitórias e podem ser reduzidas com o profissionalismo dos técnicos. Estes devem utilizar técnicas para reduzir a sensação de encerramento, controlar o movimento de ar dentro do magneto e promover o contacto com pacientes de forma a não se sentirem abandonados durante a realização do exame. (Lufkin, 1998; Westbrook e Kaut, 2000).

A avaliação dos pacientes e dos membros da equipa é a maneira mais eficaz de se evitarem potenciais riscos à saúde dos pacientes. Os questionários utilizados como guia de informação devem ser preenchidos pelos pacientes ou pelos acompanhantes quando necessário, bem como pelos visitantes e membros da equipa técnica.

Os exames em RM normalmente são muito longos, o tempo médio de exame varia entre 20 a 45 minutos. Por este motivo, os pacientes podem apresentar uma satisfação global inferior em comparação com outras técnicas de imagem. Acresce-se ainda de que para além disso, os exames de RM efectuados em pacientes com dor podem provocar desconforto, influenciando assim negativamente a satisfação dos mesmos em relação à referida técnica de imagem (Middleton et al, 2004).

1.6. Qualidade em Radiologia

Na última década, a qualidade em radiologia tem sido um processo pro-activo que requer análise, desenvolvimento e implementação de protocolos/procedimentos. Para se obter centros de excelência, segundo Rooney e Ostenberg (1999), são necessários resultados excelentes, que permitam aliciar profissionais de saúde, clientes, financiamento de pesquisas e tecnologia avançada. É como tal pressuposto de pro-actividade que se consegue alcançar uma maior eficácia e redução de custos permitindo indicar “parâmetros de referência” ou “melhores práticas” a serem aplicados em outras organizações de saúde.

De relevar que a qualidade em radiologia não se define num único processo, mas sim num conjunto de processos que interagem entre si. De acordo com Lau (2006), considera-se fundamental para caracterizar a qualidade em radiologia, tendo em conta um conjunto de processos, tais como os: controlo de qualidade, garantia da qualidade, melhoria da qualidade, promotores da qualidade, sistemas de qualidade para profissionais de saúde (boas práticas), sistemas de qualidade como medidas de controlo de risco, programas de acreditação e programas de qualidade para a imagem de diagnóstico.

Neste contexto é fundamental determinar quais os indicadores adequados a medir e que permitam englobar os diferentes processos. Ondategui-Parra *et al* (2004) sugere como principais indicadores utilizados num departamento de Radiologia, os seguintes: a produtividade; financiamento; segurança do paciente; acessibilidade e satisfação do cliente. Os resultados destes indicadores estabelecidos devem ser comparados ao longo do tempo, de forma a melhorar a qualidade do serviço. Estes também devem ser comparados com os melhores resultados na área através de *benchmark*. Para o efeito, são consideradas duas fases na acção, sendo uma fase de diagnóstico e a outra fase de redesenho (processo de melhoria).

Os mesmos autores desenvolvem um estudo em 2005 para determinar a qualidade na Academia de Radiologia dos EUA (ACR), medindo sistematicamente através dos indicadores e *standards* aceites na época do estudo para a avaliação da satisfação dos clientes, tendo considerado os seguintes: monitorização das reclamações dos clientes, monitorização da satisfação dos clientes, monitorização do tempo de espera, monitorização da satisfação dos médicos que requisitam exames; monitorização da satisfação dos colaboradores (Ondategui-Parra *et al.*, 2004).

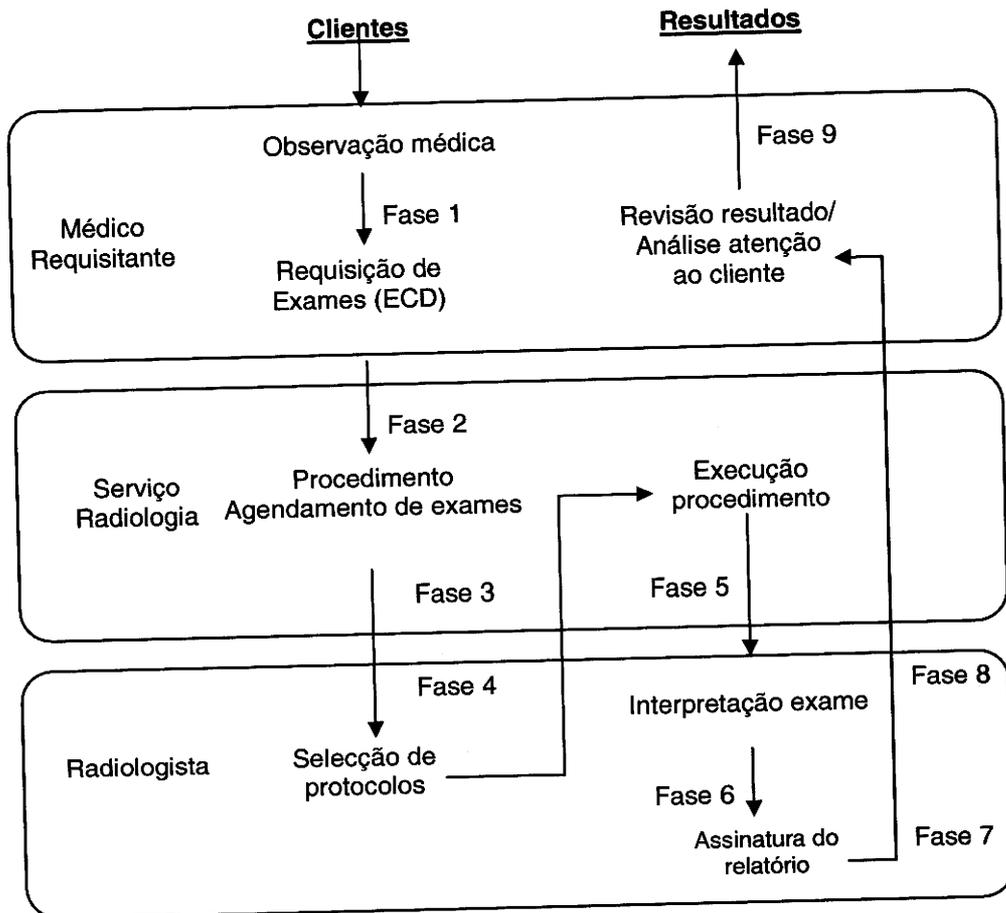
Swensen e Johnson (2005) criaram um mapa para a qualidade (Figura 4) de forma a clarificar, identificar e compreender os critérios e oportunidades de melhoria em radiologia quanto à segurança, confiança e qualidade dos serviços prestados aos clientes. Estes identificam nove fases possíveis de monitorização e melhoria na prestação de serviço ao cliente.

De acordo com os trabalhos dos diferentes autores consultados, tais como Ondategui-Parra *et al* (2004, 2006), Swensen e Johnson,(2005] Fottler *et al* (2006) e Scotti, Harmon e Behson (2007), os grupos a serem estudados quanto à avaliação da qualidade e satisfação devem ser: a) Pacientes; b) Colaboradores do departamento; c) Médicos referenciados (requisitantes do serviço).

Na Figura 5 apresenta-se a importância da comunicação de objectivos e resultados pretendidos por parte da gestão do serviço. Só com o envolvimento de todos os colaboradores do serviço, no sentido de monitorizar e avaliar os diferentes processos, é que é possível alcançar os resultados pretendidos/desafio.

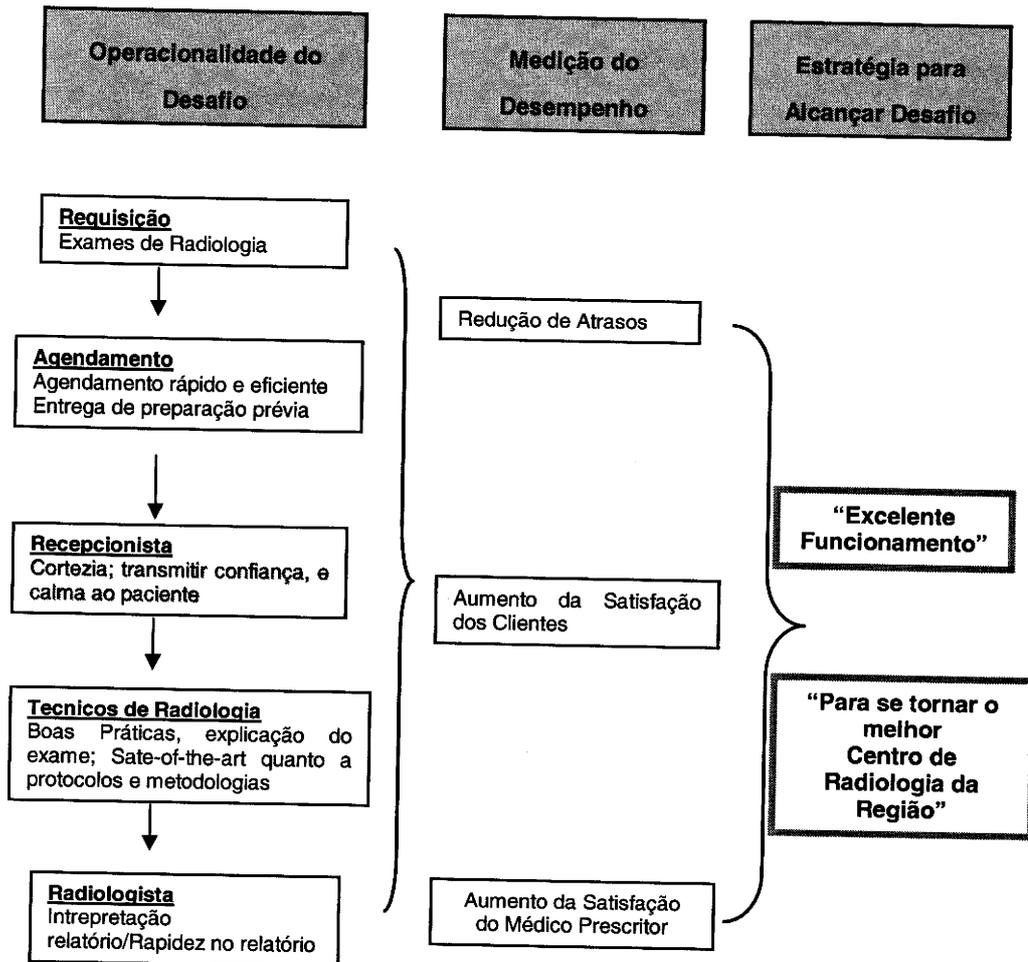
Em síntese, ao monitorizar os processos, resultados e indicadores, estes possibilitam operações de gestão de forma a melhorar o desempenho de um serviço de radiologia.

Figura 4 - Mapa para Qualidade



Fonte: Adaptado de Swensen e Johnson, (2005).

Figura 5 - Comunicação de Objectivos/Desafio: a importância dos colaboradores



Fonte: Adaptado de Ondategui – Parra et al (2004)

1.5.1. Avaliação da Satisfação e Percepção da Qualidade em Radiologia

Face ao exposto nos pontos anteriores, para medir a qualidade percebida e a satisfação global, não parece existir uma única medida objectiva e directa, mas sim deve ser medida indirectamente através de variáveis observáveis ou como dimensões latentes (subjacentes aos modelos adoptados). Parafrazeando Ryan et al. (1995) citados por Vilares e Coelho (2005), a avaliação da satisfação deve ser realizada através do estudo de três variáveis de medida, tais como: Satisfação global com a empresa; Realização de expectativas em relação à empresa; Comparação da empresa com uma empresa ideal.

Se nos Serviços de Radiologia, a realidade que modela a qualidade dos serviços prestados é semelhante a qualquer outra organização/empresa, parece ser de aceitar a ideia de que é necessário investigar os factores que influenciam a satisfação dos clientes.

Contudo, se a medição dos atributos da satisfação e da percepção da qualidade em radiologia, seguindo de perto as teses de Vilares e Coelho (2005), só é possível através de variáveis observáveis ou como dimensões subjacentes, e sem esquecer a segurança dos pacientes, aspecto fundamental no *delivery service* na área da saúde, é de interrogar de que modo numa unidade de radiologia, estas variáveis podem diferenciar-se ou não de técnica para técnica, ou seja, será que aquilo que se avalia em Mamografia é diferente do que se avalia em Tomografia Computorizada ou em Ressonância Magnética?

Na verdade, existem diversas formas para avaliar e medir os atributos da satisfação e qualidade percebida numa unidade de radiologia, aspectos que seguem de perto algumas das características já referidas anteriormente sobre as organizações de saúde em geral. Assim, para concretizar tal acção, deve-se considerar as diferentes variáveis propostas pelos vários autores já referidos anteriormente:

- Capacidade de Resposta: Ondategui-Parra et al (2004) avaliam os aspectos de resposta e acesso dos utentes ao serviço de radiologia através da monitorização dos tempos de espera (dias) para agendamento por exame e tempo decorrente desde a execução do exame até assinatura do relatório. Noutros estudos como o de Hoe (2007)⁸, o serviço prestado deve ser medido quanto à rapidez e eficiência na realização dos exames e quanto à entrega de resultados, pois estes factores influenciam a opinião dos clientes/utilizadores. Para tal, o autor sugere que devem ser identificados os clientes que recorrem ao serviço de radiologia (é necessário negociar com o cliente as suas necessidades, pois só assim é que se melhora o serviço e antecipa as necessidades do cliente). Como exemplo de questões temos

⁸ De acordo com Hoe, (2007), independentemente do serviço prestado, este tem de ser avaliado por vários factores que determinam a satisfação do cliente, e em radiologia o autor consideram 5 dimensões, que se aproximam às teses do modelo SERVQUAL.

o seguinte: “No caso de ter marcado mais do que um exame conseguiu realiza-los todos no mesmo dia?”, “Avaliação do tempo de espera que teve para ser atendido antes do exame?”, “Tempo de entrega do exame?”.

- Capacidade de Aquisição: Podem-se considerar questões como por exemplo: “Situação ocupacional?”; “Classificação profissional?” _ “Comparação com alguma clínica da região onde possa efectuar com a mesma facilidade os exames”
- Aspectos Tangíveis: Correspondem a equipamento modernos; localização conveniente, devendo utilizar questões tais como: “Tempo de entrega do exame?”, “É uma clínica de radiologia tecnologicamente avançada?”, “Facilidade em encontrar o gabinete de exame?”. Estes aspectos são considerados na lista *Consensus Health Care Service Quality Constituents* desenvolvida por Gupta (2008) assim como no estudo de Ondategui – Parra *et al* (2004).
- Qualidade percebida nas Instalações: É abordada em questões tipo: “Nível de qualidade global e percebida nas instalações?”, Gupta (2008) considera a limpeza e o conforto um dos 70 aspectos a considerar, tal como argumenta Ramsaran-Fowdar (2005).
- A Qualidade está implícita em questões referentes ao Profissionalismo e Interacção Profissional de Saúde – Doente com transmissão de confiança, segurança do paciente. Para o seu estudo devem abordadas questões da seguinte forma: “Atenção e disponibilidade demonstrada pelos técnicos”; “Em termos globais como avalia o desempenho do técnico que o acompanhou”; “A forma como o técnico lhe explicou as instruções relativas ao exame”. Estes aspectos são considerados nos 55 itens encontrados por Ramsaran-Fowdar (2005). Na lista *Consensus Health Care Service Quality Constituents* são referidos aspectos semelhantes, mas da seguinte forma: “Funcionários disponíveis para responder às questões e necessidades dos pacientes”, “Médicos providenciam atenção personalizada aos pacientes.”, “Informam e explicam o tratamento.”, “Providenciam privacidade ao paciente.”, “Compreendem as necessidades e preocupações dos pacientes.” Na mesma perspectiva, Hoe (2007) defende que se devem conhecer os factores com que os clientes avaliam o serviço de radiologia e compreender a diferença entre prestação/entrega de serviço e qualidade de serviço em radiologia;
- Expectativas dos Clientes, Satisfação, Lealdade e Fielização: São aspectos de grande importância referentes à medição da qualidade do serviço prestado, pelo que devem ser colocadas questões tais como as seguintes: “Probabilidade de voltar a escolher essa Clínica de Radiologia”; “Já apresentou alguma reclamação à Clínica de Radiologia”. Hoe (2007) valoriza a avaliação da satisfação dos clientes

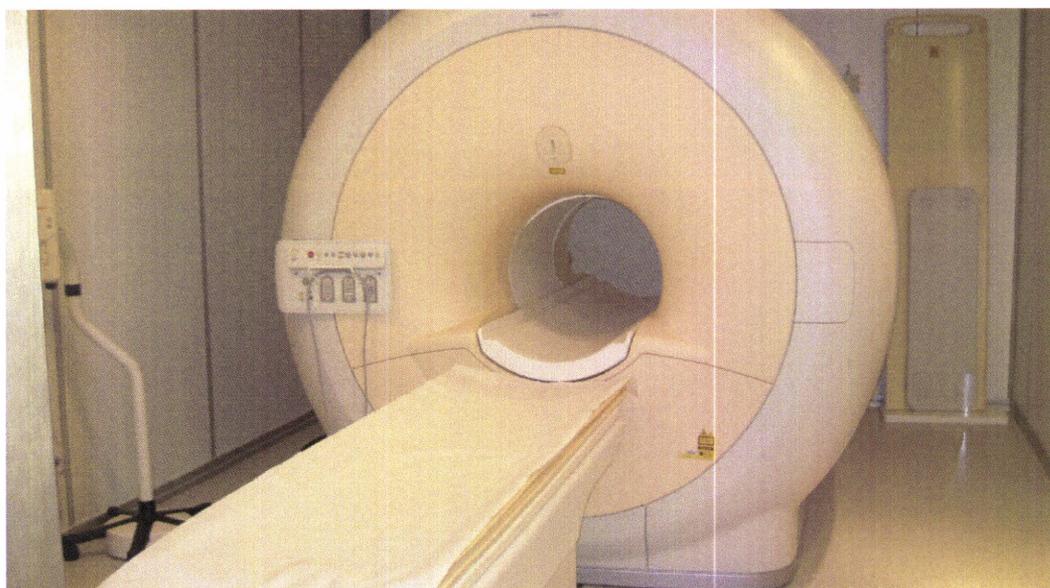
que recorrem ao serviço de radiologia. Numa outra perspectiva não menos importante, Vukmir (2006) analisa a abordagem e a resolução da insatisfação dos clientes (gestão da reclamação⁹). Para este autor, o estudo da satisfação começa na tomada de consciência das possíveis causas de insatisfação. Assim, ao citar Susan Keane Baker autora de *Managing Patient Expectations: The Art of Finding and Keeping Loyal Patients*, sugere o que não se deve fazer (“not to do to retain your patients”), e enfatiza que o custo de atrair um novo cliente é cinco vezes superior ao custo de manter um antigo cliente.

De relevar ainda que num artigo de opinião publicado na *Radiology Management*, Patrícia Kroken (2006) aborda a importância que os serviços de radiologia de sucesso atribuem ao tratamento e atenção aos clientes. Segundo a autora, os centros que disponibilizam informações, recomendações e comunicam com médicos prescritores quanto aos resultados dos exames são apreciados pelos clientes. Nesta perspectiva, argumenta ainda a autora que é vantajoso para o serviço traçar um plano de *marketing* com recurso a questionários de forma a conhecer a proveniência do pedido médico (medico prescritor) e razão do mesmo.

Em síntese, existem múltiplas dimensões mensuráveis na questão de análise dos atributos da satisfação e qualidade percebida em unidades de radiologia, dependendo das correntes e tendências em dados momentos.

⁹ Vukmir no artigo *Customer Satisfaction* aconselha para gerir a reclamação, verificar a veracidade da reclamação e construir uma resposta justificativa.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa



Opções Metodológicas

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo dá-se a conhecer o percurso metodológico deste trabalho onde se inclui as hipóteses e as variáveis em estudo, o universo e amostra, as dimensões utilizadas no instrumento de medição assim como as várias fases de construção do mesmo e os métodos que permitiram a análise e interpretação dos dados e a validação do instrumento criado.

2.1. Da Pergunta às Hipóteses de Investigação

Apresentam-se neste ponto as questões metodológicas acerca do tema em estudo sobre a avaliação e a medição dos atributos da qualidade percebida pelos utentes que recorreram aos serviços hospitalares do grupo CUF na Região de Lisboa, incidindo em três unidades do grupo privado de saúde em causa.

Segundo Bell (1997:190), a metodologia “procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados”. Lessard –Hébert et al. define a metodologia como “um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica” (1994:15). Efectivamente, a escolha metodológica num trabalho científico é uma actividade essencial, pois pode condicionar o sucesso ou insucesso da pesquisa. Perante estes argumentos, pode-se afirmar que ao tentar abordar com a presente investigação uma realidade como a Qualidade Percebida pelos clientes, sem negligenciar as linhas de satisfação global, será o próprio fenómeno a observar que define os métodos.

A elaboração desta investigação vai para além da mera medição dos atributos da qualidade percebida, pois pretendeu-se igualmente desenvolver e aplicar um instrumento de recolha de dados que possibilitasse identificar os aspectos positivos e menos positivos dos serviços prestados e descodificar os atributos correspondentes à relação entre os atributos da qualidade percebida com a satisfação dos utentes/clientes dos serviços de imagiologia. Assim, tal como foi referido na introdução, os objectivos de estudo foram estabelecidos e formulados no modo seguinte:

a) Objectivo Geral:

Analisar os atributos das dimensões da qualidade percebida pelos clientes/utentes dos três Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia;

b) Objectivos Específicos:

- Identificar a percepção dos clientes/utentes quanto à sua satisfação face aos atributos de qualidade dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível das técnicas experienciadas nos exames de diagnóstico (TC, RM e Mamografia);
- Identificar os pontos fortes e fracos dos serviços oferecidos pelos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia, na perspectiva dos clientes/utentes;
- Verificar a existência de intenção de retorno dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa do grupo CUF.

Dada à natureza do problema analisado, em termos de tipo de estudo, o presente estudo tem uma natureza transversal, do tipo descritivo e correlacional. Procurou-se essencialmente por esta via conhecer as percepções dos clientes/utentes de três Serviços de Imagiologia da área de Lisboa do grupo CUF no que diz respeito às avaliações das características e do desempenho do serviço prestado por estes serviços ao nível da TC, RM e Mamografia, conforme resumo Quadro 6.

Assim, para focalizar o desenvolvimento do estudo, procurou-se uma delimitação da pergunta de investigação, formulada nos termos seguintes: "Como é conceptualizada a matriz dos atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF, sobre os serviços prestados ao nível da TC, RM e Mamografia?".

Como se sabe, uma hipótese é como um guia para o investigador, na medida em que descreve um caminho a ser seguido para resolução do problema (Bell, 1997), e nesta perspectiva para operacionalizar o desenvolvimento do estudo, elaboram-se quatro hipóteses de investigação formuladas no modo seguinte:

- H1: A estrutura dos atributos da qualidade dos serviços de Imagiologia da CUF difere do modelo de dimensões da qualidade do serviço prestado do SERVPERF, (tangibilidade/aspectos físicos, a fiabilidade/ credibilidade, a capacidade de resposta, a garantia/confiança/segurança, e empatia/acesso).
- H2: Os atributos do "modelo de qualidade" percebida pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF diferem entre as técnicas experienciadas, bem como, entre os serviços/unidades que recorrem.
- H3: Os aspectos gerais dos serviços prestados são percebidos de forma diferenciada pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo as técnicas experienciadas e os serviços/unidades que recorrem.

H4: Os atributos do modelo de qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF estão relacionados com as percepções globais ao nível da qualidade, satisfação, imagem e resposta de cada um dos serviços face às reclamações/problemas, segundo as técnicas experienciadas e os serviços/unidades que recorrem.

Quadro 6 - Avaliação da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia na Região de Lisboa

Pergunta de Investigação	Objectivos	Hipóteses de Investigação
"Como é conceptualizada a matriz dos atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF, sobre os serviços prestados ao nível da TC, RM e Mamografia?",	Objectivo Geral: Analisar os atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia	H1: A estrutura dos atributos da qualidade dos serviços de Imagiologia da CUF difere do modelo de dimensões da qualidade do serviço prestado do SERVPERF, (tangibilidade/aspectos físicos, a fiabilidade/credibilidade, a capacidade de resposta, a garantia/confiança/segurança, e empatia/acesso)
	Objectivos Específicos: (1) Identificar a percepção dos clientes/utentes quanto à sua satisfação face aos atributos de qualidade dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível das técnicas experienciadas nos exames de diagnóstico (TC, RM e Mamografia).	H2: Os atributos do "modelo de qualidade" percebida pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF diferem entre as técnicas experienciadas, bem como, entre os serviços/unidades que recorrem.
	(2) Identificar os pontos fortes e fracos dos serviços oferecidos pelos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia, na perspectiva dos clientes/utentes. (3) Verificar a existência de intenção de retorno dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa do grupo CUF.	H3: Os aspectos gerais dos serviços prestados são percebidos de forma diferenciada pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo as técnicas experienciadas e os serviços/unidades que recorrem. H4: Os atributos do modelo de qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF estão relacionados com as percepções globais ao nível da qualidade, satisfação, imagem e resposta de cada um dos serviços face às reclamações/problemas, segundo as técnicas experienciadas e os serviços/unidades que recorrem.

Fonte: Elaboração própria

Considerando *população* o conjunto de elementos (indivíduos) que formam o universo do estudo, a população-alvo do presente estudo foi constituída pelos utilizadores de três clínicas privadas do Grupo José de Mello – Saúde (CUF), tendo sido criado uma amostra (um conjunto de clientes/utentes) não probabilística, embora tenha efectuado uma repartição por quotas por três clínicas e áreas técnicas. O recurso a uma amostra não probabilística justifica-se na medida em que foi impossível obter uma base de sondagem mais consistente para construir uma amostra representativa e significativa das percepções de todos os clientes da organização de saúde em causa. Assim sendo, o desenvolvimento do presente estudo incidiu sobre uma amostra de 201 indivíduos de acordo com os diferentes serviços prestados (TC; RM e Mamografia) dos três serviços de Imagiologia estudados.

2.2. Dimensões do Estudo

Tendo em atenção a pesquisa bibliográfica realizada¹⁰, parece que em Radiologia existem poucos estudos quanto à avaliação e medição da qualidade percebida pelos utentes dos serviços de saúde em Portugal, designadamente com o recurso ao modelo utilizado para determinar a percepção dos pacientes sobre o desempenho da qualidade do serviço prestado em um único momento, baseado por exemplo no modelo SERVPREF (Cronin e Taylor, 1994).

Tendo em atenção à panóplia de opções e modelos, no presente estudo considerou-se uma adaptação das dimensões propostas, sem excluir a necessária adaptação, dos pressupostos do SERVPREF, no estudo da matriz dos atributos da qualidade percebida dos serviços prestados pelos serviços hospitalares, considerando tal modelo mais adequado para caracterizar a referida matriz através da lógica da avaliação da *performance*. Assim, para analisar a qualidade percebida pelos utentes/doentes/clientes utilizou-se essencialmente um quadro analítico fundado nos seguintes aspectos teórico-metodológicos:

- Adaptação do modelo do SERVPREF (Cronin e Taylor 1994);
- Propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005);
- Proposta de avaliação da qualidade dos serviços de Radiologia de Hoe (2007);
- As dimensões da qualidade e satisfação (modelo HQual) de Silva et al. (2009)

Em termos de áreas de abordagem, a aferição dos atributos da qualidade percebida pelos utentes/clientes das três unidades de imagiologia da área de Lisboa do grupo CUF, incidiu sobre as seguintes dimensões sócio-organizacionais (Quadros 7 e 8):

- a) Aspectos físicos / Tangibilidade;
- b) Capacidade de resposta / Sensibilidade / Receptividade;
- c) Credibilidade / Fiabilidade (local de confiança);

¹⁰ Tal como foi referido anteriormente, é de relembrar aqui que segundo Bowers et al. (1994), ao tentar adaptar SERVQUAL à realidade hospitalar, é necessário procurar ferramentas específicas para cada tipo de serviços hospitalares. De relevar que estudos como os de Babakus e Mangold (1992), Ramsaran-Fowdar (2005) e Gupta (2008), demonstraram que as 5 dimensões utilizadas no modelo SERVQUAL são insuficiente para avaliar e medir a qualidade dos serviços de saúde. Tal como foi descrito no capítulo do enquadramento teórico, no estudo desenvolvido por Ramsaran-Fowdar (2005) os autores aumentaram de cinco para sete dimensões, incluindo duas novas áreas, identificadas como o profissionalismo e os aspectos clínicos/técnico. No caso concreto dos Serviços de Radiologia, Hoe (2007), considera como atributos da qualidade que determinam a satisfação do cliente os seguintes: Confiança, Capacidade de Resposta, Segurança, Empatia, e Aspectos Tangíveis. Para Ondategui-Parra *et al* (2004, 2006), os autores incluem o seguinte de forma a melhorar a avaliação da qualidade do serviço: produtividade; financiamento; segurança do paciente; capacidade de resposta, acessibilidade e satisfação do cliente, do médico prescritor e dos colaboradores como indicadores.

- d) Relação com os doentes / Empatia;
- e) Garantia / Segurança com profissionalismo e competência.

Quadro 7 - Dimensões SERVQUAL/SERVPERF

5 Dimensões SERVQUAL / SERVPERF	Definições
Tangíveis	Aparência instalações, pessoal, equipamentos
Confiabilidade	Habilidade de prestar o serviço de acordo com o prometido
Responsividade	Desejo de ajudar o cliente e oferecer serviço eficiente
Garantias	Competência, cortesia, credibilidade e segurança
Empatia	Atenção individualizada, comunicação, acesso,

Fonte: PZB (1991); Cronin e Taylor (1994)

Quadro 8 - Dimensões do Estudo

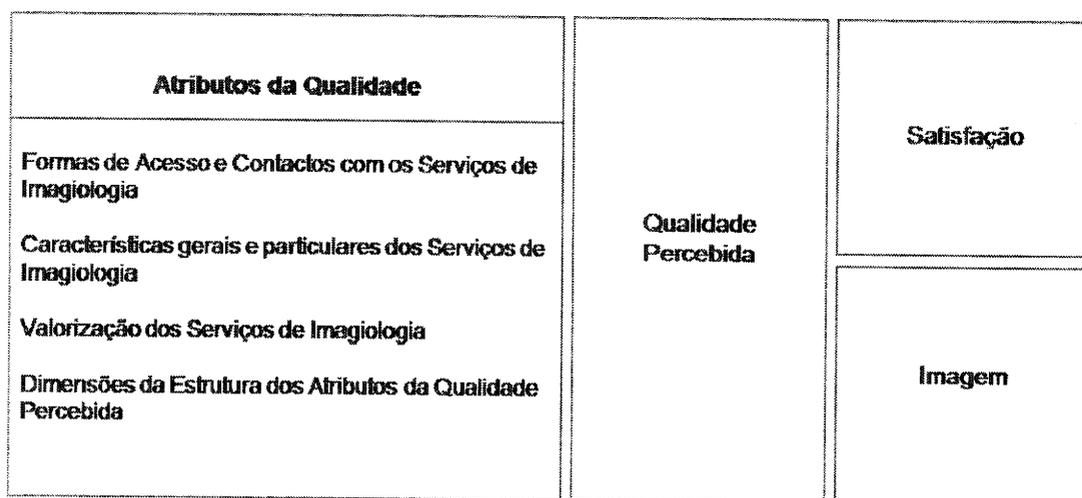
Dimensões	Características
Dimensão 1: Aspectos Físicos	Instalações e equipamentos modernos; Visual; Apresentação dos funcionários; Limpeza das instalações.
Dimensão 2: Confiança/Fiabilidade	Cumprimento do prometido; Interesse em resolver os problemas; Aplicação dos procedimentos; Manutenção dos dados dos clientes
Dimensão 3: Capacidade/Prontidão na Resposta	Pronto atendimento; Boa vontade no atendimento; Disponibilidade do pessoal de atendimento; Soluções para os problemas.
Dimensão 4: Garantia/Segurança/Sensibilidade	Comportamento dos funcionários; Sentimento de segurança do cliente; Educação e cortesia dos funcionários; Competência dos funcionários
Dimensão 5: Empatia	Atenção aos clientes; Atendimento das necessidades específicas dos clientes; Atendimento personalizado; Interesse pelo cliente.

Fonte: Elaboração própria

2.3. Conceptualização das Variáveis

As variáveis¹¹ caracterizadoras do presente estudo fundamentam-se nos pressupostos analisados e medidos de acordo com o modelo conceptual do estudo, conforme o descrito na Figura 6.

Figura 6 - Modelo Conceptual



Fonte: Elaboração própria

Como se sabe, as variáveis dependentes são aquelas que o investigador pretende explicar, que de acordo com Maroco (2007: 561), “implica geralmente uma relação do tipo causa-e-efeito”. No caso do modelo proposto correspondem à percepção dos atributos da qualidade.

Admitindo que é através das variáveis independentes que se pode obter o valor (resposta) relacional ou causal das variáveis dependentes (Maroco, 2007), no modelo do estudo estão referenciadas a nível dos atributos da qualidade (Quadro 9).

As variáveis sociodemográficas presentes no modelo do estudo, sendo variáveis independentes e fundamentais para caracterização da amostra (Quadro 10), elas não interferem na análise final do presente estudo. Tal facto não significa estar a negligenciar a sua importância, mas foi uma opção em termos de estratégia do estudo realizado.

¹¹ Considerando a definição proposta por Maroco (2007), uma variável é “algo” que o investigador precisa de medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação.

Quadro 9 – Descrição das Variáveis dos Atributos da Qualidade

Dimensões / Variáveis	Origem (Questões do Questionário)	Descrição	Classificação
Tangibilidade	P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos. P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.). P1.3. Os Técnicos de Imagiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.) P1.4. O Serviço de Imagiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética	Avalia a aparência das instalações, pessoal, equipamentos e físicos e demais aspectos mensuráveis do serviço.	Qualitativa Ordinal
Fiabilidade / Credibilidade	P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil. P1.16. Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em P1.24. O Serviço de Imagiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados resolver o problema). P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo). P1.25. O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	Avalia a capacidade para realizar o serviço prometido com disponibilidade e interesse em ajudar os clientes. Avalia a execução dos procedimentos de forma segura, mantendo os dados dos clientes	Qualitativa Ordinal
Capacidade de Resposta/ Sensibilidade / Receptividade	P1.10. O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame. P1.13. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames P1.14. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes/utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões, demonstrando simpatia e atenção P1.15. Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	Avalia a boa vontade no atendimento e disponibilidade do pessoal do atendimento em apresentar soluções para os problemas.	Qualitativa Ordinal
Garantia / Segurança	P1.18. Os Técnicos de Radiologia prestam o serviço de modo confiável e com precisão porque dão uma explicação detalhada sobre a realização do exame P1.21. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço P1.22. Os Técnicos de Radiologia são de confiança porque apresentam ter experiência, competência e segurança na realização dos exames. P1.23. Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço	Avalia a competência, credibilidade e competência dos profissionais de saúde, o sentimento de segurança do cliente acerca do desempenho dos profissionais. Avalia a educação e cortesia dos funcionários.	Qualitativa Ordinal
Empatia	P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame. P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia. P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado. P1.8. O Serviço de Imagiologia tem um horário de funcionamento conveniente, e que possibilita a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos. P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa, tendo como prioridade os interesses do paciente.	Avalia a atenção aos clientes e o atendimento das necessidades específicas dos mesmos; Avalia também o interesse pelo cliente e o atendimento personalizado	Qualitativa Ordinal

Fonte: Elaboração própria

Quadro 10 - Descrição das Variáveis Sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Objectivo	Classificação
Idade	Como forma de facilitar a caracterização da população, esta variável contínua será categorizada em classes etárias.	Quantitativa, de razão
Sexo	O sexo, enquanto item de natureza biológica, foi definido em masculino e feminino.	Qualitativa, nominal dicotómica
Estado Civil	É a condição vivenciada por um ou mais indivíduos perante a sociedade ou o meio que o rodeia. O estado civil inclui o estado de solteiro, casado, viúvo e divorciado/separado.	Qualitativa, nominal
Escolaridade	Conhecer o grau de ensino que inquirido frequentou ou frequentou compreendido em 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo; Ensino secundário complementar; Curso Técnico-Profissional; Bacharelato ou Curso Médio; Licenciatura; Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	Qualitativa ordinal
Situação Profissional	Entende-se por situação profissional, a ocupação ou actividade exercida, formalmente reconhecida ou ausência da mesma, questionado como: Reformado; Estudante; Desempregado; Trabalhador por conta de outrem; Trabalhador por conta própria.	Qualitativa, nominal
Área de Residência	Referente ao local de residência quanto ao local, distrito, concelho, freguesia e lugar de forma a compreender o acesso aos cuidados de saúde por parte dos inquiridos.	Qualitativa nominal

Fonte: Elaboração própria

2.4. Da Recolha ao Tratamento de Dados

No presente estudo foi essencialmente adoptada uma abordagem quantitativa, assumindo-a como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis sobre os resultados da Matriz da Qualidade Percebida pelos clientes.¹² Embora tenha seguido a tradição quantitativa dos estudos do tema “Qualidade percebida e satisfação dos utentes”, mas tal facto não negligenciou a adopção dos necessários aspectos qualitativos. Isto é, pese embora o instrumento privilegiado de recolha de informação tenha sido utilizado o inquérito por questionário, tal situação não excluiu a necessidade de recorrer à aplicação do inquérito por entrevista e posterior tratamento e análise de conteúdo na forma temática, técnica utilizada na fase da identificação das dimensões do estudo e para a preparação da estrutura do questionário (ver Apêndice 1).

Apresentam-se em seguida uma descrição mais pormenorizada da estrutura do questionário, o pré-teste realizado, bem como o protocolo de análise de dados.

¹² Tal como refere Fortin (1999: 22), o método de investigação do tipo quantitativo é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, (...) o investigador adopta um processo ordenado, que leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados.”

2.4.1. Estrutura do Questionário

Como foi referido acima, a técnica privilegiada de recolha de informação adoptada foi o inquérito por questionário¹³, cujo núcleo central foi concebido com base nas dimensões de estudo descritas anteriormente.

Hekkert, Cihangir, Kleesfstra, Berg e Kool (2009) defendem a utilização de questionários para medir a satisfação dos clientes quer a nível dos hospitais em geral quer a nível dos respectivos departamentos e para conhecerem as próprias características dos clientes.

Se considerarmos o exposto anteriormente, a aplicação do modelo SERVPERF (escala baseada na performance) é a mais operacional e indicada para avaliar a qualidade dos serviços (Cronin & Taylor, 1992,1994), e conseqüentemente para a construção do questionário.

Para determinar as dimensões utilizadas no questionário consultou-se um conjunto de instrumentos presentes nos diferentes estudos disponíveis na literatura pesquisada, entre os quais, os seguintes: HQual da autoria de Silva et al. (2009), aplicado no Projecto do "Estudo da Qualidade e Satisfação dos Doentes do HESE-EPE"; modelo do SERVPERF (Cronin e Taylor 1992, 1994); avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005). Foram ainda aplicadas algumas alterações de conteúdo às diferentes questões, de modo a adequar à realidade da organização estudada.

O núcleo central da estrutura do questionário é composto por cinco dimensões, abordando aspectos relacionados com Aspectos Físicos, Confiança/Fiabilidade, Capacidade/Prontidão de Resposta, Garantia/Segurança/ Sensibilidade e Empatia (Quadro 8). Sendo organizado por perguntas fechadas e abertas, cuja identificação teve em conta a relevância das questões (itens/aspectos) para os utentes/clientes das unidades de Imagiologia estudadas, designadamente as identificadas e aferidas numa fase preliminar

¹³ O inquérito por questionário é uma técnica de observação indirecta que se apoia num conjunto de perguntas e interrogações feitas a um conjunto de indivíduos, que pode envolver as suas opiniões, conhecimentos adquiridos, ou várias informações factuais sobre eles próprios ou de um fenómeno em estudo, como o impacto de uma política (Quivy e Campenhoudt, 2003). Ainda, segundo os autores, o questionário "possibilita quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, a numerosas análises de correlação; a exigência da representatividade do conjunto dos entrevistados pode ser facilmente satisfeita através deste método" (Quivy e Campenhoudt, 1992:190). Na verdade a adopção de tal modelo, além de facilitar a recolha de dados num único momento, reduz ainda a possibilidade de desistência dos inquiridos no caso da aplicação de dois questionários semelhantes que avaliam as expectativas e as percepções como o modelo SERVQUAL (Lopes, 2008).

através de entrevistas junto de um grupo dos mesmos ver anexo (Apêndice 1 e 2).

Em termos formais, o questionário é constituído por duas partes:

- a) Um primeiro grupo de questões, Parte A, corresponde às questões relacionadas com a medição dos atributos da qualidade percebida e da satisfação através do estudo das 5 dimensões distribuídas por 30 questões iniciais, reduzidas posteriormente a 27 (Apêndices 3 e 4). O preenchimento das avaliações foi registado com escala de Lickert de dez 10 pontos (em que 1 significa “**Discorda totalmente**” e 10 = “**Concorda totalmente**”), caracterizável como uma escala ordinal em que a diferença entre dois quaisquer valores consecutivos é considerada conceptualmente equivalente e interpretável (Fortin, 1999).
- b) O segundo grupo de questões, Parte B, é de ordem sóciodemográfica, através do qual se pretendeu identificar os elementos de caracterização da amostra de inquiridos.

2.4.1.1 Pré-Teste

Como se sabe, o questionário precisa ser testado antes da sua utilização¹⁴. Assim sendo, após a elaboração do questionário foi efectuado um pré-teste a uma amostra de clientes, tendo subjacente que estes possuirão características idênticas à população-alvo escolhidas para aplicação do questionário definitivo.

Foram distribuídos a 20 utentes das três unidades e áreas técnicas em estudo, e que corresponde a cerca de 10% da amostra final, recolhidos durante o mês de Maio de 2009, junto de utentes em ambulatório.

Com a realização deste pré-teste foi possível compreender as dificuldades de preenchimento e de interpretação, tendo registado as alterações estruturais e de linguagem, aspectos que foram introduzidas na versão final do questionário.

Assim, na versão final abandonaram-se 3 questões do primeiro grupo do questionário inicial, e procedeu-se a alteração da linguagem de forma a melhorar e facilitar a compreensão por parte dos utentes inquiridos, permitindo deste modo evitar o abandono durante o preenchimento devido à complexidade e número de questões. A versão final do questionário aplicado no estudo contém 27 questões no primeiro grupo, sendo 22 as questões relacionadas directamente com a adaptação do modelo SERVPERF (Apêndice4).

¹⁴ Segundo Ghiglione e Matalon, o pré-teste indica-nos “como as questões e as respostas são compreendidas, permite-nos evitar erros de vocabulário e de formulação e salientar recusas, incompreensões e equívocos” (2001: 157). Ainda na perspectiva dos autores “é necessário distinguir duas fases no pré-teste de um questionário. A primeira refere-se a cada questão considerada por si só, a segunda ao questionário na sua totalidade e às condições da sua aplicação” (Ghiglione & Matalon, 2001: 156).

2.4.2. Aspectos Particulares dos Procedimentos da Recolha de Dados

Foram recolhidos 201 questionários válidos nos três serviços de Imagiologia e referentes às diferentes técnicas (RM;TC e Mamografia), junto de clientes/utentes inquiridos (Quadros 11 e 12), sendo estes maiores de idade, não dependentes, isto é, aparentando todos com capacidades e faculdades para responderem individualmente as questões, na maioria sem ajuda de terceiros.

A recolha de dados contou com a ajuda local dos profissionais de saúde. Assim, nos três serviços em estudo, foi distribuído e explicado aos técnicos de radiologia (profissionais que executam as referidas técnicas radiológicas) um protocolo para recolha dos questionários (Apêndice 5).

De relevar que as áreas das três técnicas em estudo requerem procedimentos de segurança para os clientes/utentes. Assim, antes de realizarem os exames, os clientes têm de responder a um questionário de segurança específico para cada uma das três técnicas. Nestes encontra-se um 1º grupo de perguntas referente à segurança e à identificação do paciente, seguindo-se de um 2º grupo de carácter profissional onde são colocados procedimentos durante exame (como lote de contraste se administrado, se recorreu a anestesia), apresentando-se ainda um 3º grupo onde existe uma breve explicação do exame, por fim, é solicitado o consentimento informado ao paciente (Anexos 3, 4, 5). Segue-se a realização do exame após confirmação dos dados recolhidos no questionário prévio.

No final dos exames de uma das três técnicas e após explicação do pretendido e concordância do cliente/utente em colaborar no presente estudo, foram distribuídos os respectivos questionários para serem respondidos pelos mesmos. De notar assim, que o investigador e os restantes profissionais que colaboraram na distribuição e recolha dos mesmos, não interferiram no preenchimento dos dados.

A recolha dos questionários decorreu de Maio a Julho de 2009. Dos 201 questionários recolhidos, 46,8% foram recolhidos após a realização de exames de Tomografia Computorizada, 40,3% após realização de Mamografia e os restantes 12,9% na realização de Ressonância Magnética (Quadro 12).

Quadro 11 - Frequência por Zona de Recolha

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válidos	CUF TV	110	54,7	54,7	54,7
	CUF Belém	52	25,9	25,9	80,6
	CUF Cascais	39	19,4	19,4	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito

Quadro 12 - Frequência por Tipo de Área Técnica

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válidos	TC	94	46,8	46,8	46,8
	RM	26	12,9	12,9	59,7
	Mama	81	40,3	40,3	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito

2.4.3. Linhas Gerais do Tratamento e Análise de Dados

Para dar conta do tratamento e análise de dados, foi adoptado um desenho sequencial de abordagem uni, bi e multivariada, recorrendo a diferentes tipos de análises estatísticas para explorar o nível de dependência e de interdependência das relações entre as variáveis.

Embora as variáveis dependentes da escala dos atributos da qualidade sejam de natureza ordinal, estes foram tratados numa perspectiva métrica, seguindo de perto a tradição dos estudos efectuados nessa área e outras que recorrem a medidas psicométricas. Em momentos específicos, as variáveis ordinais foram tratadas no seu formato de origem.

Assim, para descodificar a natureza descritiva, comparativa e correlacional das variáveis do modelo do estudo, foi efectuado um conjunto de etapas que se traduzem esquematicamente no seguinte:

- a) Análise descritiva dos atributos de cada dimensão, tendo em conta as medidas de tendência central e de dispersão;
- b) Análise da consistência da escala global dos atributos do modelo em estudo, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*;

- c) Análise factorial exploratória para descodificação das variáveis latentes¹⁵ que subjazem na matriz dos atributos do modelo de relações entre o campo da qualidade percebida e a satisfação dos utentes/clientes;
- d) Análise da consistência das escalas parcelares dos perfis latentes do modelo em estudo, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*;
- e) Avaliação do modelo de equações estruturais (SEM) com as dimensões extraídas das análises factoriais.
- f) Análise comparativa e estudo de diferenças das relações entre as três unidades de Imagiologia estudadas;
- g) Análise de correlação das percepções globais (qualidade, satisfação, imagem, resposta às reclamações/problemas), com os factores extraídos da análise factorial e que estejam na matriz do modelo estrutural reajustado.

Na sequência do que atrás ficou dito, para validação do instrumento e para explicar o comportamento das variáveis, tendo em conta as perguntas de investigação, os objectivos do estudo e as hipóteses formuladas, procedeu-se às diferentes fases de tratamento dos dados.

Para além das medidas de tendência central e de dispersão aplicadas para compreender o peso e a importância de cada atributo do modelo no contexto da amostra de resultados, destaca-se a importância da análise realizada para aferir a consistência interna ou fiabilidade¹⁶ da escala global e parcelar. De notar que, para aferir a consistência interna das escalas aplicou-se a análise da correlação inter-itens ou *reliability*, através da aplicação informática do SPSS, obtendo-se os resultados expressos em coeficiente de correlação de *Alpha-Cronbach*.

Para explorar os aspectos latentes que subjazem na relação entre as variáveis, utilizou-se a Análise Factorial (AF) que como se sabe é uma técnica de análise multivariada que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida de factores (intrínsecos) que de alguma forma controlam as variáveis originais. (Maroco, 2007). Esta transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis designadas por variáveis “independentes”, permitindo assim reduzir a complexidade dos

¹⁵ Designam-se por variáveis latentes as variáveis teóricas que só podem ser estimadas indirectamente através de variáveis observadas (Hair J. et al., 1998)

¹⁶ Importa referir que a fiabilidade de uma escala “significa a precisão da reprodutibilidade das medidas (...) e constitui também uma condição prévia à validade de um instrumento” (Silva, 2003: 99). Por outras palavras, a fiabilidade interna designa-se igualmente “precisão e a constância com que os instrumentos de medida fornecem resultados comparáveis em situações comparáveis” (Fortin, 1999: 235).

dados e obter uma ou mais combinações lineares independentes ou de componentes principais¹⁷.

Considerando que a Análise Factorial pretende obter factores subjacentes num grupo de variáveis é fundamental o tamanho da amostra¹⁸. De acordo com Pestana e Gageiro (2005:487) ao citar Hill (2000) o tamanho mínimo da amostra (N) corresponde a um número de variáveis (K), em que se $K \leq 5$ então a dimensão da amostra será de $N=50$. Se $5 < K \leq 15$, então a amostra $(N)=10 \times K$ e por último se $k > 15$ então $N=5 \times K$.

Considerando que no presente estudo a matriz é composta por 22 variáveis (K), está-se perante a situação de $k > 15$, pelo que a dimensão da amostra deve ter um mínimo de $N=5 \times K$, isto é, uma amostra mínima de $N=110$ respostas validas. Neste estudo obteve-se uma amostra de 201 respostas válidas, para as 22 variáveis distribuídas por 5 dimensões do modelo, situando-se assim o valor amostral acima do ideal ($22 \times 5 = 110$).

Em relação aos pressupostos da Análise Factorial, Hair et al (1998) esclarecem que não são necessários testes de normalidade, homocedasticidade e linearidade. Porém, o facto do modelo do presente estudo ter apenas 22 variáveis, é possível que exista alguma multicolinearidade entre si.

De relevar ainda que no presente estudo optou-se pelo método das componentes principais porque permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, num outro conjunto com menor número de variáveis não correlacionais e designadas de componentes principais. De acordo com Pestana e Gageiro (2005), os coeficientes obtidos definem cada uma das novas variáveis, sendo escolhidos de modo a que as variáveis derivadas expliquem a máxima variação dos dados originais e não estejam correlacionados entre si.

Para interpretar estes factores utilizou-se a aplicação SPSS que disponibiliza vários métodos de rotação de variáveis (Varimax; Quartimax; Equamax nos métodos ortogonais e Direct Oblimin e Promax para nos métodos oblíquos) de modo a se excluir os valores intermédios; através destes métodos os *loadings* mais elevados ficam mais elevados e o mesmo acontece para os valores mais baixos, sendo eliminados os valores intermédios (Pestana e Gageiro, 2005; Wikiversity, 2009).

¹⁷ As componentes da análise factorial podem ser utilizadas à *posteriori* como “indicadores que resumem a informação disponível nas variáveis originais” Maroco (2007:329). Acresce-se que a Análise Factorial tem como objectivo principal atribuir um *loading* a constructos ou factores que são directamente observáveis, através destes factores é possível identificar as relações estruturais entre as variáveis. Pode assumir um carácter exploratório que ocorre quando se trata duma relação entre variáveis, sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo. A Análise Factorial confirmatória acontece quando se comparam os resultados obtidos com os que constituem a teoria (Pestana e Gageiro, 2005).

¹⁸ A amostra deve ser suficientemente grande para garantir que uma segunda análise obtenha o mesmo número de factores, sendo a extracção destes factores possível através de dois métodos: a extracção componentes principais e o da máxima verosimilhança.

Neste estudo utilizou-se a Rotação Varimax que permite obter uma estrutura factorial em que apenas uma das variáveis originais está fortemente associada a um único factor e pouco associado aos restantes (Maroco, 2007). Minimiza-se assim o número de variáveis com elevados *loadings* num factor, obtendo valores entre 1 e -1 para cada componente principal, no caso de associação entre ambas, ou de 0 no caso de ausência de associação (Bruin, 2006). São considerados significativos os *loadings* $\geq 0,5$ por serem responsáveis por 25% da variância de acordo com Pestana e Gageiro (2005).

Para assegurar o rigor e a pertinência da análise realizada, deve-se confirmar a correlação entre as variáveis. Se essas correlações forem baixas é pouco provável que existam factores em comum. Foi tida em atenção estes aspectos. Para tal procedeu-se à análise dos dois testes seguintes:

- KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) permite aferir a homogeneidade das variáveis; este compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis aferindo a qualidade das correlações. Os valores do teste KMO de acordo com Maroco (2007) variam entre 0 e 1. Considera-se que o KMO perto de 1 indica coeficientes parciais pequenos, enquanto os perto de 0 traduzem coeficientes de correlação fraca. Para efeitos de interpretação, são considerados os seguintes valores: a) Muito bons entre 1 e 0,9; b) Bons entre 0,9 e 0,8; c) Médios entre 0,8 e 0,7; d) Razoáveis entre 0,7 e 0,6; e) Maus entre 0,6 e 0,5; f) Inaceitáveis $<0,5$.
- Teste de esfericidade de Bartlett's (ou método dos mínimos quadrados ponderados) permite verificar se existe correlação entre as variáveis de cada dimensão. Este teste requer dados de uma amostra normal e multivariada, sendo influenciado pelo tamanho da amostra.

De relevar que estes critérios permitem aferir a qualidade da matriz, definir o método de extracção, o número de factores a extrair, a estratégia de rotação e a salvaguarda da importância dos *scores* factoriais (Silva, 2003).

Para calcular a hierarquia da valorização dos itens caracterizadores dos atributos da qualidade e resultados das mesmas nas versões originais das variáveis (variáveis sem transformações de *scores*), utilizou-se o Teste de Friedman, sendo esta uma técnica estatística não paramétrica aplicada a "amostras emparelhadas que permite avaliar a hierarquia de ordem das mesmas variáveis" (Silva, 2003:120).

Considerando que as variáveis ou atributos de qualidade são de natureza ordinal, embora passíveis de configuração métrica, e dado que não possuem adequada normalidade e homogeneidade de variância, a comparação dos principais atributos do

modelo da qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF foi analisada pelo Teste Kruskal-Wallis. Este procedimento permite a análise não paramétrica das diferenças com três ou mais grupos, cujos resultados permitem compreender o comportamento das diferenças entre k amostras ou grupos (Silva, 2003; Maroco, 2007)

Utilizou-se ainda a Análise da Correlação *rho* de Spearman para compreender os níveis de intensidade das relações entre as percepções os atributos específicos do modelo de qualidade e os itens de aferição global da qualidade, satisfação, imagem e capacidade resolução de problemas.

Por último, procedeu-se à aplicação de Modelos de Equações Estruturais (*Structural Equations Modeling* ou SEM)¹⁹, enquanto técnica de tratamento de dados multivariada para confirmar a importância do modelo em estudo.

A SEM permite a transição da análise exploratória para uma perspectiva confirmatória, testando empiricamente um conjunto de relacionamentos de dependência através de um modelo que operacionaliza a teoria. O modelo proporciona uma representação das relações examinadas, formalizadas graficamente através de um conjunto de equações estruturais.

Algumas características distinguem a SEM das restantes técnicas de modelagem: a estimação de relações de interdependência múltiplas e inter-relacionadas e a capacidade de representar constructos latentes, ou seja, variáveis mensuráveis que não podem ser medidas directamente, como é o caso do modelo do presente estudo. A SEM permite expressar as relações entre as variáveis independentes e dependentes, inclusive quando uma variável dependente se torna independente em relação às subsequentes. As relações propostas são traduzidas numa série de equações estruturais para cada variável dependente. Segundo Farias e Santos (2000), Arbuckle (2008), Silva (2006) e outros, a SEM pode ser vista como uma extensão da Regressão Múltipla se tivermos em conta que se pretende explorar várias variáveis dependentes.

Importa relevar que um modelo de SEM é composto por dois submodelos: o modelo de medição e o modelo estrutural. De notar que o estrutural define a relação entre as variáveis latentes exógenas e endógenas, admitindo que este modelo especifica quais as variáveis latentes (exógenas) que influenciam directa ou indirectamente as mudanças nos valores da outra variável latente (endógena ou dependente). Quanto ao modelo de medição, este descreve as relações entre as variáveis latentes e seus indicadores observados. É de salientar que para cada constructo que emerge no modelo, é necessário

¹⁹ De salientar que os SEM englobam uma enorme família de modelos entre os quais: a Análise de Estrutura de Covariância, Análise de Variáveis Latentes, Análise Factorial Confirmatória, Modelagem de Caminhos (*path modeling*), Análise de Caminhos (*path analysis*) ou simplesmente análise LISREL (Farias e Santos, 2000).

determinar quais são suas variáveis indicadoras. Assim sendo, as SEM permitem investigar o quanto as variáveis independentes explicam as variáveis dependentes, tendo em conta a vantagem de poder admitir o erro de mensuração (Farias e Santos, 2000)²⁰. Em síntese, o objectivo fundamental das SEM consiste em corroborar a idoneidade dos indicadores seleccionados, cujo processo de estimação do modelo consiste em quatro etapas: a) Especificação; b) Estimação; c) Avaliação e, por vezes d) Modificação do modelo.

No presente estudo, adoptou-se um modelo de trajectória, também conhecida por análise de caminhos, testada através da aplicação AMOS (*Analysis of Moment Structures*). No caso concreto do tratamento de dados efectuado, baseou-se na utilização de modelos de regressão linear nas análises efectuadas para verificar as relações entre as variáveis. Para a aplicação desta técnica, foi tida em consideração alguns aspectos específicos, entre as quais, a definição teórica do modelo a ser testado, a especificação e identificação do modelo, bem como os aspectos de estimação para além da medição dos índices de adequação, referidos anteriormente.

No desenrolar da dissertação aplicou-se as quatro etapas acima referidas. De revelar que a fase de especificação²¹ correspondeu à descrição dos aspectos teóricos que permitiu o desenho do modelo adoptado para ser investigado por SEM, tal como sugere Ullman (2007). Quanto à estimação, segundo a autora, o método de estimação é essencial para que se possa compreender a qualidade dos dados estimados, assim como as ameaças ao processo de estimação.

Para confirmar o ajuste do modelo criado e os dados amostrais é necessário verificar a adequação geral do modelo²². Assim, para avaliar a qualidade do modelo, foram escolhidas as estratégias de teste de adequação através dos índices de ajuste segundo Hox e Bechger (1998) e Arbuckle (2008). Foi tido em atenção o índice clássico de ajuste de

²⁰ Tendo como desvantagens o facto de se explorarem constructos latentes, onde, muitas das vezes, são utilizadas variáveis categóricas. Existe também algumas restrições á utilização de variáveis categorias a necessidade de grandes amostras, sendo de destacar o seguinte: um número limitado de variáveis observadas (superior a 25); uma forte suposição de que para cada variável categórica observada existe uma variável latente subjacente não observada que seja quantitativa e que as mesmas apresentem uma distribuição normal (Silva, 2006). Também é desvantajoso a necessidade de justificação teórica para a especificação das dependências, modificação e relações propostas ao modelo estimado (Farias e Santos, 2000).

²¹ Segundo Ullman (2007), convém que um estudo SEM tenha sido desenvolvido a partir de estruturas teóricas sólidas. Tal especificação é dividida em dois momentos, em que o 1º momento corresponde à especificação do modelo de medida no que diz respeito à qualidade das medidas utilizadas para aferir as variáveis latentes. Chama a atenção a autora de que para tal deve-se submeter as medidas à análise factorial confirmatória (AFC) e testar a qualidade das medidas a partir dos índices de adequação do modelo de medida, entre outros indicadores. Quanto ao 2º momento, este corresponde ao modelo estrutural que tem a ver com as relações de determinação e covariâncias que as variáveis exógenas e endógenas terão entre si. Segundo a autora, a definição do modelo estrutural implica na atribuição de restrições na matriz de dados, que são os parâmetros que o processo de análise de dados deve estimar.

²² Ou seja, o investigador especifica o modelo e então usada os dados amostrais para testa-lo.

um modelo, através da medida do qui-quadrado (χ^2), bem como os índices comparativos utilizados como NFI (*Normed Fit Index*) e o CFI (*Comparative Fit Index*). Não menos relevante, foi tido em atenção o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), valor que afere a qualidade do ajuste próximo do modelo e que se obtém através da comparação entre o modelo em teste e um modelo saturado com o mesmo conjunto de dados (Maroco, 2007). A literatura consultada aponta que valores de RMSA entre 0,08 e 0,09 são indicadores de ajuste suficiente e valores acima de 0,95 para os demais índices são considerados de bom ajuste do modelo. Porém, é de assinalar que outros autores menos exigentes admitem a variabilidade do valor RMSA entre 0,08 a 0,10.

Foram tidos ainda em atenção outros índices tais como o GFI (*Goodness of Fit Index*) e o AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), estes índices que se baseiam no cálculo da proporção da variância explicada por meio da estimação. No caso destes índices, também se espera valores próximos a 1,0 para a indicação de ajuste do modelo. De acordo com Hox e Bechger (1998), pode-se aceitar um modelo com valores próximos de 0,90, sendo um valor de 0,95 considerado indicador de um bom ajuste. Uma outra categoria de índices utilizada para aferir a qualidade do modelo diz respeito ao grau de parcimónia do modelo testado, ou seja, o PGFI (*Parcimony Goodness of Fit Index*), índice que oferece as informações da adequação do modelo por meio de uma relação entre o número de parâmetros estimados e o número de pontos de dados na matriz de covariâncias.

A partir da análise dos índices de modificação foi possível compreender a importância do modelo estrutural inicial. Contudo, o processo de alteração, embora possa ter um carácter confirmatório da SEM significativo, não foi tomado como principal para a interpretação dos resultados. Para tal, foi fundamental o recurso à fundamentação teórica para modificação do modelo inicial, aspecto este que foi tido em atenção para reelaborar a reespecificação das variáveis do modelo de trajectória caracterizador do modelo final identificado no presente estudo.

Para finalizar este ponto, admitiu-se no presente estudo como critério de rejeição ou aceitação das hipóteses a testar, um nível de probabilidade de 5%.

2.4.4. Notas Breves sobre a Consistência Interna do Instrumento

O instrumento desenvolvido neste estudo e utilizado para analisar os atributos da qualidade na perspectiva dos utentes/clientes dos Serviços de Imagiologia, nos casos dos serviços prestados em Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética e Mamografia do grupo CUF, embora tenha sido adaptado do modelo SERVPREF e fundamentado pelos diferentes estudos referidos na revisão de literatura, tal facto não excluiu a necessidade de

validar a sua consistência interna ou fiabilidade da estrutura das escalas do modelo utilizado.

Resumindo, neste estudo, avalia-se a consistência interna através da determinação dos valores *Alpha* de Cronbach da escala global e dos valores parciais de cada dimensão, sendo tais dimensões extraídas através da Análise Factorial. De notar que segundo, Pestana e Gageiro (2005), a estatística de *Alpha* de Cronbach define-se como uma correlação que se espera obter entre uma dada escala sob avaliação e outras eventuais escalas hipotéticas que tenham não só igual número de *itens*, mas que permitam medir a mesma característica. Os valores da estatística variam de 0 a 1, cuja interpretação em termos de nível de consistência (Pestana e Gageiro, 2005: 526), é conforme o seguinte: a) 1 – 0,9 (Muito Boa); b) 0,8 – 0,9 (Boa); c) 0,7 – 0,8 (Razoável); d) 0,6 – 0,7 (Fraca); e) 0,6 (Inadmissível).

Os resultados da análise da consistência interna permitiram verificar um valor médio do coeficiente de *Alpha-Cronbach* de 0,953 para os 22 itens da escala global das questões adaptadas no modelo do estudo. Verificou-se ainda que ao nível das dimensões das escalas parcelares, os valores obtidos permitem concluir a presença de uma consistência interna aceitável ou razoável. Estes resultados encontram-se descritos mais adiante.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa



Análise e Discussão dos Resultados

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados foi dividida em várias fases de modo a encontrar “respostas” às hipóteses de investigação levantadas no presente estudo. Antes da apresentação destes resultados, descreve-se como ponto prévio algumas notas caracterizadoras das três unidades de Imagiologia da Região de Lisboa, pertencentes ao grupo da José de Mello Saúde, onde foram recolhidos os dados do estudo. Após este ponto, procede-se à descrição das análises uni, bi e multivariadas aplicadas.

3.1. Caracterização dos Três Serviços de Imagiologia - Clínicas CUF da Região de Lisboa

O presente estudo foi realizado em três unidades de Imagiologia da José de Mello Saúde, situadas na Região de Lisboa, pertencentes à clínicacuf Torres Vedras, clínicacuf Cascais e clínicacuf Belém. Este trabalho de pesquisa tem como população-alvo os utentes em regime de ambulatório que recorreram aos serviços no período de Maio a Julho 2009, nomeadamente para realização dos exames complementares de diagnóstico em Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética e Mamografia. A caracterização que se transcreve em seguida foi extraída da carta de missão do grupo, bem como dos documentos cedidos pela instituição para os propósitos do presente estudo.

A José de Mello Saúde é uma empresa que está na prestação privada na área da saúde desde 1945 com o Hospital CUF, sendo uma referência de qualidade humana e tecnológica nos cuidados hospitalares em Portugal. Tem tido um processo de crescimento continuado e de actualização tecnológica, através de investimentos significativos na sua modernização. No desenvolvimento dos seus negócios, a José de Mello Saúde conta com uma parceria estratégica com a Associação Nacional de Farmácias, uma das suas accionistas, e recentemente celebrou uma parceria no mercado ibérico com o Grupo Hospitalar Quirón. Na área de prestação de cuidados de saúde a nível nacional, a José de Mello Saúde gere uma rede de hospitais e clínicas Cuf. Integra também, desde o final de 2008, o negócio das soluções residenciais e domiciliárias para a terceira idade, desenvolvido pela José de Mello Residências e Serviços, que opera no mercado com as marcas Domus (residências assistidas, domiciliária e de cuidados paliativos).

O grupo tem como missão promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do

melhor. Pretende ser líder na península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no sector privado como no sector público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais seleccionados.

A Qualidade e a Excelência são na actualidade palavras-chave que colocam as organizações num patamar superior, assumindo como objectivo fundamental a prestação de cuidados de saúde de excelência com elevados parâmetros de Qualidade. Para tal utiliza uma política transversal a todas as unidades prestadoras de cuidados.

A Qualidade é entendida como a prestação de cuidados de uma forma efectiva e eficiente, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, de acordo com o estado da arte a nível técnico-científico, e procurando a melhoria contínua de forma sistemática.

Como forma de consubstanciar a Política de Qualidade no dia-a-dia das Unidades do Grupo, foi implementado um Sistema de Gestão da Qualidade, que permite que cada Unidade, Serviço Assistencial ou de Suporte:

- Estabeleça, avalie, monitorize e redefina os níveis de serviço das respectivas actividades, à luz das melhores práticas em cada domínio;
- Sistematize os processos e respectiva documentação de suporte;
- Identifique e minimize os factores de risco associados, em particular em matéria de segurança do doente e dos colaboradores;
- Submeta os referidos processos e outputs a auditorias internas e a auditorias externas realizadas por entidades certificadoras independentes;
- Implemente medidas de melhoria contínua, que têm tradução directa nos Planos de Acção e Orçamento das Unidades.

A José de Mello Saúde possui ainda uma ferramenta específica de suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade – o Portal da Qualidade – a que têm acesso os principais responsáveis deste mesmo Sistema. Pela sua natureza, esta ferramenta funciona como repositório das melhores práticas das unidades, facilitando a partilha efectiva das mesmas entre os profissionais do Grupo. Tendo iniciado em 2010 o reporte de eventos adversos através de aplicação informática, sendo acessível a todos os colaboradores de forma a manterem o anonimato.

De acordo com os princípios estabelecidos na Política da Qualidade da José de Mello Saúde, as Unidades do Grupo têm promovido a Certificação dos respectivos serviços de acordo com Programas de Gestão da Qualidade (José de Mello Saúde, 2010)

3.1.1 Os Três Serviços de Imagiologia

A clínicacuf Torres Vedras iniciou a actividade em Fevereiro 2008, sendo uma unidade vocacionada para servir a população dos concelhos da zona Oeste. Dispõe de 16 camas para internamento, atendimento permanente para adultos e pediátrico, 19 gabinetes para consultas de especialidade, uma unidade de bloco operatório geral com 2 salas. Obteve a certificação de todos os seus serviços no final de 2009 pela *SGS ICS – International Certification Services* de acordo com a norma ISO 9001:2008 A nível do serviço de Imagiologia dispõe de técnicas como Ressonância Magnética, Tomografia Computorizada, Mamografia, Radiologia Geral, Ultrasonografia e Densitometria Óssea.

A clínicacuf Cascais, existe desde Setembro de 2008, dispõe de 20 camas para internamento, atendimento permanente para adultos e pediátrico, com 36 gabinetes para consultas de especialidade e diversos exames complementares de diagnóstico. Tem uma unidade de bloco operatório com 2 salas. Também obteve a certificação de todos os seus serviços no final de 2009, estando certificada pela *SGS ICS – International Certification Services* de acordo com a norma ISO 9001:2008. No serviço de Imagiologia dispõe das mesmas técnicas Imagiologicas que a clínicacuf Torres Vedras.

A clínicacuf Belém é uma unidade de ambulatório (antiga Clinica Santa Maria de Belém, adquirida pelo grupo José de Mello Saúde). Dispõe de 40 gabinetes para consultas de especialidade, com diversos exames complementares diagnóstico, uma unidade de medicina dentária, check-up's, medicina física e de reabilitação e a possibilidade de realização de pequenas cirurgias. Ainda não se encontra certificada. No serviço de Imagiologia encontram-se técnicas como Tomografia Computorizada, Mamografia, Radiologia Geral, Ultrasonografia e Densitometria Óssea. É uma unidade dirigida essencialmente para clientes em ambulatório.

As três unidades apresentam uma casuística (Quadro 13) diferente quanto aos resultados dos exames efectuados ao nível da TC, RM e mamografia. De notar que a Unidade de Cascais abriu em Setembro 2008, pelo que a estatística não é relevante (a) por estar em fase de instalação. Como a Unidade de Torres Vedras abriu em Fevereiro 2008 sem Ressonância Magnética, o ano de 2008 foi para instalação de protocolos e formação de profissionais, pelo que a estatística da casuística não é considerada relevante (b).

Quadro 13 - Estatística dos MDCT'S nos Três Serviços de Imagiologia

Estatísticas do Numero de Exame Complementares de Diagnostico Realizados na área do TC, RM e Mamografia			
Serviço de Imagiologia	MDCT'S	Total 2008	Total 2009
Clinicacuf Belém	Mamografia	4140	4105
	Tomografia Computorizada	3896	3200
Clinicacuf Cascais	Mamografia	a)	2424
	Tomografia Computorizada	a)	3710
Clinicacuf Torres Vedras	Mamografia	1564	1550
	Tomografia Computorizada	3582	3940
	Ressonância Magnética	b)	854

Fonte: Estatística José de Mello Saúde

3.2. Caracterização do Perfil dos Inquiridos

Pretende-se com a seguinte análise sociográfica dar a conhecer o perfil da amostra inquirida neste estudo, sendo esta caracterizada pelas seguintes variáveis: sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional, área de residência, tipo de respondente. Os resultados dos respondentes encontram-se expressas em percentagem e representadas, em termos globais e parciais, nos seguintes quadros 14 e 15.

Quadro 14 - Caracterização Sociográfica dos Inquiridos dos Três Serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo o sexo, grupo etário e estado civil (%)

Sexo	Amostra	Nº casos	Fem	Masc.
	CUF	197	70,6	29,4
	TV	108	58,3	41,7
	Belém	50	82,0	18,0
	Cascais	39	89,7	10,3

Grupo etário	Amostra	Nº casos	18 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 ou +
	CUF	196	2,6	17,9	28,1	28,1	23,5
	TV	108	0,9	22,2	27,8	25,9	23,1
	Belém	50	8,0	14,0	26,0	30,0	22,0
	Cascais	38	---	10,5	31,6	31,6	26,3

Estado Civil	Amostra	Nº casos	Solteiro	Casado	Div/Sep	Viúvo
	CUF	198	14,1	65,7	18,2	2,0
	TV	108	15,7	69,4	13,0	1,9
	Belém	51	13,7	58,8	25,5	2,0
	Cascais	39	10,3	64,1	23,1	2,6

Fonte: Questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 2009

A análise do Quadro 14 permite concluir quanto à caracterização das variáveis sociográficas dos inquiridos de que ao nível do Sexo, como variável nominal dicotómica, é possível verificar que os inquiridos são predominantemente do sexo feminino (70,6%) contra 29,4% do sexo masculino. As percentagens mais elevadas do sexo feminino situam-se ao nível das categorias das unidades de Belém e de Cascais.

Sendo a Idade uma variável do tipo intervalar, esta que foi categorizada em cinco grupos etários. A análise dos resultados mostra que são dois os grupos que detêm um maior peso percentual no seio dos inquiridos. Tratam-se dos grupos dos 36 a 45 anos e o dos 46 a 55 anos (grupo modal) e que apresentam um valor de 28,1%. Em termos de distribuição por unidades de radiologia, a tendência é a mesma em termos de peso percentual.

Quanto ao Estado Civil, composta por quatro categorias (1 solteiro, 2 casado, 3 divorciado/separado e 4 viúvo), denota-se a maioria dos respondentes são casados (65,7%). Igual maioria é verificada em cada uma das unidades de radiologia.

Quadro 15 - Caracterização Sociográfica dos Inquiridos dos Três Serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo a escolaridade, situação profissional, área de residência, tipo de respondente (%)

Escola- ridade	Amostra	Nº casos	Sem escolari- dade	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ens. Secund	Curso técnico profission	Curso Superior
	CUF	198	---	8,1	8,6	11,1	23,2	5,6	43,4
	TV	108	---	10,2	11,1	13,0	25,9	6,5	33,4
	Belém	51	---	9,8	3,9	7,8	21,6	3,9	53,0
	Cascais	39	---	---	7,7	10,3	17,9	5,1	59,0

Situação Profis- sional	Amostra	Nº casos	Desem- pregado	Refor- mado	Estu- dante	Trab conta de outrem	Trab conta própria	Outra
	CUF	197	3,6	16,2	1,5	59,9	14,2	4,6
	TV	107	3,7	14,0	0,9	56,1	19,6	5,6
	Belém	51	2,0	19,6	3,9	68,6	2,0	3,9
	Cascais	39	5,1	17,9	---	59,0	15,4	2,6

Área de residên- cia	Amostra	Nº casos	Distrito	Conc.	Freg.	Lugar
	CUF	180	41,7	38,3	12,8	7,2
	TV	102	34,3	44,1	12,7	8,8
	Belém	41	70,7	19,5	7,3	2,4
	Cascais	37	29,7	43,2	18,9	8,1

Respon- dente	Amostra	Nº casos	Próprio	Outro
	CUF	199	97,0	3,0
	TV	109	95,4	4,6
	Belém	51	98,0	2,0
	Cascais	39	100,0	---

Fonte: Questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 2009

No que concerna à Escolaridade, enquanto variável composta por seis categorias (1 Sem escolaridade, 2 1º Ciclo, 3 2º Ciclo; 4 Ensino Secundário, 5 Curso Técnico-Profissional e 6 Curso Superior), é de relevar que 43,4% dos inquiridos afirmam detentores de um diploma de estudos superiores. Predominam, assim, nas diferentes unidades de radiologia, inquiridos com elevado capital escolar.

Em relação à Situação Profissional, composta por seis categorias (1 Desempregado, 2 Reformado, 3 Estudante, 4 Trabalha por conta de outrem, 5 Trabalha por conta própria e

6 outras situações), a maioria dos inquiridos (59,9%) afirma que trabalha por conta de outrem. Em termos das diferentes unidades, tal situação ultrapassa os 50% dos inquiridos.

Quanto à Área de Residência, contendo quatro categorias (1 Distrito, 2 Concelho, 3 Freguesia e 4 Lugar), verificou-se que cerca de 41,7% dos inquiridos residem no distrito do local de recolha do questionário e 38,3% dos inquiridos são do mesmo concelho. Numa leitura por unidade, admite-se que os inquiridos são maioritariamente residentes próximos dos locais das respectivas clínicas.

Por último, em relação à variável Tipo de Respondente, caracterizada por duas categorias (1 Próprio e 2 Outro - acompanhante do inquirido), os resultados revelaram que 97,0% dos inquiridos das diferentes unidades eram não dependentes, possuindo capacidade autónoma para responderem cabalmente as diferentes questões do questionário.

Em síntese, foi com base nestas informações que se aferiu os 201 casos. De acordo com as informações fornecidas pela análise das características do perfil da população (Quadros 14 e 15), pode-se concluir que se trata de uma amostra cujo perfil é definido por idades compreendidas entre 36 a 55 anos, detendo 56,2% da população até 55 anos de idade, autónomos em que 97% dos inquiridos responderam os próprios ao questionário. A maioria é do sexo feminino (70,6%), prevalecendo na amostra o estado civil de casado (65,7%). Cerca de 43,4% dos inquiridos tem um curso superior e trabalham por conta de outrem (59,9%), sendo 41,7% do distrito do local de recolha dos questionários e 38,3% do mesmo concelho.

3.3. Uma Primeira Aproximação aos Serviços de Imagiologia

3.3.1. Formas de Acesso e Contactos com os Serviços de Imagiologia

Ao interpretar os factores que influenciam as escolhas dos clientes/utentes ao optarem por determinado serviço, identifica-se indicadores e outros aspectos a nível de acesso determinantes para o sucesso do serviço avaliado.

No Quadro 16 estão representados os factores avaliados quanto às formas de acesso e contacto com os Serviços de Imagiologia. Segundo o maior número dos inquiridos que recorreram aos três serviços de Imagiologia no período do estudo, assinala-se que em termos globais, a procura deveu-se essencialmente à recomendação do médico assistente (46,8%), sendo a localização do serviço o factor mais influente (44,6%) quanto à escolha do local, seguido da reputação do serviço (34,7%). Em relação às convenções, as entidades mais convencionadas são as entidades seguradoras (46,3% em termos globais), excepto no caso da unidade de Belém.

Quadro 16 - Formas de acesso aos Serviços de Imagiologia do grupo CUF (%)

Conhecimento e/ou Recomendado	Amostra	Nº casos	Médico	Amigos	Outro	Não Resp
	CUF	201	46,8	21,4	20,4	11,4
	TV	110	41,8	23,6	16,4	18,2
	Belém	52	61,5	21,2	13,5	3,8
	Cascais	39	59,0	15,4	23,0	2,6

Influência na escolha do local	Amostra	Nº casos	Localização	Convenções	Técnicas disponíveis	Reputação do serviço
	CUF	193	44,6	13,5	7,3	34,7
	TV	103	54,4	15,5	5,8	24,3
	Belém	52	27,5	15,7	11,8	45,1
	Cascais	39	41,0	5,1	5,1	48,7

Entidade convencionada / requisitante do exame	Amostra	Nº casos	ARS	ADSE	Seguros	Outra
	CUF	201	3,0	30,8	46,3	19,9
	TV	110	0,9	24,5	50,9	23,7
	Belém	52	9,6	46,2	25,0	19,2
	Cascais	39	---	28,2	61,5	10,3

Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Quanto à análise do peso global percentual das perguntas do 1º grupo de questões Parte A, correspondente às questões relacionadas com a medição da qualidade percebida e da satisfação, em relação ao acesso e contacto com o Serviço de Imagiologia do grupo

(Quadro 17), a apreciação é bastante positiva e elevada (score 8, 9, 10 da escala). As percentagens da avaliação global das três unidades, em conjunto, nas cinco questões correspondentes ao acesso e ao contacto com o serviço de Imagiologia permite concluir que os inquiridos *Concordam Totalmente* quanto às condições da sala de espera (53,2%), em relação à disponibilidade para marcação de vários exames (60,1%). Quanto ao aviso prévio de alterações da data/hora da realização do exame 69,1% dos inquiridos *Concordam Totalmente*. A questão 1.27 refere-se à prestação do serviço comparativamente a outros Serviços de Imagiologia, 55,7% dos inquiridos *Concordam Totalmente* que o Serviço de Imagiologia avaliado presta um melhor serviço comparativamente a outros Serviços de Imagiologia. Os valores médios referentes a cada uma das unidades de radiologia seguem igual tendência dos aspectos globais, oscilando-se na ordem dos níveis de score entre 8 a 10 pontos da escala (Quadro 17).

Quadro 17 - Análise das % globais dos Atributos relativos ao Acesso e Contacto com o Serviço de Imagiologia do grupo CUF

Perguntas	Nº de casos	Respostas em %									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PA1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	107		,5	1,0		4,0	,5	7,5	15,9	17,4	53,2
PA1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Imagiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames	178	,6			,6	1,7	2,8	3,9	14,6	15,7	60,1
PA1.11 - O Serviço de Imagiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame	175	,6				1,1	1,7	3,4	14,9	9,1	69,1
PA1.26 - As expectativas quanto ao serviço prestado confirmaram-se	189				1,1	2,6	1,1	1,6	10,1	19,6	64,0
PA1.27 - O Serviço de Imagiologia presta um melhor serviço comparativamente a outros Serviços de Imagiologia	167	1,2			,6	4,8	2,4	2,4	13,2	19,8	55,7

Nota: 1-Discorda Totalmente e 10 Concorda Totalmente: Total 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009
Fonte: Inquérito

Quanto análise da experiência com os serviços de Imagiologia do grupo CUF, em termos globais, cerca de 55,8% já tinham recorrido ao serviço e/ou a serviços do grupo CUF, enquanto 82,3% realizaram exames em outros serviço (Quadro 18). Os que recorreram a outros serviços, 55,6% recorreram a clínicas privadas, excepto os da unidade

de Belém que igualmente recorrem ao hospital público (Quadro 19).

Quadro 18 - Experiência com os serviços de Imagiologia do grupo CUF(%)

Exames no grupo CUF	Amostra	Nº casos	Sim	Não
	CUF		197	55,8
TV		108	50,9	49,1
Belém		51	66,7	33,3
Cascais		38	55,3	44,7

Exames noutros serviços	Amostra	Nº casos	Sim	Não
	CUF		198	82,3
TV		109	81,7	18,3
Belém		51	78,4	21,6
Cascais		38	89,5	10,5

Fonte: 201 questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 20

Quadro 19 - Tipo de outros serviços de imagiologia contactados (%)

Outros	Amostra	Nº casos	Hospital Público	Centro de Saúde	Clínica Privada	Outro
	CUF		170	33,5	3,5	56,5
TV		89	28,1	4,5	58,4	9,0
Belém		40	57,5	2,5	35,0	5,0
Cascais		34	20,6	2,9	73,5	2,9

Fonte: 201 questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 2009

As questões desenvolvidas para captar as expectativas servem de resposta indirecta sobre a fidelização dos clientes/utentes nos serviços de Imagiologia. Numa perspectiva global, 92,3% afirmaram que voltariam a recorrer ao serviço, contra 1% de respostas negativas. Quanto ao aconselhamento e recomendação do serviço a outros indivíduos, 92,3% recomendariam de forma positiva, enquanto 1,5% não recomendariam (Quadro 20).

Em síntese, segundo a maioria dos inquiridos que recorreram aos Serviços de Imagiologia no período do estudo, a procura deveu-se à recomendação do médico assistente (46,8%), sendo a localização do serviço o factor mais influente (44,6%) quanto à escolha do local, seguido da reputação do serviço (34,7%). Em relação às convenções, as entidades mais convencionadas são seguradoras (46,3%).

Quanto aos factores que influenciam as escolhas dos clientes, nesta análise são abordados os factores relativos ao contacto com o Serviço de Imagiologia, quanto à forma de disponibilização de marcações e horários e vontade em voltar a recorrer ao serviço assim como a recomendação do mesmo a outros indivíduos. De relevar que numa perspectiva de satisfação, lealdade e fiabilização Vukmir (2006) aborda a gestão da

reclamação e admite que o estudo da satisfação começa na tomada de consciência das possíveis causas de insatisfação, o mesmo admite que o custo de atrair um novo cliente é cinco vezes superior ao custo de manter um antigo cliente. Assim, de acordo com os resultados 92,3% dos inquiridos demonstram vontade em voltar a recorrer ao serviço e a mesma percentagem de inquiridos recomendaria o serviço a outros, tais resultados sugerem sinais bastante animadores ou positivos sobre a atractividade dos serviços estudados.

Quadro 20 - Voltar a recorrer e/ou aconselhamento dos serviços de Imagiologia do grupo CUF (%)

Voltar a recorrer	Amostra	Nº casos	Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Não
	CUF	196	92,3	5,6	1,0	1,0
TV	105	89,5	8,6	1,0	1,0	
Belém	52	92,3	3,8	1,9	1,9	
Cascais	39	100,0	---	---	---	
Aconselha-mento	Amostra	Nº casos	Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Não
	CUF	179	92,3	5,2	1,0	1,5
TV	105	90,5	7,6	---	1,9	
Belém	51	90,2	3,9	3,9	2,0	
Cascais	38	100,0	---	---	---	

Fonte: 201 questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 2009

3.3.2. Características Gerais e Particulares dos Serviços de Imagiologia

Segundo uma abordagem global dos inquiridos das três unidades quanto à avaliação dos atributos da qualidade global, (Quadro 21), mantêm uma média elevada em relação à satisfação em geral (9,33), seguindo-se a qualidade em geral proporcionada pelo serviço de Imagiologia com média de 9,29 para o mesmo número de inquiridos. Em particular, é de salientar os aspectos referentes ao aviso prévio de alterações das marcações com uma média de 9,33. Um outro aspecto particular com maior relevância a assinalar, corresponde à confirmação das expectativas em relação ao Serviço de Imagiologia (9,32), no entanto a nível de resposta às reclamações/problemas apresenta um valor inferior (8,70). Os scores mais elevados foram recolhidos na unidade de Cascais.

Quadro 21 - Estatísticas descritivas de alguns aspectos dos serviços de Imagiologia

CUF				
Itens	Média global	Torres Vedras	Belém	Cascais
Aspectos Particulares				
PA1.5 -O Serviço de Imagiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	8,96	9,01	8,48	9,44
PA1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Imagiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames	9,15	9,04	9,02	9,63
PA1.11 -O Serviço de Imagiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame	9,33	9,24	9,32	9,61
PA1.26 - As expectativas quanto ao serviço prestado confirmaram-se	9,32	9,31	9,02	9,73
PA1.27 - O Serviço de Imagiologia presta um melhor serviço comparativamente a outros Serviços de Imagiologia	8,99	8,90	8,76	9,52
Aspectos Globais				
PA3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou	9,29	9,34	8,90	9,66
PA3.2 - A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Imagiologia	9,33	9,39	8,92	9,71
PA3.3 - A Imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta	9,24	9,32	8,90	9,53
PA3.4 - Resposta do Serviço de Imagiologia às reclamações/problemas	8,70	8,70	7,96	9,71

Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

3.4. Valorização dos Serviços de Imagiologia

3.4.1. Os Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia

Dos resultados globais observados ressalta que os inquiridos dão mais importância ao grupo profissional dos técnicos quanto à experiência e segurança na realização dos exames (9,53), assim como quanto à interação com o técnico quanto à disponibilidade (9,57) e garantia da privacidade dos inquiridos com média de 9,61, e por ultimo um dos valores mais relevantes 9,65 em relação à aparência (“Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados?”) (Quadro 22).

Quadro 22 - Estatísticas descritivas dos Atributos da Qualidade dos serviços de Imagiologia do grupo CUF

Itens	CUF			
	Média Global	Torres Vedras	Belém	Cascais
PA1.1 - ... apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	9,34	9,38	8,90	9,77
PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	9,43	9,63	8,86	9,59
PA1.3 -Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados	9,65	9,65	9,58	9,72
PA1.4 -O Serviço de Radiologia está bem localizado ... e apresenta, em geral, uma boa informação	9,09	9,14	8,79	9,36
PA1.12 - O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame e relatado em tempo útil	9,30	9,38	9,16	9,28
PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o serviço demonstra interesse em resolver o problema.	9,32	9,38	8,93	9,67
PA1.24 - ...a é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados.	9,07	9,01	8,87	9,50
PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	8,69	8,79	8,50	8,64
PA1.25 - O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	9,17	9,12	8,95	9,59
PA1.10 -O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário do exame.	9,38	9,43	9,19	9,49
PA1.13- Os Técn. Rad. prestam os seus serviços ... reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	9,34	9,32	9,20	9,57
PA1.14 - Os Técn. Rad. têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia ...	9,57	9,61	9,37	9,71
PA1.15 - Os Técn. Rad. não deixam de responder às solicitações ..., mesmo quando estão ocupados.	9,29	9,36	8,89	9,61
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	8,93	8,98	8,69	9,11
PA1.21 - Os Técn. Rad. garantiram conforto e segurança durante ... permanência no serviço.	9,51	9,56	9,29	9,69
PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	9,53	9,57	9,36	9,67
PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro ...	8,66	8,49	8,43	9,45
PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	9,61	9,58	9,55	9,76
PA1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem ... com atenção e cortesia.	9,28	9,28	9,06	9,59
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar...	8,45	8,24	8,32	9,23
PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia ...	9,03	8,75	9,18	9,58
PA1.6 -O Serviço de Radiologia transmite as informações ... de forma clara e precisa.	9,27	9,31	8,90	9,64

Nota: Total 201 questionários, recolhidos entre Maio e Julho 2009

3.4.2. Hierarquia dos Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia

Após a análise de variância não paramétrica com o teste de Friedman foi possível aferir a hierarquia dos aspectos mais valorizados nos três locais (perspectiva global), admitindo como hipótese nula, que os itens da escala não se encontram relacionados entre si, nem existe qualquer hierarquia de ordem significativa, a um nível significância de 5% (Silva, 2003). OS resultados obtidos sugerem uma relação significativa.

Quadro 23 - Hierarquia da valorização dos atributos da Qualidade do grupo CUF

Atributos	CUF
	Mean Rank
PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	12,43
PA1.2 - O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	12,32
PA1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	13,18
PA1.4 - O Serviço de Imagiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	10,81
PA1.12 - O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil	11,70
PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema	11,62
PA1.24 - O Serviço de Imagiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados.	10,65
PA1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	9,32
PA1.25 - O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa ...	11,03
PA1.10 - O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário do exame.	11,47
PA1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	12,21
PA1.14 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	12,73
PA1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	11,54
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	10,73
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	12,72
PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	13,05
PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro ...	9,64
PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	13,29
PA1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	11,04
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar...	10,08
PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos	10,32
PA1.6 - O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa.	11,13
Teste de Friedman	
	Casos válidos
	109
	Chi-Square
	161,052
	df
	21,000
	Sig.
	,000

Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Tendo em conta os dados hierarquizados e apresentados no quadro anterior, são apresentados no Quadro 24 os cinco aspectos mais valorizados e menos valorizados pelos inquiridos nos serviços avaliados. Destaca-se que, em termos globais, o aspecto menos valorizado nas três unidades é a ideia de “Serviço de Imagiologia apresenta ter procedimentos padronizados”, sendo o mais valorizado pelos inquiridos a noção de que “Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame”.

Quadro 24 - Principais Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia

Grupo CUF	
5 Principais Aspectos menos valorizados	5 Principais Aspectos mais valorizados
PA1.24 - O Serviço de Imagiologia apresenta ter procedimentos padronizados.	PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.
PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos	PA1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar...	PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.
PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro ...	PA1.14 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.
PA1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.

Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Nota: resultados da hierarquia da valorização dos atributos: Teste de Friedman

Face aos resultados descritos nos quadros 23 e 24, bem como nos anteriores referentes às médias, conclui-se que, em termos globais nas três unidades, os aspectos de privacidade durante o exame, aparência dos profissionais neste caso dos técnicos de radiologia e a experiência profissional aliada a segurança durante a execução dos exames são os factores mais valorizados pelos inquiridos. Tais resultados, seguem de perto o descrito no quadro do estado da arte quanto à segurança do doente, admitindo que os inquiridos enquanto cidadãos “esclarecidos” e “informados”, esperam que os serviços hospitalares estabeleçam normas que permitam garantir a segurança dos pacientes, sendo a segurança dos doentes um dos principais indicadores referidos por Ondategui – Parra *et al* (2004).

3.5. Perfis dos Atributos da Qualidade Percebida dos Serviços de Imagiologia

3.5.1. Dimensões da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida

Os resultados dos atributos avaliados através da análise de consistência interna das escalas utilizadas com cálculo do coeficiente *Alpha-Cronbach* total e parcelar, oferece uma ideia de que tais valores de consistência variam entre 0.718 e 0.857 para as 5 dimensões adaptadas do modelo de SERVPREF e outros, resultados estes que parecem permitir concluir a presença duma consistência interna aceitável (razoável ou bom) na escala avaliada pelos inquiridos das três unidades (Torres Vedras, Belém, Cascais), considerando que os valores entre 0.7 e 0.8 são perspectivadas como um valor razoável de aceitação e que se situados entre 0.8 e 0.9 podem ser considerados um bom valor de validade da escala, tal como referem Pestana & Gageiro citado por Maroco (2007:368)

Quadro 25 - Alpha Cronbach: 22 questões adaptadas à escala global

5 Dimensões	22 Atributos – principais	Médias globais	Valores de Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tangibilidade	P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	9,10	,771	,700
	P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.).	9,14		,694
	P1.3. Os Técnicos de Imagiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	9,52		,715
	P1.4. O Serviço de Imagiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	8,90		,760
Fiabilidade / Credibilidade	P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil.	8,99	,857	,840
	P1.16. Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema)	9,17		,825
	P1.24. O Serviço de Imagiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados	8,72		,797
	P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	8,15		,868
	P1.25. O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	8,85		,800

(continua)

Quadro 25A - Alpha Cronbach: 22 questões adaptadas à escala global (continuação)

5 Dimensões	22 Atributos – principais	Médias globais	Valores de Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Capacidade de Resposta/ Sensibilidade / Receptividade (Responsiveness)	P1.10. O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	8,91	,849	,860
	P1.13. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames	9,08		,796
	P1.14. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes/utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões, demonstrando simpatia e atenção	9,38		,783
	P1.15. Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	9,12		,799
Garantia / Segurança	P1.18. Os Técnicos de Radiologia prestam o serviço de modo confiável e com precisão porque dão uma explicação detalhada sobre a realização do exame	8,76	,718	,612
	P1.21. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço	9,33		,638
	P1.22. Os Técnicos de Radiologia são de confiança porque apresentam ter experiência, competência e segurança na realização dos exames.	9,40		,654
	P1.23. Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço	8,29		,757
Empatia	P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	9,37	,823	,797
	P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	9,07		,792
	P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.	8,25		,803
	P1.8. O Serviço de Imagiologia tem um horário de funcionamento conveniente, e que possibilita a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos.	8,60		,774
	P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa, tendo como prioridade os interesses do paciente.	8,92		,775

Fonte: 201 questionários (CUF=201) recolhidos entre Maio e Julho 2009

Tendo presente os resultados de fiabilidade ou de consistência interna obtidos, será de supor que o modelo de percepção da qualidade é formado pelas cinco dimensões apresentadas? Para dar resposta a esta questão formulou-se a seguinte hipótese H1: *A estrutura dos atributos da qualidade dos serviços de Imagiologia da CUF difere do modelo de dimensões da qualidade do serviço prestado do SERVPERF, (tangibilidade/aspectos físicos, a fiabilidade/ credibilidade, a capacidade de resposta, a garantia/confiança/ segurança, e empatia/acesso).*

Para verificar a hipótese, procedeu-se em primeiro lugar à análise factorial exploratória dos dados, através da opção dos componentes principais.

Tendo presente, a medida de KMO superior a 0,80, a significância do teste de esfericidade de Bartlett, os valores iniciais e o critério de Kaiser (extracção de factores com

valores próprios superiores a 1), os resultados obtidos dos 22 atributos do modelo inicial, referente aos três serviços de Imagiologia CUF no seu todo, sugere que apenas é possível reter quatro factores, que em termos globais, explicam aproximadamente 65,157% da variância total (Quadros 26 e 27).

Quadro 26 - Adequação da Utilização da Análise Factorial de Componentes Principais

Medida de Adequação da Amostra (KMO)		0,910
Teste de Esfericidade de Bartlett'	Qui-Quadrado Aprox	1939,775
	Graus de Liberdade	231
	Nível de Significância	0,000

Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Quadro 27 - Variância Explicada dos Factores dos Atributos da Qualidade do serviço de Imagiologia da CUF

Comp.	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,211	46,414	46,414	10,211	46,414	46,414	3,778	17,175	17,175
2	1,785	8,112	54,526	1,785	8,112	54,526	3,716	16,889	34,064
3	1,313	5,970	60,495	1,313	5,970	60,495	3,568	16,220	50,284
4	1,026	4,662	65,157	1,026	4,662	65,157	3,272	14,873	65,157
5	,928	4,217	69,374						
...						
21	,133	,604	99,477						
22	,115	,523	100,000						

Nota: Extraction Method: Principal Component Analysis. Nota: Total CUF=201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Com o intuito de facilitar a interpretação dos factores extraídos, realizou-se a rotação dos seus eixos aplicando o processo Varimax, procedimento que permite minimizar o número de factores e ao mesmo tempo maximizar o valor das variáveis sobre um factor (Malhotra, 1996). De acordo com Hair et al. (1998), os factores com valores acima ou igual a 0.40, devem ser considerados como estatisticamente significativos para uma amostra entre 200 e 250 inquiridos. Efectuada a extracção Varimax e verificada a conformidade, salvou-se os factores como regressores para posterior utilização, tratamento e análise.

A partir da análise do Quadro 28 é possível concluir que existem atributos da escala que apresentam um valor factorial significativo acima de 0.40 para mais de um factor ao mesmo tempo (P1.22; P1.15; P 1.16;P1.14;P1.1;P1.17;P1.2). Tendo presente os itens que compõem cada factor extraído, admitiu-se como possível interpretar o seguinte:

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

- Factor 1 diz respeito ao “Desempenho dos Profissionais”;
- Factor 2 corresponde à “Capacidade de Resposta dos Serviços”;
- Factor 3 tem a ver com a “Credibilidade dos serviços”;
- Factor 4 está relacionado com a “Aparência física dos profissionais e das instalações”.

Quadro 28 - Factores dos Atributos da Qualidade dos serviços de Imagiologia do grupo CUF

Atributos da Qualidade	1	2	3	4	Dim Servperf	Factores
PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	0,806	0,153	0,275	0,244	Empatia	F1 - Desempenho dos profissionais
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	0,786	0,341	0,216	0,109	Segurança	
PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	0,782	0,140	0,141	0,427	Segurança	
PA1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	0,694	0,461	0,337	0,060	Resposta	
PA1.13- Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	0,594	0,300	0,308	0,290	Resposta	
PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa.	0,267	0,753	0,251	0,189	Empatia	F2 - Capacidade de Resposta dos Serviços
PA1.12 - O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil	0,261	0,667	0,141	0,087	Fiabilidade	
PA1.10 -O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário do exame.	0,160	0,570	0,303	0,404	Resposta	
PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema ...	0,304	0,544	0,452	0,230	Fiabilidade	
PA1.14 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	0,448	0,525	0,263	0,426	Resposta	
PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	0,049	0,456	0,183	0,327	Fiabilidade	F3 - Credibilidade dos serviços
PA1.24 - O Serviço de Imagiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados.	0,260	0,327	0,764	0,029	Fiabilidade	
PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos	0,075	0,170	0,760	0,230	Empatia	
PA1.25 - O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa	0,151	0,397	0,700	-0,057	Fiabilidade	
PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	0,289	0,230	0,682	0,117	Segurança	
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.	0,323	-0,018	0,582	0,250	Empatia	F4 - Aparência física dos profissionais e das instalações
PA1.3 -Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	0,192	0,151	-0,061	0,824	Tangíveis	
PA1.4 -O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	0,132	0,294	0,169	0,619	Tangíveis	
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	0,364	-0,048	0,382	0,604	Segurança	
PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	0,279	0,492	0,058	0,575	Tangíveis	
PA1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	0,172	0,452	0,270	0,500	Empatia	
PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	0,161	0,481	0,160	0,492	Tangíveis	

Nota: Análise exploratória: Análise Factorial de Componentes Principais, Matriz de Rotação Varimax - 22 Itens.
 Nota: Total CUF=201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Analisando ou (re)interpretando os resultados a análise factorial, no que concerne à consistência interna das escalas (*Alpha*-Cronbach total e parcelar), verifica-se que os factores obtidos apresentam valores que oscilam entre 0,820 a 0,907, com um valor global de 0,953, aspectos que parecem conferir uma boa adequação do modelo extraído.

Quadro 29- Consistência interna dos factores da escala global do Questionário

4 Dimensões	22 Atributos – principais	Cronbach's Alpha Global	Valores de Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted	
F1 - Desempenho dos profissionais	PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	,953	,907	,885	
	PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.			,880	
	PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.			,880	
	PA1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.			,893	
	PA1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.			,898	
F2 - Capacidade de Resposta dos Serviços	PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa.		,859	,859	,813
	PA1.12 - O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil				,852
	PA1.10 -O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário do exame.				,826
	PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema)				,824
	PA1.14 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.				,827
	PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).				,869
F3 - Credibilidade dos services	PA1.24 - O Serviço de Imagiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados.		,849	,849	,793
	PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos				,809
	PA1.25 - O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).				,821
	PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço				,796
	PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.				,866
F4 – Aparência física dos profissionais e das instalações	PA1.3 -Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)		,820	,820	,794
	PA1.4 -O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.				,795
	PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.				,808
	PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.				,776
	PA1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.				,785
	PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)				,796

Nota: Total CUF=201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

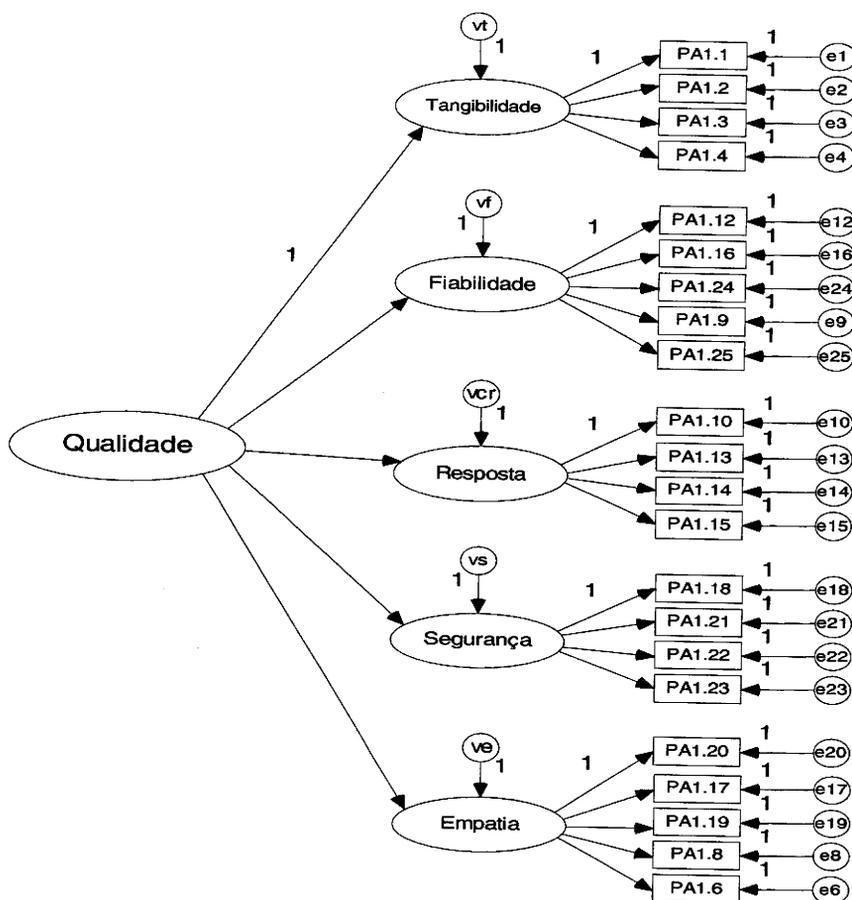
Pese embora a presença de uma certa adequação, denota-se que existem dois itens cuja eliminação parecem poder contribuir para reforçar os valores obtidos (“PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo)” e “PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.”). Contudo, considerando que os valores globais variam entre 0.7 a 0.8 trata-se de um valor médio e entre 0.8 a 0.9 um bom valor (Pestana e Gageiro citado por Maroco, 2007:368), e dado que os resultados se aproximam aos descritos nos estudos desenvolvidos por Carrilato, Jaramillo e Mulki (2007); Finn e Kayande (2004); Ueltschy, Laroche, Tamila e Yannopoulos (2004); Koufteros, Babbar. e Kaighobadi (2009); Choi, Cho, Lee, Lee e Kim (2004); Landrum, Prybutok e Zhang, (2007); Santos, (2001); Vinagre e Neves (2008), é de admitir que as escalas globais e parcelares do estudo possuem adequada consistência interna, sendo viável a sua utilização para estudos mais pormenorizados.

Assim sendo, tendo presente uma melhor compreensão sobre a adequação ou não o Modelo Inicial (Global) de 22 questões adaptadas às cinco dimensões originais do SERVPERF (Figura 7), procedeu-se ao estudo do SEM, através dum modelo de trajetória. Os resultados obtidos apresentam os seguintes índices de ajustamento do modelo inicial (global) e permitem clarificar a ideia de não validação do referido modelo²³:

- χ^2 (22)
- Chi-square=714,650; graus de liberdade = 204; p = 0,000
- $\chi^2/gf = 3,503$;
- GFI (*Goodness-of-Fit Index* - Índice da bondade do ajustamento) = 0,694;
- AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index* - Índice da bondade do ajustamento ajustado) = 0,621;
- NFI (*Normed Fit Index* - Índice de ajuste normalizado) = 0,748;
- CFI (*Comparative Fit Index*- Índice de ajuste comparativo) = 0,804;
- PCFI (*Parsimony Comparative Fit Index* - Índice de ajuste de parcimónia) = 0,710;
- RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation* - Raiz quadrada da media do erro de aproximação) =0,125 (pclose = 0,000)

²³ Considerando que os critérios de ajuste satisfatório do modelo aos dados, o facto dos resultados apontarem para um valor de RMSEA ultrapassar (.10) revelam um ajuste pobre do modelo, já que quando variam entre (.08 e .10) reflectem um ajuste medíocre, entre (.08 e .06) um ajuste razoável e abaixo de (.06) um bom ajuste. De notar que os valores dos índices satisfatórios são entre outros, o CFI superior a 0,90; GFI superior a 0,90; NFI superior a 0,90; RMSEA próximo ou inferior a 0,08. Segundo Hair et al. (1998), para que um modelo estrutural tenha um bom ajuste deve-se verificar o seguinte: Qui-quadrado não significativo (com p>0,05); índices incrementais maiores que 0.9 (NFI, TLI); baixos valores de RMSR e RMSEA, baseados no uso de correlações ou covariâncias; Índice de parcimónia que indica que o modelo proposto é mais parcimonioso do que os modelos alternativos.

Figura 7- Modelo Inicial (global) com 22 questões adaptadas do SERVPERF



Fonte: elaboração própria via AMOS

Em suma, os diferentes resultados descritos acima sugerem que não se confirma a hipótese de que as cinco dimensões propostas pelo modelo SERVPERF estejam presentes no quadro perceptual dos inquiridos sobre a qualidade das três unidades de Imagiologia do grupo CUF.

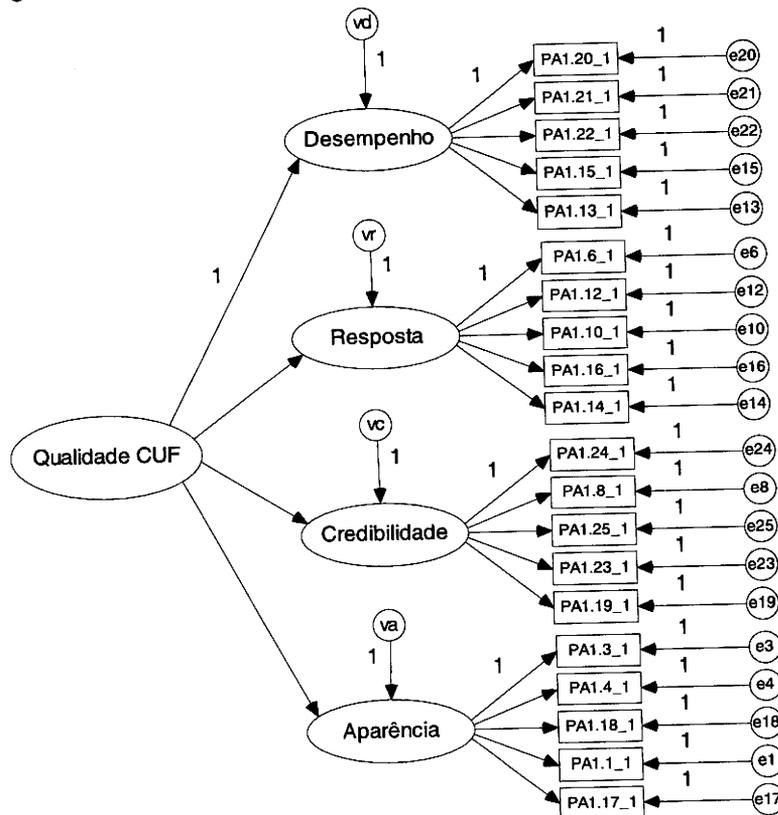
Assim sendo, será que é possível que os quatro factores traduzam um modelo explicativo global da qualidade percebida para as três unidades?

Para responder a esta questão, procedeu-se em primeiro lugar a eliminação dos dois itens cujos resultados interferem com a boa consistência interna das escalas parcelares dos quatro factores extraídos (Quadro 29), seguindo-se do redesenho do modelo a verificar via análise SEM, apenas com 20 questões, conforme descrito na Figura 8. De relevar que

o número de parâmetros estimados em 20 vai de encontro a literatura, na medida em que segundo Hair Jr. et al. (1998), deve existir uma média de 5 a 10 casos por parâmetro estimado. Como a amostra utilizada é de 201 elementos, permite concluir que a amostra encontra-se dentro do recomendado ($20 \times 10 = 200$).

Para identificar este modelo e possíveis erros de medida, foram acrescentadas as variáveis e20, e21, e22, e15, e13, e6, e12, e10, e16, e14, e24, e8, e25, e23, e19, e3, e4, e18, e1, e e17. Estes erros são classificados como variáveis exógenas não observadas. O parâmetro fixado para estas variáveis foi igual a 1 (Arbuckle, 1997; Loehlin, 1998). A fixação de parâmetros foi necessária para a identificação do modelo e que corresponde a um coeficiente de regressão.

Figura 8 CUF - Modelo reformulado com 20 questões adaptadas



Fonte: elaboração própria via AMOS

Os valores do modelo inicial de 20 questões, obtidos através do tratamento via AMOS, indicam um índice de adequação do ajustamento ajustado de 0,710, um índice da bondade do ajustamento de 0,771 e uma raiz quadrada da média do erro de aproximação

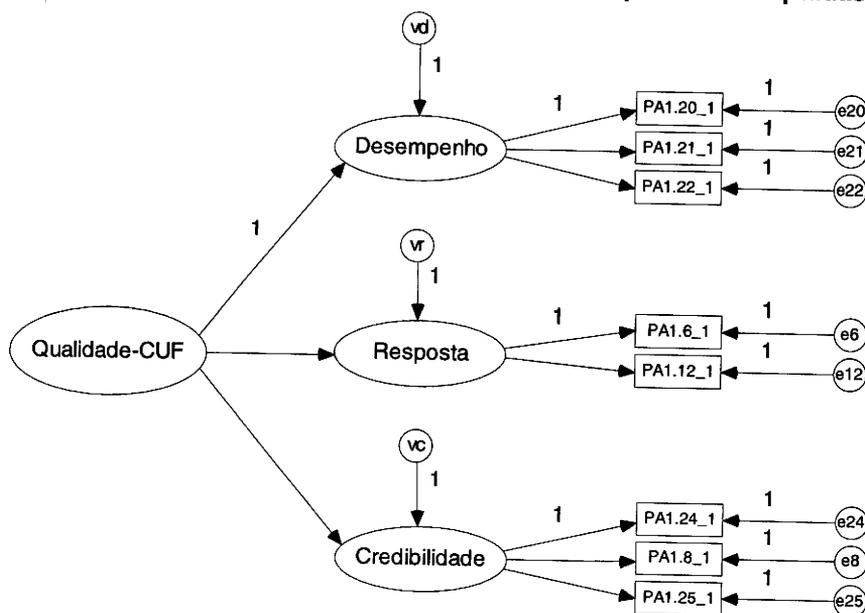
(RMSEA) de 0,116 (Quadro 30). Estes valores não permitem validar o ajustamento dos dados a um modelo inicial de 20 questões para os serviços de Imagiologia da CUF. Tais resultados justificam que o modelo necessita de novos ajustes.

Num modelo reajustado, baseado na eliminação de itens com baixas correlações, salvaguardando as necessárias questões conceptuais, permitiu validar o ajustamento dos dados a um modelo de trajectória final de 8 questões para melhor explicar de forma resumida o quadro percetual da qualidade dos serviços de Imagiologia da CUF (Figura 9).

Quadro 30 - Índices de ajustamento do modelo inicial reformulado e final

Modelo Inicial reformulado	Modelo Final
χ^2 (20) Chi-square=608,958; graus de liberdade = 166; p = 0,000 $\chi^2/gf = 3,668$; GFI = 0,771; AGFI = 0,710; NFI=0,786; CFI = 0,833; PCFI = 0,728; RMSEA =0,116 (pclose = 0,000)	χ^2 (8) Chi-square=24,161; graus de liberdade = 17; p = 0,115 $\chi^2/gf = 1,421$; GFI = 0,970 ; AGFI = 0,937 ; NFI= 0,972 ; CFI = 0,991 ; PCFI = 0,602; RMSEA = 0,046 (LO90=0,000; HI90=0,085; pclose = 0,525)

Figura 9 CUF - Modelo Final Reajustado com 8 questões adaptadas



Fonte: elaboração própria via AMOS

Quadro 31 - Estatística descritiva dos itens do Modelo Final (Re)especificado

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
PA1.25_1	1,000	10,000	-2,905	-16,813	10,528	30,469
PA1.8_1	1,000	10,000	-2,579	-14,926	8,308	24,044
PA1.24_1	1,000	10,000	-2,963	-17,152	9,949	28,792
PA1.12_1	2,000	10,000	-2,483	-14,372	8,509	24,626
PA1.6_1	4,000	10,000	-1,938	-11,215	4,081	11,810
PA1.22_1	5,000	10,000	-2,463	-14,257	8,026	23,228
PA1.21_1	5,000	10,000	-2,320	-13,430	6,318	18,283
PA1.20_1	5,000	10,000	-2,377	-13,756	7,667	22,189
Multivariate					163,464	91,608

Quadro 32 - Coeficientes das cargas factoriais, estandardizadas e não estandardizadas, dos parâmetros estimados para o modelo da Qualidade

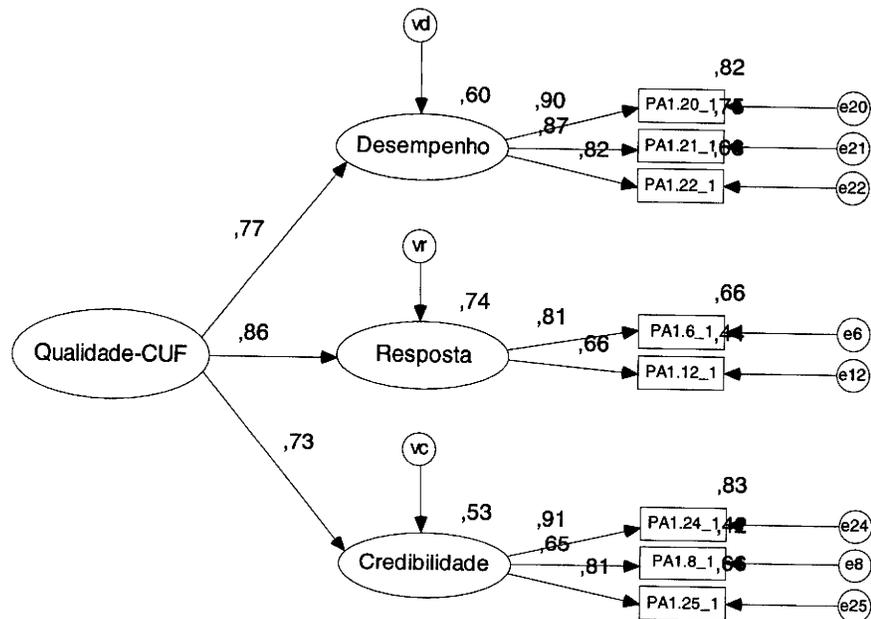
			Estimativas não Estandardizada	Estimativas Estandardizada	S.E.	C.R.	P	Label
Resposta	<---	Qualidade-CUF	1,609	,863	,232	6,947	***	par_6
Desempenho	<---	Qualidade-CUF	1,000	,774				
Credibilidade	<---	Qualidade-CUF	2,057	,726	,287	7,178	***	par_7
PA1.21_1	<---	Desempenho	1,168	,865	,074	15,776	***	par_1
PA1.20_1	<---	Desempenho	1,000	,903				
PA1.22_1	<---	Desempenho	1,023	,822	,067	15,243	***	par_2
PA1.6_1	<---	Resposta	1,000	,813				
PA1.12_1	<---	Resposta	,812	,661	,109	7,435	***	par_3
PA1.8_1	<---	Credibilidade	,712	,647	,074	9,663	***	par_4
PA1.24_1	<---	Credibilidade	1,000	,911				
PA1.25_1	<---	Credibilidade	,782	,810	,061	12,726	***	par_5
Coeficientes da variância das variáveis exógenas								
			Estimativas		S.E.	C.R.	P	Label
		Qualidade-CUF	,268		,056	4,813	***	par_8
		vd	,179		,041	4,372	***	par_9
		vr	,238		,120	1,989	,047	par_10
		vc	1,014		,206	4,934	***	par_11
		e20	,101		,020	5,143	***	par_12
		e21	,204		,032	6,405	***	par_13
		e22	,225		,029	7,836	***	par_14
		e6	,479		,114	4,196	***	par_15
		e12	,792		,105	7,572	***	par_16
		e24	,442		,127	3,492	***	par_17
		e8	1,511		,169	8,959	***	par_18
		e25	,689		,100	6,867	***	par_19

Com o reajuste do modelo para 8 questões e 3 dimensões foi possível obter “bons” valores de GFI=0,970, AGFI=0,937, NFI=0,972, CFI=0,991, todos superiores a 0,9, bem como valores RMSEA=0,046 inferiores a 0,6, aspectos que significam não só um bom ajuste, mas também permitem assegurar com rigor a validação do modelo.

Os factores mais importantes presentes no modelo final reajustado encontram-se descritos na Figura 10, onde as estimativas estandardizadas ressaltam os valores das dimensões Desempenho e Resposta. As estimativas encontram-se igualmente descritas nos quadros 31 e 32.

Em síntese, confirma-se a hipótese de que a estrutura dos atributos da qualidade dos serviços de Imagiologia da CUF difere do modelo de dimensões da qualidade do serviço prestado do SERVPERF, (tangibilidade/aspectos físicos, a fiabilidade/ credibilidade, a capacidade de resposta, a garantia/confiança/segurança, e empatia/acesso), sendo tal estrutura correspondente de forma resumida a um modelo de 8 atributos, organizados em 3 dimensões fundamentais: Desempenho dos profissionais, Capacidade de resposta dos serviços, Credibilidade das unidades de Imagiologia.

Figura 10 CUF - Modelo Final Reajustado, com estimativas estandardizadas



Fonte: elaboração própria via AMOS

3.5.2. Diferenças de Percepção e Avaliação da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida

De acordo com Vilares e Coelho (2005) a medição da satisfação e da percepção da qualidade é possível através de variáveis observáveis ou de dimensões subjacentes. Na radiologia estas variáveis podem diferenciar-se ou não de técnica para técnica de imagem, ou de local de execução.

Neste sentido, a comparação de eventuais diferenças de percepção dos atributos da qualidade pelos utentes/clientes das três unidades de Imagiologia torna necessário, tendo em conta a necessidade de melhor clarificação do modelo explicativo descrito no ponto anterior. Porém, para além deste aspecto, torna-se igualmente necessário abordar a avaliação perceptiva dos utentes/clientes face às três técnicas de imagem distintas, (RM, TC, Mamografia), na medida em que estas exigem procedimentos e aparelhos específicos para a sua execução.

Assim sendo, será que o que se avalia em Mamografia é diferente do que se avalia em Tomografia Computorizada ou em Ressonância Magnética? Existe diferença de percepção entre as três unidades (Torres Vedras, Belém, Cascais)?

É neste contexto de procura de resposta a estas questões que se propôs a Hipótese 2: *As dimensões dos atributos do “modelo de qualidade” percebida pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF diferem entre as técnicas experienciadas, bem como, entre os serviços/unidades que recorrem.*

Para comprovar esta hipótese, procurou-se em primeiro lugar uma abordagem comparativa das diferenças, admitindo como hipótese nula que não existem diferenças significativas entre as medidas dos diferentes grupos, a um nível de significância de 5%.

Assim sendo, por não ter sido possível verificar o pressuposto da normalidade e a homogeneidade de variância, aplicou-se o *Teste Kruskal-Wallis* para a comparação dos 22 Atributos da Qualidade dos Serviços de Imagiologia, segundo os utentes/doentes/clientes submetidos a exames de TC, RM e Mamografia. O conjunto de resultados obtidos sugerem que, a um nível de significância de 5%, apenas se verifica a presença de diferenças em três situações, designadamente as correspondentes às questões “PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo)”, “PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço” e “PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame” (Quadro 33).

Quadro 33 - Comparação dos atributos de Qualidade dos Serviços de Imagiologia CUF segundo a área de proveniência dos inquiridos

4 Dimensões	22 Atributos – principais segundo adaptação do modelo SERVPERF	CUF TC, RM, Mamografia			CUF Torres Vedras, Belém, Cascais		
		Chi-Square	Df	Asymp. Sig.	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
		F1 - Desempenho dos profissionais	PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	3,488	2	,175	,637
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	,607		2	,738	4,106	2	,128
PA1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	3,585		2	,167	3,658	2	,161
PA1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	1,906		2	,386	5,826	2	,054
PA1.13- Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	,433		2	,806	2,308	2	,315
F2 - Capacidade de Resposta dos Serviços	PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa.	1,731	2	,421	8,242	2	,016
	PA1.12 - O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil	1,586	2	,453	,957	2	,620
	PA1.10 -O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário do exame.	,845	2	,655	,220	2	,896
	PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. Os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema)	,491	2	,782	6,493	2	,039
	PA1.14 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	,588	2	,745	2,756	2	,252
	PA1.9 -Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	6,345	2	,042	1,954	2	,376
F3 - Credibilidade dos services	PA1.24 - O Serviço de Imagiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados.	4,230	2	,121	1,923	2	,382
	PA1.8 - O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos	4,213	2	,122	2,973	2	,226
	PA1.25 - O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	,785	2	,675	2,902	2	,234
	PA1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço	8,460	2	,015	2,018	2	,365
	PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.	1,156	2	,561	1,918	2	,383
F4 – Aparência física dos profissionais e das instalações	PA1.3 -Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	,457	2	,796	2,732	2	,255
	PA1.4 -O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	1,322	2	,516	3,242	2	,198
	PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	5,627	2	,060	1,279	2	,527
	PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	1,113	2	,573	14,012	2	,001
	PA1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	2,376	2	,305	4,909	2	,086
	PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	2,620	2	,270	25,908	2	,000

Nota: Teste Kruskal Wallis

Fonte: 201 questionarios recolhidos entre Maio e Julho 2009

Quanto à comparação das diferenças de médias entre os 3 serviços, verifica-se que tais diferenças significativas incidem essencialmente na apreciação de apenas quadro questões entre 22. Tais diferenças situam-se ao nível dos aspectos relacionados com os itens “PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa”, “PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema) ”; “PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos” e “PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)” (Quadro 33).

Considerando nos dois momentos de análise comparativa, as situações de diferenças encontradas com maior número de diferenças significativas de percepção pelos inquiridos situam na dimensão da capacidade de resposta, qual será a avaliação que os inquiridos fazem em relação aos aspectos gerais da qualidade, da satisfação, da imagem do grupo CUF, bem como da capacidade de resolução de problemas e reclamações dos serviços?

Para responder a esta questão, colocou-se a Hipótese 3 de que *Os aspectos gerais dos serviços prestados são percebidos de forma diferenciada pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo as técnicas experienciadas e os serviços/unidades que recorrem.*

Procedendo o ensaio de hipóteses com o teste de Kruskal-Wallis, é possível concluir que a nível de significância de 5%, não se verificam diferenças significativas entre utentes provenientes das diferentes técnicas experienciadas (Quadro 34).

Quadro 34 - Comparação dos principais atributos globais segundo a área de proveniência dos inquiridos

Principais itens	CUF TC, RM, Mamografia			CUF Torres Vedras, Belém, Cascais		
	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
PA3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou	,199	2	,905	7,125	2	,028
PA3.2 - A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Imagiologia	,340	2	,844	9,819	2	,007
PA3.3 - A Imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta	,056	2	,972	4,943	2	,084
PA3.4 - Resposta do Serviço de Imagiologia às reclamações/problemas	,555	2	,758	7,380	2	,025

Nota: Teste Kruskal Wallis

Fonte: 201 questionarios recolhidos entre Maio e Julho 2009



Porém, a situação é diferente ao nível dos serviços de Imagiologia. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelam que apenas não existe diferença significativa, a nível de 5% de significância, para o item de “PA3.3 - A Imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta” (Quadro 34).

Após análise comparativa dos atributos, quer ao nível da qualidade percebida entre os três Serviços de Imagiologia, quer entre os utentes/doentes/clientes submetidos a exames de TC, RM e Mamografia, concluiu-se que os inquiridos não exprimem globalmente no mesmo sentido, pese embora, os mesmos revelarem de certa forma “homogénea” as respostas a um conjunto de aspectos da prestação do serviço, entre as quais se destacam a experiência e segurança na realização dos exames, a interacção com técnico quanto à disponibilidade, o garantir a privacidade dos inquiridos e marcação de exames numa perspectiva de capacidade de resposta do serviço. Em todo o caso, este conjunto de resultados vai de encontro do descrito na revisão de literatura, designadamente quanto aos estudos desenvolvidos por Hoe (2007) em relação ao serviço prestado. De recordar que o autor argumenta que para compreender a qualidade dos serviços em radiologia deve ser medido entre outros aspectos, a rapidez e eficiência na realização dos exames e a entrega de resultados, na medida em que são estes factores que mais influenciam a opinião e a satisfação dos clientes.

Assim sendo, qual é o grau de relação que existe entre cada um dos atributos do modelo ideal de qualidade e os aspectos gerais da qualidade, da satisfação, da imagem do grupo CUF, bem como da capacidade de resolução de problemas e reclamações dos serviços? Será essa relação positivamente associada?

Para dar resposta a esta questão, formulou-se a seguinte Hipótese 4: *“Os atributos do modelo de qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF estão relacionados positivamente com as percepções globais ao nível da qualidade, satisfação, imagem e resposta de cada um dos serviços face às reclamações/problemas”.*

Tendo presente os itens que compõem o modelo reajustado e descrito anteriormente, e considerando que não se verifica a existência da normalidade e de homogeneidade de variância na distribuição de dados, procedeu-se ao ensaio de hipóteses com o cálculo da medida de correlação de rho de Spearman. Admitiu-se como hipótese nula a ausência de correlação. Os resultados obtidos revelam a presença de níveis de correlação positiva em todas as situações. A verificação desta situação permite ainda afirmar que se encontram correlacionados forte e positivamente a qualidade percebida, em termos globais, a satisfação, a imagem, e a capacidade de resolução de problemas e reclamações dos serviços, com valores acima dos 80%.

Quadro 35 - Correlação entre os itens do modelo reajustado e os principais atributos globais de avaliação

	PA1.20	PA1.21	PA1.22	PA1.6	PA1.12	PA1.24	PA1.8	PA1.25	PA3.1	PA3.2	PA3.3	PA3.4
PA1.20	1,000	,766**	,811**	,552**	,556**	,565**	,470**	,570**	,631**	,638**	,637**	,638**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	181	179	179	181	171	158	162	156	176	176	173	85
PA1.21	,766**	1,000	,747**	,553**	,537**	,533**	,414**	,545**	,623**	,632**	,567**	,523**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	179	189	187	189	176	163	167	162	184	184	181	91
PA1.22	,811**	,747**	1,000	,514**	,562**	,574**	,481**	,563**	,627**	,602**	,574**	,531**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	179	187	189	189	176	164	167	162	185	185	182	91
PA1.6	,552**	,553**	,514**	1,000	,574**	,576**	,460**	,529**	,621**	,682**	,594**	,641**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	181	189	189	201	186	168	177	167	192	192	189	93
PA1.12	,556**	,537**	,562**	,574**	1,000	,568**	,500**	,526**	,512**	,495**	,484**	,476**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	171	176	176	186	186	158	167	163	178	178	176	90
PA1.24	,565**	,533**	,574**	,576**	,568**	1,000	,613**	,725**	,608**	,653**	,619**	,729**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	158	163	164	168	158	168	153	153	167	167	163	87
PA1.8	,470**	,414**	,481**	,460**	,500**	,613**	1,000	,570**	,526**	,559**	,503**	,626**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	162	167	167	177	167	153	177	151	169	169	166	83
PA1.25	,570**	,545**	,563**	,529**	,526**	,725**	,570**	1,000	,595**	,649**	,618**	,708**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	156	162	162	167	163	153	151	167	165	165	162	89
PA3.1	,631**	,623**	,627**	,621**	,512**	,608**	,526**	,595**	1,000	,887**	,843**	,850**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	176	184	185	192	178	167	169	165	192	191	188	93
PA3.2	,638**	,632**	,602**	,682**	,495**	,653**	,559**	,649**	,887**	1,000	,880**	,883**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	176	184	185	192	178	167	169	165	191	192	188	93
PA3.3	,637**	,567**	,574**	,594**	,484**	,619**	,503**	,618**	,843**	,880**	1,000	,915**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	173	181	182	189	176	163	166	162	188	188	189	91
PA3.4	,638**	,523**	,531**	,641**	,476**	,729**	,626**	,708**	,850**	,883**	,915**	1,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	85	91	91	93	90	87	83	89	93	93	91	93

Nota: Correlação não paramétrica Rho Spearman, ** significativa ao nível 0,05 (2-tailed).
Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009

Analisando semelhante situação ao nível dos factores extraídos do modelo inicial e qualidade percebida, em termos globais, a satisfação, a imagem, e a capacidade de resolução de problemas e reclamações dos serviços, verifica-se uma correlação ainda que

moderada e fraca, mas positiva. Denotam-se correlações mais elevadas, entre a resposta dos serviços face às reclamações/problemas, ao factor da credibilidade dos serviços (0,498) e o da capacidade resposta (0,476). Não menos relevante é de assinalar a correlação entre a satisfação em geral e a capacidade resposta (0,446) e a entre a qualidade em geral e o desempenho dos profissionais (0,415).

Estes diferentes aspectos dos resultados das correlações permitem concluir pela rejeição da hipótese nula, e a aceitação da hipótese 4 formulada.

Quadro 36 - Correlação entre os factores do modelo e os principais atributos globais de avaliação

	PA3.1 - Qualidade em geral	PA3.2 - Satisfação	PA3.3 - A imagem	PA3.4 - Resposta às reclamações / problemas	Desempenho dos profissionais	Capacidade de resposta dos serviços	Credibilidade dos serviços	Aparência física dos profissionais e das instalações
PA3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou	1,000 251	,909" ,000 249	,863" ,000 245	,884" ,000 125	,415" ,000 192	,394" ,000 192	,245" ,001 192	,326" ,000 192
PA3.2 - A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Imagiologia	,909" ,000 249	1,000 251	,893" ,000 244	,913" ,000 125	,323" ,000 192	,446" ,000 192	,279" ,000 192	,353" ,000 192
PA3.3 - A Imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta	,863" ,000 245	,893" ,000 244	1,000 246	,913" ,000 122	,331" ,000 189	,373" ,000 189	,295" ,000 189	,372" ,000 189
PA3.4 - Resposta do Serviço de Imagiologia às reclamações/problemas	,884" ,000 125	,913" ,000 125	,913" ,000 122	1,000 125	,122 ,243 93	,476" ,000 93	,498" ,000 93	,345" ,001 93
F1- Desempenho dos profissionais	,415" ,000 192	,323" ,000 192	,331" ,000 189	,122 ,243 93	1,000 201	,004 ,959 201	-,160" ,023 201	,091 ,197 201
F2- Capacidade de resposta dos serviços	,394" ,000 192	,446" ,000 192	,373" ,000 189	,476" ,000 93	,004 ,959 201	1,000 201	-,124 ,079 201	,057 ,420 201
F3- Credibilidade dos serviços	,245" ,001 192	,279" ,000 192	,295" ,000 189	,498" ,000 93	-,160" ,023 201	-,124 ,079 201	1,000 201	,184" ,009 201
F4- Aparência física dos profissionais e das instalações	,326" ,000 192	,353" ,000 192	,372" ,000 189	,345" ,001 93	,091 ,197 201	,057 ,420 201	,184" ,009 201	1,000 201

Nota: Correlação não paramétrica Rho Spearman, ** sig 0,01 e * sig 0,05 (2-tailed).
Fonte: 201 questionários recolhidos entre Maio e Julho 2009



Conclusões, Recomendações e Sugestões

CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

A qualidade em saúde é indubitavelmente um tema de elevada complexidade, face aos múltiplos significados implícitos que interceptam os aspectos de ordem pessoal e organizacionais, sendo moldadas por componentes simbólico-culturais, técnicas e formas de valorização muito próprios do sistema de saúde vigente.

Na verdade, assumir a qualidade como um factor primordial de acção e intervenção na prestação de cuidados de saúde não implica apenas ter o enfoque dos serviços centrado no utente/cliente numa mera lógica do campo da gestão de serviços de saúde, mas implica sobretudo ter em conta as dimensões sócio-técnicas da capacidade de resposta, os perfis tangíveis da organização, a garantia da segurança nos actos clínicos e técnicos, os processos de melhoria contínua e o envolvimento empático dos prestadores directos e indirectos dos cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, não se torna linear estudar a qualidade nos serviços de saúde, em geral, e nas unidades de Imagiologia em particular, razão pela qual se delimitou a abordagem do presente estudo no campo da avaliação das verbalizações expressas pelos utentes/clientes sobre a estrutura, os processos e resultados da prestação de cuidados de saúde.

Neste capítulo pretende-se apresentar as conclusões dos resultados obtidos do estudo realizado sobre os atributos da qualidade percebida pelos utentes/clientes em unidades de Imagiologia, incidindo no caso particular em três Serviços de Imagiologia na Região de Lisboa do grupo CUF.

1. O Modelo de Análise

Tendo como objectivo geral analisar a coerência dum modelo de análise da qualidade percebida dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia, procurou-se no estudo realizado compreender as verbalizações expressas pelos utentes/clientes sobre as suas preferências, valores e formas de avaliação e satisfação face aos serviços prestados, admitindo tais aspectos como indicadores de qualidade. Embora seja relevante estudar de forma global a medição da qualidade e a avaliação da satisfação dos utentes, por exemplo segundo as expectativas dos clientes, o valor a percebido, a qualidade percebida, a satisfação do utente e lealdade, tal como sugerem os autores do EPSI, delimitou-se o presente estudo na adopção dum modelo mais “tradicionalista” de avaliação da qualidade dos serviços, recorrendo a uma adaptação dos princípios da compreensão da performance, em vez das

da aplicação das medidas de avaliação das discrepâncias ou da diferença entre as expectativas dos utentes/clientes, os seus desejos e as suas percepções. Por outras palavras, adoptou-se um ajustamento dos pressupostos do modelo de análise da investigação realizada, seguindo de perto as linhas do SERVPERF (Cronin e Taylor 1992, 1994), incorporando algumas das linhas de orientação das propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005), assim como, alguns dos eixos de referência utilizados nos estudos realizados nos hospitais portugueses como os de Carlos da Silva (2009). Em termos estritos, pese embora existir críticas quanto à cabal validade dos modelos de SERVQUAL/SERVPERF para medir a qualidade dos serviços de saúde, mas dada à operatividade e ampla aplicação demonstrada por diferentes estudos consultados, adoptou-se na instigação realizada uma aproximação aos mesmos pressupostos e dimensões, para aferir os atributos da qualidade percebida pelos utentes/clientes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF.

Assim sendo, ao aplicar um modelo inicial proposto com 22 atributos principais e 5 de características gerais e globais, designadamente os referentes à escala SERVPERF (Cronin e Taylor, 1994) e outros trabalhos mais recentes de outros autores, foi possível verificar a presença de uma certa consistência interna aceitável à semelhança dos estudos desenvolvidos sobre a temática. Denota-se que as dimensões mais valorizadas pelos utentes correspondem às dimensões que apresentam bons valores de coeficiente Alpha-Cronbach. Na verdade, no modelo inicial adaptado, as dimensões mais valorizadas correspondem a Fiabilidade/Credibilidade com valor Alpha-Cronbach de 0,857 e a Capacidade de Resposta/Sensibilidade, com Alpha-Cronbach na ordem dos 0,849.

Não obstante este facto, não foi possível validar o modelo global inicial de 22 atributos, sendo necessário efectuar um reajustamento em termos globais. Em primeiro lugar, verificou-se que ao aplicar a análise factorial (AF) sobre o modelo inicial proposto de 22 atributos, apenas foi possível extrair quatro factores, em vez dos 5 factores de acordo com as dimensões próximas do SERVQUAL/SERVPERF. Tal situação segue de perto os estudos desenvolvidos por Mostafa (2005) e Man et al (2002), ou seja, a não validação dum modelo inicial, sendo necessário efectuar reajustes ou respecificações da trajectória e da relação entre as variáveis endógenas e exógenas. A estes quatro factores foram dadas as seguintes designações:

- Factor 1: “Desempenho dos Profissionais”;
- Factor 2: “Capacidade de Resposta dos Serviços”;
- Factor 3: “Credibilidade dos serviços”;
- Factor 4: “Aparência física dos profissionais e das instalações”.

Em segundo lugar, com os resultados da análise SEM, confirmou-se a possibilidade da existência de um modelo reduzido de 8 itens e 3 dimensões, na estrutura de percepção dos inquiridos, contendo “bons” valores de aferição, entre os quais os seguintes: GFI = 0,970; AGFI = 0,937; NFI=0,972; CFI = 0,991;RMSEA =0,046.

Os factores mais relevantes considerados no modelo final reajustado através de estimativas estandardizadas correspondem às dimensões do Desempenho dos Profissionais e da Capacidade de Resposta. Estes atributos explicam, ainda que de forma sumária, a estrutura percebida do desempenho dos três Serviços de Imagiologia da CUF, no seu conjunto. No entanto, a validação do modelo enquanto “instrumento” de avaliação da qualidade percebida e da satisfação dos clientes carece de mais estudos aprofundados. Sugere-se o aprofundamento do estudo e a sua aplicação em outras organizações de saúde.

2. Valorização dos Serviços de Imagiologia

Se é verdade que a qualidade numa unidade de Imagiologia apercebe-se, como sugerem alguns autores, entre os quais Ondategui – Parra *et al* (2004), através da aferição sistematicamente de certos indicadores e *standards* da prestação de serviços/execução de exames, bem como através da avaliação da satisfação dos clientes, da monitorização das reclamações dos clientes, monitorização do tempo de espera, monitorização da satisfação dos colaboradores, não é menos verdade que importa sobretudo compreender e identificar os critérios e oportunidades de melhoria em radiologia.

Não sendo possível num só estudo abarcar todos os aspectos, realizou-se no presente estudo, uma possível identificação dos pontos fortes e fracos ou dos aspectos mais valorizados e menos valorizados dos serviços oferecidos pelos Serviços de Imagiologia de Lisboa do grupo CUF ao nível da TC, RM e Mamografia, na perspectiva dos clientes/utentes. Através da aplicação das medidas de tendência central (estudo da média dos atributos) e da análise de variância não paramétrica ou teste de Friedman dos atributos da qualidade, foi possível aferir a hierarquia dos aspectos mais valorizados (pontos fortes) nos três locais de recolha, segundo os inquiridos dos serviços avaliados.

Os resultados obtidos sugerem que apresentam maior relevância os aspectos referentes ao contacto com os profissionais, neste caso os Técnicos de Radiologia, designadamente no que se refere à garantia da privacidade dos inquiridos com média de 9,61 (“PA1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame?”), facto que segue de perto os estudos sobre a avaliação da qualidade

percebida e da satisfação de acordo com as dimensões SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992, 1994) e SERVQUAL (PZB, 1991) que enfatizam a importância da “empatia”. Os resultados do presente estudo aproximam-se igualmente ao já verificado nos estudos de Ramsaran-Fowdar (2005) quanto aos aspectos médicos do serviço que compreende os aspectos positivos dos resultados do tratamento, contactos com os profissionais de saúde, sensação de bem-estar emocional e psicológico e ênfase da educação do paciente, revelando-se como uma das principais sete dimensões de avaliação da qualidade e satisfação.

Outro dos aspectos mais valorizados diz respeito à aparência dos profissionais com uma média de 9,65 (“Os técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados?”). Este atributo está relacionado com os aspectos tangíveis (aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e comunicação e materiais), descrito na dimensão original SERVPERF, denotando-se assim que os resultados se aproximam aos decorrentes dos estudos e modelos aplicados por Hoe (2007) na Radiologia e nos diferentes estudos como do Ramsaran-Fowdar (2005), Silva et al. (2009) e Gupta (2008) em ambiente hospitalares.

Salienta-se ainda que os inquiridos valorizaram o desempenho dos profissionais quanto à experiência e segurança na realização dos exames com média de 9,53 (PA1.22 – “Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames?”). Trata-se de um factor que está subjacente quer nas dimensões originais de SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992, 1994) e SERVQUAL (PZB, 1991) em relação à segurança, quer nas utilizadas por Hoe (2007) que compreende a habilidade para transmitir confiança e segurança, assim como para interagir com os clientes, bem como nas dimensões defendidas nos estudos de Ramsaran-Fowdar (2005) referente ao profissionalismo e interação profissional de saúde – doente com transmissão de confiança e segurança do paciente, igualmente referido por Ondategui – Parra *et al* (2004) como indicador de qualidade nos Serviços de Radiologia. Trata-se indubitavelmente um dos aspectos actuais a ter em conta e mais valorizados pelos clientes em questões de *patienty safety*.

Por último, um dos aspectos mais valorizados positivamente corresponde à interação do cliente/utente com o técnico quanto à disponibilidade do profissional em relação aos clientes/utentes apresentando no seio dos inquiridos uma média de 9,57 nas opiniões expressas (PA 1.14 – “Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção?”). De relevar que este factor faz

parte da dimensão empatia nos estudos desenvolvidos por PZB (1991), sendo amplamente utilizado por Hoe (2007), Ramsaran – Fowdar (2005), Silva (2009) entre muitos outros.

Quanto aos aspectos menos valorizados que podem ser interpretados como pontos fracos dos serviços estudados situam-se essencialmente nos aspectos referentes às dimensões Fiabilidade/Credibilidade (PA1.24 – “O Serviço de Imagiologia apresenta ter procedimentos padronizados?”) com média global de 9,07 e do atributo 1.9 (“Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo?)”) com média de 8,69 seguindo-se dos atributos relativos à dimensão Empatia com média global de 9,03 para o atributo (PA1.8 – “O Serviço de Imagiologia tem um horário de funcionamento conveniente, e que possibilita a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos?”) e com média global de 8,45 para o atributo 1.19 – “Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado?”, por ultimo o aspecto menos valorizado relativo à dimensão Garantia/Segurança com média de 8,66 (PA1.23 – “Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço?”).

Face ao exposto, os resultados alcançados vão de encontro aos estudos de Hoe (2007) e de Lester (2001), entre outros, e fazem relevar que as cinco principais expectativas (mais e menos valorizadas) dos clientes face aos serviços prestados estão relacionadas com a atitude, a sensibilidade, a privacidade, a aparência e a responsabilidade por parte dos profissionais, sendo um dos pontos a reter a avaliação menos favorável face aos tempos de espera.

Em suma, os atributos ou factores mais valorizados e que concorrem para modelar a satisfação dos utentes/clientes dos serviços analisados são fundamentais para a conceptualização da mudança e melhoria organizacional, pois é através deles que se conhece o que pretendem os utentes e como estes percebem a prestação de um Serviço de Radiologia com qualidade.

3. Formas de Acesso e Contactos com os Serviços de Imagiologia

Através da análise das características dos clientes/utentes e dos factores que influenciam as escolhas destes em relação aos Serviços de Imagiologia é possível conhecer os motivos e as preferências que determinam a aceitação e o sucesso dos serviços, aspectos que podem ser considerados como indicadores para gestão dos serviços.

Uma adequada prática de gestão na saúde que tome em atenção a promoção da satisfação, lealdade e fiabilização dos clientes, é possível elevar a qualidade dos serviços prestados para os utentes (Scotti, Harmon e Behson, 2007). Neste estudo procedeu-se à avaliação através de questões desenvolvidas para captar as expectativas que servem de resposta indirecta sobre lealdade e fidelização dos clientes/utentes.

Os resultados do presente estudo relativamente à intenção de retorno são semelhantes nas três unidades estudadas. Em termos globais, os resultados sugerem que 92,3% dos inquiridos afirmaram que voltariam a recorrer ao serviço. De notar que os mesmos inquiridos (92,3%) afirmam ainda que recomendariam e aconselhariam o serviço a outros indivíduos. Deste modo subjaz no seio das respostas dos inquiridos, a ideia da forte existência de intenção de retorno dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa do grupo CUF, aspecto que deve ser tido em conta pelos responsáveis da instituição.

Ainda de acordo com os resultados do estudo quanto às formas de acesso e contacto com o serviço, um elevado número dos inquiridos (46,8%) afirmou que recorreu aos Serviços de Imagiologia por recomendação do médico assistente. Este aspecto vai de encontro à literatura consultada em relação aos grupos a serem estudados quanto à satisfação com os serviços. Confirma-se ainda que é determinante avaliar/medir a satisfação em relação aos médicos prescritores, requisitantes do serviço, facto que está de acordo com os estudos dos diferentes autores Ondategui – Parra et al (2004, 2006), Swensen e Johnson, (2005) Fottler et al (2006) e Kroben (2006). É de salientar que os serviços ao comunicarem com os médicos prescritores acerca dos resultados, ao serem rápidos em relação a execução e entrega dos resultados e ao transmitirem confiança estão a promover o serviço como um centro de referência. Ao aumentarem o desempenho, aumentam a satisfação do médico prescriptor (Ondategui – Parra et al, 2004; Swensen. e Johnson 2005).

De salientar que um dos factores mais importantes quanto à escolha do serviço de Imagiologia diz respeito à localização do mesmo serviço, apresentando no estudo realizado uma importância de 44,6% no quadro de valorização pelos inquiridos. Um outro aspecto determinante da escolha é relativo à reputação do serviço, e compreende cerca de 34,7% das opiniões expressas.

Considerando a análise da experiência com os serviços de Imagiologia do grupo CUF, cerca de 55,8% afirmam que já tinham recorrido ao serviço e/ou a serviços do grupo CUF, enquanto 82,3% afirmam que realizaram exames em outros serviços, dos quais 55,6% recorreram a clínicas privadas. Denota-se que estes resultados vão de encontro às conclusões de Tucker (2002), Man, S. et al.(2002), entre outros, em que a frequência com

que se recorre à instituição de saúde e a localização da instituição são aspectos importantes a ter em conta na análise da evolução dos critérios de satisfação dos clientes.

4. Percepção da Estrutura dos Atributos da Qualidade Percebida

No seguimento dos pontos anteriores, assinala-se que a estrutura do modelo inicial adoptado no presente estudo é composta por 5 dimensões, cujos itens foram percebidos como fazendo parte de uma matriz de quatro factores, que submetidos a tratamento via SEM, apenas permitiu confirmar a presença e validação de um quadro perceptual de reduzidas dimensões, composta por 8 itens, organizadas em três dimensões.

Considerando o interesse em perceber eventuais diferenças de percepção da estrutura global dos atributos, recorreu-se à análise da matriz intermédia dos quatro factores extraídos pela análise factorial.

Assim, nas análises efectuadas referentes aos atributos da qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF entre utentes/doentes/clientes submetidos a exames de TC, RM e Mamografia, e da avaliação por serviços ou unidades de Imagiologia de origem dos inquiridos, não foram encontradas elevadas situações de diferenças significativas ou substanciais.

Ao nível das técnicas experienciadas, os inquiridos manifestam apenas diferenças em três situações, designadamente as correspondentes aos tempos de espera (PA1.9), capacidade para prestar um serviço de modo confiável e seguro (PA1.23) e o papel dos Técnicos de Radiologia na explicação sobre a realização do exame (PA1.18).

No que concerne às diferenças entre serviços, denotou-se significativas diferenças de percepção ao nível do seguinte: “PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa”, “PA1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica – Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema) ”; “PA1.1 - O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos” e “PA1.2 -O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.) ”.

Em síntese, da análise comparativa efectuada, é de admitir que não se confirma em absoluto a Hipótese 2, ou seja, não existe uma suficiente evidência para afirmar que as dimensões dos atributos do “modelo de qualidade” percebida pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF diferem entre as técnicas experienciadas, bem como, entre os serviços/unidades que recorrem.

No que concerne à percepção dos aspectos gerais e globais, verificou-se que os

inquiridos apenas manifestam uma certa diferença significativa de níveis de satisfação em relação à imagem transmitida pelos serviços de Imagiologia avaliados. Face a este resultado, e no que concerne à Hipótese 3, verifica-se a sua confirmação parcial, ou seja, os aspectos gerais dos serviços prestados são percebidos de forma diferenciada pelos utentes dos serviços de Imagiologia do grupo CUF, segundo os serviços/unidades que recorrem, não o sendo ao nível das técnicas experienciadas.

Ao procurar conhecer o grau de correlação entre os atributos do modelo de qualidade e os aspectos gerais, foi possível verificar que existe um quadro de correlação positiva e forte entre os itens submetidos à avaliação. De uma forma geral, é possível dizer que os inquiridos estão satisfeitos de uma forma positiva com a qualidade dos serviços prestados, em geral, a imagem dos serviços e a forma como estes resolvem os problemas e as reclamações. Em relação à correlação entre a satisfação e a qualidade percebida em geral, o valor é dos mais elevados (0,887), situação que vem reforçar a ideia de relações e influências directas e indirectas entre elas. Com respeito à correlação da satisfação com os atributos propriamente ditos, considerando os que caracterizam a matriz reduzida validada via SEM, é de assinalar que os valores mais elevados encontrados situam-se entre a satisfação global e “PA1.6 -O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa” (0,682). Já no que concerne à satisfação com a imagem e a capacidade de resolução de problemas, os valores são elevados e situados respectivamente na ordem dos 0,88 e 0,883.

Quanto às correlações com os factores do modelo, verificaram-se valores positivos, embora moderados e alguns fracos, sendo os mais expressivos os referentes à resposta dos serviços com as reclamações/problemas com o factor da credibilidade dos serviços (0,498) e com o factor da capacidade resposta (0,476). Assinala-se ainda uma correlação significativa entre a satisfação em geral e a capacidade resposta (0,446) e a entre a qualidade em geral e o desempenho dos profissionais (0,415).

Estes resultados de correlação vêm confirmar a importância de que é necessário implementar nos serviços estudados, novas iniciativas que integram o desenvolvimento de normas de gestão de informação e da cultura de segurança na área da saúde, bem como as de comportamento para todos os colaboradores das unidades de Imagiologia. Acresce-se ainda de que a verificação de perfis de satisfação positivos face às formas gerais de resolução das reclamações dos pacientes, constituiu um indicador da qualidade do serviço prestado, que, em última instância, revela que os serviços de Imagiologia estudados estão focados nos incidentes para os procurar melhorar.

Assim, em relação à Hipótese 4, igualmente se confirma a situação de que os atributos do modelo de qualidade percebida dos serviços de Imagiologia do grupo CUF

estão relacionados positivamente com as percepções globais ao nível da qualidade, satisfação, imagem e resposta de cada um dos serviços face às reclamações/problemas.

Os resultados do estudo permitem concluir que não é linear avaliar os atributos da qualidade aplicados aos serviços de Imagiologia e que não existe uma medida única para o efeito. Existem relações intrínsecas entre a qualidade percebida, a satisfação e a imagem percebida. Procurar articular a medição ou avaliação dos atributos da qualidade com a satisfação e a imagem que os actores manifestam e constroem, só é possível através de medidas indirectas de variáveis latentes aos modelos adoptados.

Em suma, o presente estudo fez revelar que existem mais semelhanças entre as três unidades de Imagiologia estudadas do que de diferenças quanto à avaliação dos atributos de qualidade. Verifica-se a existência de intenção de retorno dos clientes/utentes dos Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa do grupo CUF. Constitui como ponto forte ou aspecto mais positivo dos três serviços estudados as questões relacionadas com o desempenho dos profissionais, sendo o aspecto menos positivo relacionado com a capacidade de resposta, sobretudo os tempos de espera e a agendamento das marcações.

É ainda de concluir que para avaliar e medir os atributos qualidade percebida e procurar através dela aperceber a sua relação com os níveis de satisfação global numa unidade de radiologia, não se pode apoiar cegamente apenas num modelo do tipo SERVPERF ou nas meras adaptações das propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005), de Silva et al (2009) e dos serviços de Radiologia de Hoe (2007), sendo necessário ajustar as realidades de cada local a avaliar com as tendências de estudo já experienciadas por vários autores, incidindo em particular ao nível do seguinte:

- Capacidade de Resposta: aspectos de resposta e acesso dos utentes ao serviço de radiologia, designadamente através da monitorização dos tempos de espera;
- Credibilidade e Desempenho (Profissionalismo e Interacção Profissional de Saúde – Doente): aspectos relacionados com a confiança, segurança do paciente;
- Aspectos Tangíveis: aspectos relacionados com as instalações e os equipamentos modernos; localização conveniente e apresentação dos profissionais.

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

5. Recomendações para Estudos Futuros e Sugestões para Melhoria da Qualidade dos Serviços Prestados

Através do modelo final reajustado, com estimativas estandardizadas, obteve-se uma descodificação dos factores considerados os mais importantes que influenciam a qualidade e satisfação com os serviços prestados num serviço de Imagiologia da CUF, na perspectiva dos clientes/utentes neste estudo, e que correspondem às dimensões Desempenho dos Profissionais e Capacidade de Resposta. Considerando os resultados, sugere-se a adaptação dos indicadores para o estudo e monitorização dos serviços, para melhor compreensão das avaliações perceptivas dos clientes.

A organização deve “aprender” com os resultados da satisfação dos clientes, e para isso há que comunicar os resultados, dar a conhecer os indicadores e os objectivos a todos os profissionais. É através da promoção de uma adequada comunicação organizacional que se pode aumentar os níveis da qualidade dos serviços prestados. Considerando os resultados alcançados, a organização deve promover não só um elevado nível de cooperação entre profissionais, mas também deve certificar-se de que os profissionais obtêm qualificações, conhecimentos adequados e um elevado treino para um excelente desempenho profissional.

Em relação a este último aspecto, o desempenho dos profissionais, sugere-se ainda acções que permitam a medição/avaliação no que se refere à sua relação com a segurança dos doentes e dos próprios profissionais. Caso venha a ser desencadeado este processo, aconselha-se a monitorização, auditoria da prática, realização de acções de formação para colmatar eventuais falhas, erros, e a prevenir acidentes, assim como, se propõe a implementação de “normas de segurança” específicas para os serviços de Imagiologia. Estas podem-se implementar através de manuais de segurança, *checklists*, *guidelines*, etc. Em síntese, é fundamental promover uma maior autonomia e empoderamento dos profissionais, designadamente no campo das questões de segurança, quer na prática clínica e não clínica relativamente à prestação de cuidados.

Sugere-se que os resultados dos questionários de satisfação devam ser ajustados às realidades de cada contexto de intervenção da prática, considerando as dificuldades e as especificidades de cada serviço. A satisfação global por vezes não refere os aspectos mais relevantes/marcantes para o cliente/utente, mas sim os aspectos globais. Na verdade, tendo em conta que num Serviço de Imagiologia existe diferentes técnicas (TC, RM, Mamografia entre outras), é fundamental “reestruturar” os questionários de medição da qualidade percebida e da satisfação de modo a ser possível avaliar as particularidades dos efeitos específicos de cada área técnica, sem a qual não é possível identificar aspectos

“subliminares” que devam ser melhorados a nível de cada uma das áreas técnicas.

Sugere-se ainda a promoção da troca de experiências entre serviços, por exemplo, através do processo de *case mix* ou de *benchmark*, tendo em vista a identificação de falhas e formas de correcção de modo a melhorar o serviço prestado. Admite-se que é possível encontrar soluções comuns para problemas comuns, adaptados aos serviços e às necessidades dos mesmos. Ou seja, é de considerar que não tem de existir necessariamente uma uniformização de procedimentos técnicos, mas sim uma adequada linha condutora semelhante em prol da qualidade na prática. Através destas medidas poupam-se recursos e tempo, promovem-se as boas práticas e evitam-se erros.

Face ao exposto, sugere-se um ensaio piloto entre os três locais em estudo CUF Torres Vedras, CUF Cascais e CUF Santa Maria de Belém, já que estes serviços apresentam estruturas semelhantes de actividades.

Considerando que os resultados deste estudo identificam que a maioria dos inquiridos afirmam recorrer ou aceder aos serviços de Imagiologia por recomendação do médico assistente, parece ser pertinente delinear uma campanha publicitária que valorize o papel do clínico e a sua relação com os doentes/utentes/clientes, assim como, o desenho de uma proposta de estudo para conhecer e avaliar a satisfação dos médicos prescritores.

Propostas de Investigações Futuras

- Utilizar a escala do modelo de qualidade e satisfação aplicado no presente estudo, adaptando-a à especificidade de cada serviço. Em relação ao questionário aplicado no presente estudo, este deve ser revisto, tendo em conta a redução do número de questões de modo a evitar um elevado número de questões por responder ou a desistência dos inquiridos.
- Aprofundar o estudo da satisfação dos clientes/utentes em conformidade com cada área técnica, na medida em que cada técnica apresenta particularidades referentes a questões de segurança, prestação de cuidados e desempenho dos profissionais. Estudos específicos dirigidos a TC, RM e Mamografia.
- Investigar a satisfação dos colaboradores numa perspectiva de segurança do doente e dos próprios profissionais, assim como no que se refere ao empoderamento do desempenho da prática profissional.
- Investigar, medir os factores de satisfação dos médicos prescritores de modo a conhecer os aspectos mais relevantes para estes em relação aos exames prescritos.
- Sugere-se ainda a reavaliação do modelo estrutural a aplicar em futuros estudos.

PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO - ORGANIZACIONAL

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, concluiu-se que os inquiridos dão mais relevância aos aspectos gerais da prestação do serviço, como a experiência e segurança na realização dos exames, assim como a interação com o técnico, designadamente quanto à disponibilidade e à garantia de privacidade dos inquiridos. Considerando os aspectos mais relevantes para os utentes/clientes, é fundamental que os profissionais de saúde, TR, tomem em atenção o seu desempenho, pois os constructos dos modelos estudados influenciam positivamente a qualidade percebida e a satisfação dos utentes/doentes.

Face aos resultados expressos, apresenta-se neste ponto, uma proposta de intervenção orientada para a promoção das boas práticas em questões de segurança do doente (*Patient Safety*) e de gestão de risco (*Risck Management*) aplicadas aos Serviços de Imagiologia, tendo em vista o melhoramento do desempenho e empoderamento dos profissionais de saúde, TR, sobre tais matérias.

Para tal, é aqui apresentada uma proposta de plano de actividades com propostas de formação específica sobre questões de segurança e gestão de risco para os profissionais do Serviço e outras formações de âmbito geral, para todos os colaboradores da unidade de saúde. Propõe-se ainda neste plano, uma integração do Técnico de Radiologia na Comissão de Gestão de Risco, numa perspectiva de gestão dos riscos/incidentes específicos dos Serviços de Imagiologia.

1. Introdução

Para entender a gestão de risco, em primeiro lugar é necessário entender o que significa risco. A definição de risco num dicionário de português refere que o risco é a possibilidade de perda, ou um resultado negativo enquanto Boyle relaciona o risco com a gestão da pratica de modo a reduzir perdas "*the management practices put in place to reduce losses*" (2003,p17). Segundo autor, existe uma relação efectiva entre a prática/ desempenho dos profissionais e os erros ou riscos que podem provocar a morte.

Nesta perspectiva a gestão de risco pode fornecer métodos, e ferramentas para melhorar o desempenho dos profissionais ao gerirem os riscos nos cuidados prestados. Assim, num "ambiente disciplinado" com normas de segurança, gestão de risco e de avaliação contínua, é possível identificar e evitar os possíveis erros/eventos adversos mais frequentes do dia-a-dia, para além de ser possível implementar estratégias de forma a lidar e gerir com acções "cirúrgicas" os eventuais riscos.

Actualmente quanto à gestão de risco existem acções de formação/sensibilização (ex: Sensibilização em Incêndios; Higiene/Saúde e Segurança; Lavagem e Desinfecção das Mãos; Resíduos Hospitalares) que são transversais a todos os colaboradores promovidas pelas organizações. Estas fazem parte dos programas de formação de acordo com os critérios de certificação de cada organização. No entanto é necessário adaptar a avaliação do risco a cada serviço de forma adequar estratégias e procedimentos. Nesta perspectiva é necessário averiguar e avaliar os riscos prováveis em contexto de Radiologia.

2. Aplicação Prática

1. Formar elos de ligação entre o Serviço de Imagiologia e a Comissão de Risco da organização em gestão de risco;
2. Diagnóstico de possíveis incidentes nos Serviços de Imagiologia;
3. Verificar processos, rectificar os que se revelam desajustado, implementar checklist de segurança e adaptar *guidelines* actuais;
4. Monitorizar erros e incidentes que ocorram, assim como reclamações de clientes/pacientes em relação à prestação dos cuidados;
5. Criar modelo de monitorização e registo de acidentes/ocorrências intra-hospitalar, designadamente os destinados ao serviço de radiologia, ou criar um modelo geral da organização adaptado aos acidentes mais frequentes no serviço de radiologia como reporte dos eventos adversos.

Recursos

- Implementar checklist de segurança para o Serviço de Imagiologia;
- Diagnosticar possíveis incidentes nos Serviços de Imagiologia (Apêndice 9);
- Actualizar de *guidelines* em contexto de segurança na prática da radiologia;
- Normas para reporte dos eventos adversos.

3. Metodologia de Trabalho

Inicialmente serão conduzidas sessões de formação teóricas para os elos de ligação em gestão de risco.

Na componente teórica privilegiar-se-á a condução de diferentes sessões de aprendizagem, sendo utilizadas exposições orais e metodologias de interacção em diagnóstico de risco, monitorização e auditorias. Recorre-se igualmente a aplicação de

checklist, normas e procedimentos. As sessões serão suportadas por meios audio-visuais e bibliografia adequada.

Serão organizadas reuniões baseadas em *brainstorming* e *case mix* para discussão e aferição das práticas em questões de gestão de risco, de acordo com o descrito na matriz de enquadramento lógico Quadro 37, plano de actividades (Apêndice 6) e cronograma (Apêndice 7) que fazem parte integrante do plano de intervenção sócio-organizacional.

Quadro 37 - Matriz Enquadramento Lógico

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Pressupostos/ Recursos
<p>Promover</p> <p>1-Promover a aceitação do plano de intervenção socio-organizacional</p> <p>2- Promover o envolvimento e participação de todos os níveis da organização</p>	<p>1. Integrar elos de ligação na Comissão de Risco da Organização;</p> <p>2-Sensibilizar a integração da direcção do serviço na implementação do plano de intervenção e a consequente discussão das actividades previstas.</p> <p>3-Promover o envolvimento e participação de todos os profissionais do Serviço de Imagiologia.</p>	<p>Os resultados fornecidos pelo presente estudo, baseados nos resultados da percepção dos clientes/utentes acerca da qualidade dos Serviços de Imagiologia analisados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar a natureza da intervenção e as suas finalidades, com vista a obter ganhos para o serviço, para os profissionais e para os clientes/utentes; - Incentivar a integração dos elos de ligação em equipas multidisciplinares em questões de segurança e gestão de risco; - Discussão a nível das vantagens da intervenção para os colaboradores; - Desenvolver reuniões parcelares para debate de situações específicas tendo em conta o plano de actividades 	<p>A definição de estratégia e identificação de acções prioritárias em questões de segurança com realização de reuniões no intuito de diagnosticar possíveis riscos e discutir formas de actuação.</p>	<p>Obter a adesão de todos os colaboradores em questões gestão de risco e segurança.</p> <p>Reconhece-se que os profissionais estão convictos da finalidade da intervenção proposta, dos seus benefícios práticos e da sua aplicabilidade.</p>	<p>Pressupostos :</p> <p>A existência de um número significativo de profissionais aderentes ao plano de intervenção (o capital intelectual), motivados e empenhados na inter-ajuda (capital relacional)</p> <p>Recursos Essenciais:</p> <p>Recursos materiais necessários para levar por diante a segunda fase do plano da Formação em questões de Gestão de Risco</p>
<p>Formação e Integração do Elos de Ligação</p> <p>1-Desenvolver competências pessoais, técnicas e instrumentais, para ter capacidade de conceptualização, diagnóstico e de análise crítica.</p> <p>2- Orientar os profissionais do serviço para o utente, envolvendo todos os membros da equipa de saúde na gestão de risco.</p>	<p>1-Proporcionar aos profissionais de saúde o terminologia, conceitos e os métodos de abordagem do plano de intervenção em gestão de risco.</p> <p>2-Proporcionar informações que permitam desenvolver uma atitude crítica, responsável e de análise das situações de eventos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O número de reporte de eventos adversos; - As evidências da prática de um desempenho de excelência em questões de gestão de risco e segurança dos clientes/utentes e dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o reporte de eventos adversos, através de formação específica em como e quando reportar; - Diagnosticar e analisar de possíveis riscos através de brainstorming situações de risco); - Explicitar a formas de actuação em gestão de risco e as suas finalidades, com vista a aumentar as competências dos profissionais na matéria. - Analisar casos e aplicação de <i>guidelines</i> na prática diária, através da análise e monitorização de procedimentos; - Promover formações de acordo com actividade do Serviço de Imagiologia em contexto de gestão de risco 	<ul style="list-style-type: none"> - O reporte de eventos adversos; - A análise e o diagnóstico de possíveis erros; - A implementação de acções de modo a minimizar os riscos diagnosticados. 	<p>Espera-se que a formação desenvolva:</p> <p>Competências metodológicas;</p> <p>Competências conceptuais;</p> <p>Competências em questões de segurança;</p> <p>Competências no reporte de eventos adversos;</p> <p>Competências pessoais</p>	<p>Pressupostos:</p> <p>Pretende-se sensibilizar os actores e colaboradores para os diferentes aspectos que devem ter em conta para excelente desempenho, demonstrar como planejar, monitorizar e gerir os incidentes/riscos em radiologia.</p> <p>Recursos Essenciais:</p> <p>Material para desenvolver as actividades pedagógicas (sala com equipamento multimédia);</p> <p>Recursos Humanos</p> <p>Recursos Materiais</p> <p>Bibliografia (<i>guidelines</i> etc.)</p>
<p>Investigação</p> <p>Avaiar e monitorizar as alterações do comportamento, attitudes e práticas dos profissionais;</p>	<p>Verificar se o programa está a ser cumprido de acordo com o planeado e em função da finalidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais; - Aumento do número de reporte de eventos adversos e gestão dos riscos residuais 	<p>Actividades de monitorização em diversos momentos do processo</p> <p>Escala de avaliação de satisfação dos utentes</p> <p>Escala de avaliação de satisfação dos profissionais</p> <p>Grelha de observação de boas práticas</p> <p>Questionário para aferição das necessidades e dificuldades de formação dos colaboradores</p>	<p>Escala de avaliação da satisfação de profissionais e utentes</p> <p>Grelha de observação de boas práticas</p>	<p>Desenvolvimento de competências dos profissionais em gestão de risco</p>	<p>Instrumentos de medida, de análise e discussão dos resultados pertinentes</p> <p>Recursos Humanos</p> <p>Recursos Materiais</p>

Fonte: Elaboração própria

4. Promoção e Aceitação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional

A implementação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional de Gestão de Risco em Radiologia, no quadro da valorização da qualidade dos serviços prestados, é uma estratégia definida pelo Serviço de Imagiologia em colaboração com a Comissão de Gestão de Risco e com a Comissão de Formação da organização em análise e com conhecimento do Conselho de Administração.

O plano de intervenção preconizado será divulgado junto de todos os colaboradores do serviço, após integração de elos de ligação do Serviço de Imagiologia na Comissão de Risco da Organização.

Será ainda atribuída aos colaboradores com funções na gestão de risco de forma a promover adesão e o envolvimento dos profissionais.

Após a formação e a integração dos elos de ligação na Comissão de Risco, será divulgado junto dos colaboradores do serviço o plano de actividades adequado às particularidades do serviço em questões de segurança e gestão de risco.

4.1. Objectivos Gerais

Constituem objectivos gerais da promoção do plano de intervenção sócio-organizacional:

1. Integrar elos de ligação na Comissão de Risco da Organização;
2. Sensibilizar a direcção do serviço na implementação do plano de intervenção e a conseqüente discussão das actividades previstas.
3. Promover o envolvimento e participação de todos os profissionais do Serviço de Imagiologia.

Em termos específicos pretende-se que as acções de promoção e aceitação contribuam para:

- Explicitar os atributos e as vantagens do plano de intervenção, na melhoria da qualidade da prestação de serviço em questões de segurança para os clientes/utentes e para os próprios profissionais;
- Monitorizar em parceria com a direcção do serviço o plano de actividades, estabelecendo indicadores e definindo prioridades a nível das questões de segurança e gestão de risco.

4.2. Indicadores

Constituem indicadores para a intervenção sócio-organizacional os resultados fornecidos pelo presente estudo, baseados nos resultados da percepção dos clientes/utentes acerca da qualidade dos serviços de Imagiologia analisados.

4.3. Actividades a Desenvolver

Constituem actividades prioritárias a desenvolver:

- Explicitar a natureza da intervenção e as suas finalidades, com vista a obter ganhos para o serviço, para os profissionais e para os clientes/utentes;
- Incentivar a integração dos elos de ligação em equipas multidisciplinares em questões de segurança e gestão de risco;
- Discussão a nível das vantagens da intervenção para os colaboradores;
- Desenvolver reuniões parcelares para debate de situações específicas tendo em conta o plano de actividades (Apêndice 6).

Meios de verificação

Como meios de verificação da aceitação do plano de Intervenção Sócio-Organizacional privilegia-se a definição de estratégia e identificação de acções prioritárias em questões de segurança com realização de reuniões no intuito de diagnosticar possíveis riscos e discutir formas de actuação.

Resultados esperados

Pretende-se, com as acções desenvolvidas para a promoção do plano de intervenção Sócio-Organizacional, obter a adesão de todos os dos colaboradores em questões gestão de risco e segurança. Reconhece-se que os profissionais estão convictos da finalidade da intervenção proposta, dos seus benefícios práticos e da sua aplicabilidade.

Pressupostos

Consideram-se pressupostos essenciais nesta fase, a existência de um número significativo de profissionais aderentes ao plano de intervenção (o capital intelectual), motivados e empenhados na inter-ajuda (capital relacional) e os recursos materiais necessários para levar por diante a segunda fase do plano – a Formação em questões de Gestão de Risco

5. Formação e Integração dos Elos de Ligação

A formação é fundamental em todas as práticas, faz parte do “saber-evoluir” (Mão-de-Ferro, 1999) de modo a aumentar os conhecimentos, modificar as atitudes e desenvolver as aptidões dos formandos, provocando uma modificação mais ou menos profunda na conduta das pessoas. É esperado que com a experiência da formação exista uma abertura de espírito para o indivíduo, e que possa levá-lo a posicionar-se diferentemente, em relação aos outros e a problemas que pode encontrar na sua vida social e profissional (Lopes, 2005).

Através da formação é possível um aumento do *empowerment* no desempenho das tarefas e uma “certa independência” na forma como são realizadas (Silva, 2004: 46). “ (...) Conceito de *empowerment* traduz o processo mediante o qual a responsabilidade pelos níveis de qualidade e de produtividade e pelas condições de trabalho *desce* até ao ponto de produção (descentralização de poder).”

Como refere o autor ao aumentar o *empowerment* dos profissionais, aumenta a responsabilidade destes quanto à prestação de cuidados de elevada qualidade, indo de encontro ao conceito de “Clinical Governance” que consiste em melhorar a qualidade da prática clínica (Starey, 2003). De acordo com Starey (2003) e Lugon (2005), tal processo tem como objectivo orientar os serviços de saúde para o utente, envolvendo todos os membros da equipa de saúde em auditorias clínicas, gestão do risco, medição de indicadores estando directamente relacionado com as capacidades e competências dos profissionais.

É nesta perspectiva que a formação permanente deve ser considerada como uma actividade que o profissional deseja e procura, de modo a promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional, mantendo-se actualizado e melhorando a qualidade na prestação de cuidados com mais autonomia e responsabilidade.

De modo a manter os Técnicos de Radiologia actualizados para melhorar o desempenho das suas competências profissionais, tendo em conta a acelerada evolução tecnológica e a necessidade de actualização profissional.

As formações inerentes ao plano de intervenção serão certificadas pela comissão de formação da organização com renumeração das horas de formação.

5.1. Objectivos Gerais

A formação dos profissionais de saúde visa a aplicação futura, no serviço de Imagiologia. Admite-se que a aplicação dos conhecimentos oferece aos mesmos uma maior autonomia em questões de segurança e gestão de risco.

Neste sentido, constitui objectivo geral da formação:

- Desenvolver competências de aprendizagem pessoais, técnicas e instrumentais, no contexto de acção, para ter capacidade de conceptualização, diagnóstico e de análise crítica.
- Orientar os profissionais do serviço para o utente, envolvendo todos os membros da equipa de saúde nos diferentes aspectos fundamentais para gestão de risco.

Em termos específicos pretende-se:

- Proporcionar aos profissionais de saúde o aprofundamento do debate sobre a terminologia, conceitos e os métodos de abordagem do plano de intervenção em gestão risco.
- Proporcionar aos profissionais de saúde informações que lhes permitam desenvolver uma atitude crítica, responsável e de análise das situações de eventos adversos.

5.2. Indicadores

Constituem indicadores as competências pessoais e profissionais de um desempenho de excelência, coerentes com o plano de intervenção proposto, assim como o número de reporte de eventos adversos, como as evidências da prática de um desempenho de excelência em questões de gestão de risco e segurança dos clientes/utentes dos profissionais.

5.3. Actividades

As actividades a desenvolver englobam formação teórica e prática, análise de casos, exercício de *benchmarking* e comparação/adaptação de guidelines

Constituem actividades prioritárias a desenvolver:

- Incentivar o reporte de eventos adversos, através de formação específica em como e quando reportar;
- Diagnosticar e analisar de possíveis riscos através de brainstorming situações de risco (exemplo de diagnostico, Apêndice 8);
- Explicitar as formas de actuação em gestão de risco e as suas finalidades, com vista a aumentar as competências dos profissionais na matéria.
- Desenvolver reuniões parcelares para debate de situações específicas tendo em conta o plano de actividades;
- Analisar casos e aplicar guidelines na prática diária, através da análise e monitorização de procedimentos;
- Promover formações de acordo com actividade do Serviço de Imagiologia em contexto de gestão de risco (como exemplo Segurança em RM; Monitorização de Doses em TC e Radiologia Convencional; Técnicas de Punção Venosa; Administração e Manipulação de Contrastos Endovenosos; Formação em Injectores Automáticos; Prevenção de Quedas)

Meios de verificação

Os meios de verificação da formação dos profissionais de saúde visam a aplicação dos conhecimentos para uma maior autonomia em questões de segurança e gestão de risco. Privilegia-

se o reporte de eventos adversos, a análise e o diagnóstico de possíveis erros, bem como a implementação de acções de modo a minimizar os riscos diagnosticados.

Resultados esperados

Espera-se que a formação desenvolva:

- Competências metodológicas
- Competências conceptuais
- Competências em questões de segurança
- Competências no reporte de eventos adversos
- Competências pessoais

Recursos

Consideram-se recursos essenciais:

- Material para desenvolver as actividades pedagógicas (sala com equipamento multimédia);
- Recursos Humanos
- Recursos Materiais
- Bibliografia (*guidelines* etc.)

Pressupostos

Os riscos em radiologia são múltiplos, contudo existem factores de maior relevância e essenciais na prática diárias de um serviço de Imagiologia no que respeita à gestão do risco. Pretende-se sensibilizar os actores e colaboradores para os diferentes aspectos que se devem ter em conta para excelente desempenho, demonstrar como planear, monitorizar e gerir os incidentes/riscos em radiologia.

A intervenção formativa tem como objectivo geral reduzir os riscos e tornar o risco residual aceitável, pois o risco é um “mal necessário” que pode aumentar na razão directa da capacidade de intervenção sobre a doença.

6. Investigação

As acções de investigação a realizar inserem-se no processo de avaliação e monitorização na fase de implementação e desenvolvimento do plano de intervenção Sócio-Organizacional, de acordo com o constante na matriz de enquadramento lógico.

O desafio do plano de intervenção é o de adoptar uma abordagem multidisciplinar para providenciar educação e desenvolvimento em gestão de risco, como parte integrante do programa

de gestão de desenvolvimento da organização.

Neste contexto, os Serviços de Imagiologia devem favorecer a formação interna aos seus colaboradores, e proporcionar formação externa sustentada devidamente analisada e adequada às necessidades dos profissionais.

Para tal sugere-se um estudo ou questionário para aferição das necessidades e dificuldades/défices e aspirações de formação dos colaboradores dos Serviços de Imagiologia na matéria em análise.

6.1. Objectivo Geral

- Avaliar e monitorizar as alterações do comportamento, atitudes e práticas dos profissionais;

Em termos específicos pretende-se:

- Verificar se o programa está a ser cumprido de acordo com o planeado e em função da finalidade

6.2. Indicadores

Como indicadores serão utilizadas:

- Aumentar o número de reporte de eventos adversos;
- Aceitar os riscos residuais
- A satisfação dos utentes
- A satisfação dos profissionais
- Os exemplos de boas práticas

6.3. Actividades

As actividades a desenvolver para que se cumpram as etapas anteriormente descritas incluem a definição da sequência das actividades de monitorização em diversos momentos do processo segundo o Plano de Actividades (Apêndice 6) e o seu Cronograma (Apêndice 7).

Meios de verificação

Os meios de verificação a utilizar são:

- Escala de avaliação de satisfação dos utentes
- Escala de avaliação de satisfação dos profissionais
- Grelha de observação de boas práticas

- Questionário para aferição das necessidades e dificuldades de formação dos colaboradores

Resultados esperados

Espera-se que nesta fase de implementação e desenvolvimento do plano de intervenção os profissionais de saúde tenham desenvolvido competências em gestão de risco com reporte de eventos adversos, diagnóstico de possíveis riscos e aceitação de riscos residuais.

Recursos

Consideram-se recursos essenciais nesta fase:

- Instrumentos de medida, de análise e discussão dos resultados pertinentes
- Recursos Humanos
- Recursos Materiais

7. Conclusão

Com base nos resultados expressos pelo estudo previamente realizado sobre a medição da qualidade percebida e da satisfação dos utentes nos três serviços em análise, é proposto um plano de intervenção sócio-organizacional de gestão de risco em radiologia.

A elaboração de um projecto de gestão de risco é um trabalho dinâmico, multidisciplinar tendo como objectivo principal prevenir o dano na prestação dos cuidados.

Através de uma abordagem sistemática é possível minimizar continuamente os riscos para os utentes, visitas, funcionários e instalações. As unidades de saúde devem considerar a gestão de risco como uma política activa de qualidade e segurança do doente e prevenção da ocorrência de danos, e não como uma política para evitar reclamações e acções judiciais.

Admite-se como imprescindível reportar e realizar relatórios de ocorrências de erros e situações anómalas como parte integrante da gestão de risco, sendo em breve obrigatórios por lei (DSG, 2010). Para tal deve-se “educar” e formar os profissionais de saúde no sentido de cumprirem essa norma e protegerem os profissionais de represálias pelo relato de erros (pois estes podem ter receio de represálias, de serem considerados “maus” profissionais ou terem notas inferiores em questões de avaliação de desempenho ao relatarem acidentes e incidentes).

A organização deve actuar com transparência, demonstrando que os relatórios de erros servem para melhorar e corrigir falhas na prestação de cuidados aos doentes num processo activo e dinâmico, e não como instrumentos punitivos. Ao questionar, monitorizar e avaliar as sequências de acontecimentos relacionados com a prestação de cuidados de saúde é possível encontrar falhas e melhorar processos (Masser, 2000; Martin e Henderson, 2005).

Esta proposta de intervenção está direccionada para a mudança de comportamentos em relação aos incidentes, numa perspectiva de conhecimento e relato dos mesmos, sem represálias para os profissionais que os relatam, contemplando uma das áreas vitais para a qualidade organizacional em contexto actual de governação clínica. Pretende-se promover o planeamento de actividades na monitorização de processos e o envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição dos objectivos, na gestão e identificação dos processos em que eles ocorrem. É um trabalho multidisciplinar com a colaboração de todos os elementos do serviço, tendo como máxima “É necessário não só melhorar, mas sim também transformar a pratica da saúde” Leape et al (2009, p 426.).



Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

- American College of Radiology - ACR (2006). Technical Standard for Diagnostic Medical Physics Performance Monitoring of Magnetic Resonance Imaging MRI Equipment. *American College of Radiology* 1161-1162
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 52, 1359-1370
- Arbuckle, J. L. (2008) *Amos™ 17.0 User's Guide*. Amos Development Corporation: United States of America
- Babakus, E. and Mangold, W. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*. 26(6), 767-786
- Bakar, C. Akgun, H. and Assaf, A.F. (2008). The role of expectations in patients' hospital assessments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5), 503-516
- Barbosa-Lavarda, R., Canet-Giner, T., Balbastre-Benavent, F. (2009). El modelo EFQM de excelência como facilitador de la adopción de un proceso integrador de formación de la estrategia: un estudio de caso. *TQM Qualidade. A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* 0, 123-146
- Batalden, P.B. and Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care* 16, 2-3
- Bell, J. (1997) *Como Realizar um Projecto de Investigação: Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*, Lisboa: Gradiva
- Bloemer J. and Ruyter K. (1999) Customer loyalty in high and low involvement service settings: The moderating impact of positive emotions. *Journal of Marketing Management* 15, 315-330
- Boyle, T. (2002) *Health and Safety: risk management* (2ed.).Ed.Lit.Peter Waterhouse – Leicestershire: IOSH
- Bowers, M. R., J.E. Swan, W. and F. Koehler (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health care Delivery? *Health Care Management Review* 19 (4), 49-55
- Bowers, M. (2000). *Medindo a Qualidade em Cuidados de Saúde: uma Revisão de Literatura, Antecedentes e Consequentes*. Lisboa: Comissão Sectorial de Saúde do IPQ. (Gestão da Doença e Qualidade em Saúde).
- Brown, T., Churchill, G. e Peter, J. (1993) Improving the Measurement of Service Quality. *Journal of Retailing*, 69 (1) 127-139
- Bugada, H. (2006, Fevereiro). Os pilares fundamentais da Clinical Governance. *Revista Portuguesa de Gestão e Saude* (0), pp. 30-35.
- Cabral, L. (2007). *Qualidade percebida dos serviços hospitalar: uma avaliação utilizando métodos dos Fatores Críticos de Sucesso e a escala SERVQUAL*. Dissertação Mestrado Pós – Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Pernambuco CTG, Brasil.

- Carman, J.M. (1990), "Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimension", *Journal of Retailing*, 66 (1), 33-55.
- Carrillat, F., Jaramillo, F. and Mulki, J. (2007) The validity of the SERVQUAL and SERVPREF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Service Industry Management* 18(5), 472-490
- Carvalho, M. e Paladini, E. (2005), *Gestão da Qualidade: Teorias e Casos* (5ª ed.). Rio de Janeiro:Elsevier
- Choi, Cho, Lee, Lee and Kim (2004).The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research* 57, 913-921
- CHKS-HQS (2010). Assurance and Accreditation. Recuperado em 10 Março, 2010, de <http://www.chks.co.uk/index.php>
- Cronin, J.J and Taylor, S.A. (1992, July), Measuring Service Quality: A Re-Examination and Extension, *Journal of Marketing* 6, 55-68.
- Cronin, J.J and Taylor, S.A. (1994), SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perception-Minus-Expectation Measurement of Service Quality, *Journal of Marketing* 58(1), 125-31
- Direcção Geral da Saúde (2010a), Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão de Segurança do Doente. Recuperado em 20 de Fevereiro, 2010, de <http://www.dgs.pt/>
- Direcção Geral da Saúde (2010b), Saude Ambiental, Areas de Intervenção, Radiações, Ionizantes. Recuperado em 10 de Janeiro, 2010, de <http://www.dgs.pt/>
- Donovan, T. and Hocutt, M.A. (2001) Customer evaluation of service employee's customer orientation: extension and application" *Journal of Quality Management*.6, 293-306
- Doyle, C.A. and Stanton M.T.(2002) Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *The College of Radiographers, Radiography* 8, 159-172
- Farias, S. e Santos, R. (2000 Set/Dez) Modelagem de Equações Estruturais e Satisfação do Consumidor: uma Investigação Teórica e Prática. *RAC* 4(3),107-132
- Finn, A. e Kayande, U. (2004). Scale modification: alternative approaches and their consequences. *Journal of Retailing*, 80, 37-52
- Fogarty, G., Catts, R. and Forlin, C. (2000). Identifying shortcomings in the measurement of service quality. *Journal of Outcome Measurement*, 4(1), 425-447
- Fortin, M-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- Fortuna, A.M. et al (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2), 55-74
- Fottler, MD., Dickson, D., Ford, RC., Bradley, K. and Johnson, L. (2006) Comparing hospital staff and patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and focus group

data. *Health Services Management Research*, 19, 52-66

- Ghiglione, R. and Matalon, B. (2003). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora
- Giraldes, M. R. (2007) Avaliação da eficiência e da qualidade em centros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 31-50
- Goldin, S. J. and Shrimpton, P.C. (2002). Radiation dose in CT: are we meeting the challenge? *The British Journal of Radiology*, 75, 1–4
- Gonzalez-Valentine, A, Padin-Lopez, S. and Romon-Garrido, E. (2005) Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain, *Journal of Nursing Care Quality* 20(1), 63-72
- Guadagnoli, E. and Ward, P.(1998) Patients participation in decision-making. *Social, Science & Medicine* 47(3), 329-339
- Gupta, H. D. (2008). Identifying health care quality constituents: service provider's perspective. *Journal of Management Research*. 8(1), 18-28
- Hair, J., Anderson, R., Tathain, R. & Black, W. (1998), *Multivaried Data Analysis* (5ed.). Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Harestam, K.P., Elg, M., Svensson, C., Brommels. and Ovretveit, J. (2009) Patient safety as perceived by Swedish leaders. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22(2) 168-182
- Hart, M. (1996) Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1234-1240
- Hearld, L., Alexander, J., Fraser, I. and Jiang, H. (2008, June) How Do Hospital Organizational Structure and Process Affect Quality of Care? A Critical Review of Research Methods. *Medical Care Research and Review* 65(3), 259-299
- Hekkert, K.D., Cihangir, S. Kleefstra, S.M. Berg, B. & Kool, R.B (2009) Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science and Medicine*, 69, 68-75
- Hoe, John W. M.(2007) Service Delivery and Service Quality in Radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 4(9), 643-651
- Hox, J.J. and Bechger, T.M (1998). An introduction to structural equation modeling. *Family Science Review*, 11, 354-373.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*. Lisboa: EDINOVA
- ISO (2010). International Organization for Standardization , ISO 9001:2008. Recuperado em 10 Março, 2010 de http://www.iso.org/iso/iso_catalogue.htm
- Jadad A., Rizo C. and Enkin M. (2003). "I am a good patient, believe it or not"_[Electronic version] *BMJ* (Clinical research ed.) 326 (7402), 1293-1295.
- JCAHO (2010) Joint Commission, Patient Safety. Recuperado em 10 Março, 2010 de <http://www.jointcommission.org/CertificationPrograms/HealthCareStaffingServices>

- Johnston, R. (1995). "The Determinants Of Service Quality Satisfiers And Dissatisfies" *International Journal of Service Industry Management*. 6(5), 53-71
- Jose de Mello Saude (2010) Jose de Mello Saude, Missão e Valores. Recuperado em 10 Março, 2010 de <http://www.josedemellosaude.pt/vPT/PortalJosedeMelloSaude/Footer/Paginas/default.aspx>
- Kee, F., Telford, A.M., Donaghy, P. and O' Doherty, A. (1992) Atitude or access: reasons for not attending mammography in Northern Ireland. *European Journal of Cancer Prevention*, 1, 311 – 315
- Koerner, M. (2000) The conceptual domain of service quality for inpatient nursing services. *Journal of Business Research*, 48, 267-283
- Kolber, Carole T. et al (2007) Patient Expectations of Full-Body CT Screening. *American Journal Roentgenology*, 188, 297-30
- Koufteros, X., Babbar, S. and Kaighobadi, M. (2009). A paradigm for examining second-order factor models employing structural equation modeling. *International Journal Production Economics*. 120, 633-652
- Kroken, P. (2006 Jul - Aug). At your service: How do your customers feel?. *Radiology Management*, 28(4), 44-45
- Landrum, H., Prybutok, V., Zhang, X. (2007), A comparison of magal's service quality instrument with SERVPERF. *Information & Management*, 44(1) 104-113
- Lau, L..(2006) A Continuum of Quality in Radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 3(4), 233-239
- Leal, R., Requeijo, J., Pereira, Z. (2009). Uma visão global sobre a qualidade em serviços. *TQM Qualidade. A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* 0, 79-94
- Leape, L. Berwick, D. Clancy, C. et al (2009) Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 18, 424-428
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. and Boutin, G. (1994) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget
- Lester, B. (2001 Jan-Feb) Patient Satisfaction: What Works in Radiology. *Radiology Management*, 23 (1), 53-56
- Loehlin, J. (1998) *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (3ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Lopes, A. (2005) *Qualidade dos Serviços de Saúde. Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*. Dissertação de Mestrado, Évora: Universidade de Évora, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.
- Lopes, A. e Capricho, L. (2007) *Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH
- Lopes, H. (2008), *Medição da Percepção da Qualidade de Serviços: Estudos em ambiente de*

prestação de cuidados de saúde, Dissertação de Doutoramento em Gestão, Évora: Universidade de Évora

- Lim, P.C. and Tang, N.K.H. (2000). A study of patients` expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(7), 290
- Lufkin, R.B..(1998). *Manual de Ressonância Magnética*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.
- Lugon, M. (2005). Clinical governance – from rhetoric to reality? *Current Pediatrics*, 15, 460-465
- Malhotra, N. K.(1996) *Marketing Research: an applied orientation*. New Jersey: Prentice Hall
- Man, S. et al (2002, Sept) Patient´s and personnel´s perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine* 29, 1109-1117
- Mão-de-Ferro, A.(1999) *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Nova Etapa
- Marroco, J.(2007) *Análise Estatística. Com utilização do SPSS (3ed.)* Lisboa: Edições Sllabo
- Martin, V. e Henderson, E.(2004) *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor
- Masser, G. (2000) coord Luis Pisco, *Gestão da Doença & Qualidade em Saúde*. Lisboa: Comissão Sectorial da Saúde do IPQ
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde - Princípios Básicos (1ªed.)*. São Paulo: Manole
- Middleton, William D.et al (2004) Sonography and MRI of the Shoulder: Comparison of Patient Satisfaction. *American Journal Roentgenology*, 183, 1449-152
- Mira, J.J. et al (2008). "Patient` Perception of Hospital Safety". In J.Ovretveit. e P. Sousa (Ed.) *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública e MMC Karolinska Institutet
- Moreira, Paulo K. (2007). *Políticas de Saúde. Ensaios para um Debate Nacional*. Lisboa: Universidade Fernando Pessoa
- Mostafa, M. (2005) An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 18 (7), 516 – 532
- O`Connor, Stephen J., Trinh, Hanh Q. and Shewchuk, Richard M. (2000) Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Service Quality. *Health Care Management Review* 25 (2), 7-23
- Ondategui-Parra, S. et al (2004) Essential practice performance measurement. *American Journal Radiology*.1(8), 559-566
- Ondategui-Parra, S. et al (2005) Survey of the Use of Quality Indicators in Academic Radiology Departments. *American Journal Radiology*.1 (8), 559-566
- Ondategui-Parra, S. et al (2006) Clinical Operations Management in Radiology. *American Journal Radiology* 1(9), 632-639

- Ovretveit, J. (2000) Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(2) 74-79
- Ovretveit, J. (2009) The contribution of new social science research to patient safety". *Social Science and Medicine* 69 1780-1783
- Parasuraman, A. Zeithaml, V. Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49, 41-50
- Parasuraman, A. Zeithaml, V. Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64(1), 5-6
- Parasuraman, A. Zeithaml, V. Berry, L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* 67(4), 420-450
- Perucca, R. (2001, September) "Quality with options". *Nursing Management*
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2005) *Análise de dados para ciências sociais. A complementariedade do SPSS (4ª ed.)* Lisboa: Edições Sílabo
- Quivy, R. e Champenhout, L.(2005) *Manual de Investigação em Ciências Sociais, (4ed)*. Lisboa: Gradiva
- Ramsaran-Fowdar, Roshnee R. (2005 Winter2004/Spring2005). "Identifying Health Care Quality Attributes" *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(3/4), 428-443.
- Raposo, M. L., Alves, M. H. e Duarte, P.A. (2009, March) Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. *Servive Business* 3:1
- Reis, V. (2007), *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
- Rooney, A., Ostenberg, P.(1999). *Série de Aperfeiçoamento sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade – Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*. Bethesda: Center for Human Services
- Russel, K., Champion, V.L, and Perkins, S.M. (2003). Development of Cultural Belief Scales for Mammography Screening. *Oncology Nursing Forum* 30 (4), 633-640
- Santos, M. Helena (2001), *Medição da Qualidade de Serviços em Autarquias Locais*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal
- Scotti, D. Harmon, J. and Behson, S.(2007, March/April). "Links Among High – Performance Work Environment, service Quality, and Customer Satisfaction: An Extension on the Healthcare Sector". *Journal of Healthcare Management*. 52(2), 109-121
- Seiders, K. (2009, November) "Understanding how employees understand customers: A commentary essay". *Journal of Business Research* 62 (11), 1136 – 1138
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P. e Leite, E (2009). Pat Safety – Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *Saude e Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa Medicina do Trabalho* 7, 5-29

- Shellock, F. G. and Spinazzi, A. (2008) MRI Safety Update 2008: Part 2, Screening Patients for MRI. *American Journal Roentgenology*, 191, 1140-1149
- Silva, C. A. (2003) *ABC do SPSS for Windows - Introdução ao Tratamento de Dados em Ciências Sociais*. Monsaraz: Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz
- Silva, C. A. (2004) *O Labirinto da Enfermagem Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri
- Silva, C. A. et al. (2009), *Relatório do Estudo da Qualidade percebida e Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do HESE*, Évora: Universidade de Évora (policopiado)
- Silva, J. (2006) *Modelagem de Equações Estruturais: apresentação de uma metodologia*. Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande
- Silverman, P. M. (2002) (Coord.). *Multislice Computed Tomography*. Philadelphia. USA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS
- Sower, V et al (2001). The Dimensions of Service Quality For Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. *Health Care Management Review* 26(2), 47-59
- SPSS, Inc - SPSS Statistics Base 17.0. User's Guide. (2007). Amos Development Corporation. United States of America
- Starey, N. (2003). What is Clinical Governance? *Hayward Medical Communications*, 12(1): 1-7.
- Swensen, S. and Johnson, C. (2005) Radiologic Quality and Safety: Mapping Value into Radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 12(12), 992-1000
- Tang, T., Patterson, S.K, Roubidoux, M.A. and Duan, L. (2008) Women's mammography experience and its impact on screening adherence. *Psycho-Oncology* 18, 727-734
- Teixeira, A., António, N. (2009). Qualidade e estratégia. *TQM Qualidade. A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* 0, 47-67
- Tucker, J. (2002) The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*. 16(1), 48-66
- Ueltschy, L., Laroche, M., Tamila, R., and Yannopoulos, P.(2004). Cross-cultural invariance of measures of satisfaction and service quality. *Journal of Business Research*, 57, 901-912
- Ullman, J. (2007). Structural Equation Modeling. In B. G. Tabachnick and L. S. Fidell (Orgs.), *Using multivariate statistics* (5ª ed.). Boston: Pearson Education
- Unnik, J.G.Van et al (1997) Survey of CT Techniques and absorbed dose in various Dutch hospitals. *The British Journal of Radiology* 70, 367-371
- Vandamme, R. and Leunis, J., (1993). "Development of Multiple-Item Scale For Measuring Hospital Service Quality". *International Journal of Service Industry Management* 4(3): 30-49.
- Vilares, M.J. e Coelho, P. S. (2005). *A Satisfação e Lealdade do Cliente Metodologias de Gestão, Avaliação e Análise*. Lisboa: Escolar Editora

- Vinagre, H. and Neves, J. (2008) The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 21(1), 83 – 103
- Vukmir, R. (2006) Customer satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 19(1) 8 – 31
- Westbrook, C. e Kaut, C. (2000) *Ressonância Magnética Prática* (2ed), Rio de Janeiro: Guanabara Koo
- Wikiversity (2009). Exploratory factor analysis [Versão eletrônica]. Creative Commons Attribution/Share-Alike Licence. Recuperado em 25 Fevereiro, 2010, de http://en.wikiversity.org/wiki/Exploratory_factor_analysis
- Wiratkapun, C. et al (2006) Breast Pain and Service Satisfaction during Digital Mammograph. *J Med Assoc Thai*, 89(1) 11
- Youssef, F. N. (1996), Health Care Quality In NHS Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9(1): 15-28.
- Zanon, U. (2001). *Qualidade da Assistência Médico - Hospitalar – Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica



Apêndices

Apêndice 1 – Entrevistas Exploratórias

	Agenda-mento	Capacidade de disponibilizar práticas clínicas;	A vontade de ajudar os clientes e fornecer o serviço, com prontidão/ Empatia	Tempo de espera para efectuar exame	Capacidade de Aquisição Comparação centro;	Profissionalismo Transmissão de confiança, Segurança, Privacidade	Aspectos tangíveis Eq. Modernos,tempo de entrega exame;	Qualidade percebida nas instalações	Qualidade/Acreditação
EM1	"Foi-me dito que não estavam a marcar exames..."	"...já fiz também TAC (...)."	não tenho razão absolutamente nenhuma.",		"(...)como digo já venho fazer estes exames também já os fazia lá fora (...)	EM1" (...)quem me faz a Mamografia é uma pessoa cuidadosa e simpática que foi o caso desta Técnica que me fez agora (...)"	" Sim são agradáveis e tenho privacidade (...)."		
EM2	"tenho problema em relação ao tempo de marcação";		"(...) o atendimento é bom"				A sala é agradável..."		
EM3	"A nível de marcações existe algumas lacunas";		E bastante menor, não fiquei muito tempo na angústia e expectativa de saber resultados.",	"tempo de espera do chamar da sala de espera principal para a sala de Ecografia /		"Só dizem que é duas chapas para cada mama, algum desconforto porque tem de apertar para se ver melhor".	" A nível do serviço é bom pois as salas são grandes com bastante espaço.",		
EM4			"Explicam tudo muito bem de forma simpática, desde o pequenino ao grande, felizmente"	"(...) é só o tempo de espera de um exame para o outro,			(...) embora a sala seja um pouco fria",		
EM5	"É a 1ª vez que me ligam a avisar da marcação para o dia seguinte(...)."		"Sou sempre bem atendida, a única coisa negativa do serviço é o tempo de espera."	"que demora muito tempo, é a realização da Mamografia e depois esperar para fazer a Eco";		"dizem e explicam a realização do exame."	"O serviço é bastante agradável";		
ETC1			"Fui atendida rapidamente";		"(...) mas atendendo a que é um serviço público e para quem já andou por outros hospitais (Hops. Universidade de Coimbra) creio que este Hospital me satisfaz muito bem.",	(...) Senti-me acompanhado durante o exame";	Notei hoje que havia falta de salas (gabinetes) para vestir	em relação às Normas de qualidade e segurança talvez esteja um pouco informado porque tenho familiares a trabalhar no Hospital	
ETC2			"...os funcionários são simpáticos, corteses (...)."			"Em termos de exame já dentro da sala acho que é tudo um pouco rápido, mas também entendo que seja rápido devido às inúmeras marcações(...)."	" A sala de espera está cada vez mais desconfortável, acho extremamente fria (hoje		
ETC3			"temos de tempo hoje esperei um pouco mais de tempo (...)."		"Nos outros hospitais não sei porque este é o Hospital de residência de forma que gosto imenso	"dentro da sala é costume falar em se estou bem-disposto ou se está tudo a correr bem."			

									para atender todas estas pessoas que vêm ao hospital para não haver tanta espera."		
ETC4											
ETC5	"A nível de marcações levam muito tempo, já tenho este exame marcado; já há mais de 3 meses";			"Felizmente nunca fui doente, portanto não tenho grande experiência dessas coisas em outros sítios."							
ERM1	" (...) é que tive 4 meses de espera (...) o qual me informaram que ficaria em lista de espera"	Aqui são de uma simpatia enorme, estou super encantada com todos (excelentes).";		"Tive uma situação noutra hospital em que nunca tinha sido tão mal tratada quer pelo médico quer pela auxiliar, sai do serviço a chorar."					Area de Residência		Sei porque também ouço as pessoas falar sobre esse processo
ERM2		"Chego, sou logo atendida; "Em relação à Imagiologia não tenho queixa nem no atendimento nem no pessoal.,"							Area de Residência		" Em relação à limpeza também não posso dizer pois não sou uma pessoa de estar sempre a ver essas coisas, acho sempre que está tudo bem";
ERM3	" (...)ja única falha é o tempo de espera muito grande tive cerca de 5 meses para fazer o exame.,"								Area de Residência		
ERM4	"em lista de espera cerca de 10 meses acho tempo de espera um pouco elevado;			não sei se é diferente dos outros sítios porque também não tenho poder de comparação".					Area de Residência		
									Area de Residência		Em relação à Imagiologia tanto da minha experiência como acompanhante noto que existe uma boa qualidade

Apêndice 2 – Entrevistas relacionadas com questões da construção, adaptação e validação do questionário

Dimensões	EXEMPLOS	Questões do Questionário
Disponibilidade representa a capacidade disponibilizar práticas clínicas;	<p>"Extractos de texto das entrevistas"</p> <p>Entrevistas EM4 " (...) todos os exames neste hospital tal como Ecov TC/Rv;" ERM1 " Já fiz também TAC (...);"</p>	<p>P1.7. O Serviço de Imagiologia disponibilizou a possibilidade de marcação de vários exames (diferentes técnicas como Tomografia Computorizada; Ressonância Magnética; Radiologia Geral; Ultrassonografia; Mamografia; etc); P1.8.2. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a marcação dos exames para o próprio dia ou em dias próximos, reduzindo o tempo de espera para marcação dos mesmos P1.9. Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia? Localização; Convenções; Técnicas Disponíveis ; Reputação do Serviço</p>
Capacidade de Resposta Agendamento	<p>Entrevistas EM1"Forme dito que não estavam a marcar exames e só para o final do ano 2008 é que poderia fazer a marcação EM3 "A nível de marcações existe algumas lacunas"; EM5 "É a 1ª vez que me ligam a avisar da marcação para o dia seguinte(...). Pensava que vinha em marcação de carta e não de telefone, foi bastante rápido. ERM1 "(...) é que tive 4 meses de espera (...) o qual me informaram que ficaria em lista de espera" ETC5 "A nível de marcações levam muito tempo, já tenho este exame marcado já há mais de 3 meses"; ERM3 "(...) Já única falta é o tempo de espera muito grande tive cerca de 5 meses para fazer o exame"; ERM4 "em lista de espera cerca de 10 meses consulta, era uma boa ajuda para quem não tem facilidade em se movimentar (deslocar)";"</p>	<p>P1.8. O Serviço de Imagiologia disponibilizou a possibilidade de marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo). P1.10. O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame</p>
Consideram a rapidez na marcação Agendamento	<p>Entrevistas EM1 "(...) tive de ir embora para casa e tive de voltar muito aliura para fazer (...) Esse exame tive de o vir fazer depois da consulta (tive de desmarcar essa dita consulta)." EM2 "por vezes temos de esperar bastante tempo mas é natural" EM3 "(...)foi tudo muito rápido e de maneira que tenho vindo ao serviço com bastante frequência marcada pela minha médica assistente e não tenho tempos de espera"; ETC2 "já tenho ficado em filas enormes só para fazer uma simples marcação (cerca de 1 hora - tempo máximo (...)) De salientar que fico insono tempo à espera para me liram o cateter (...) ingestão do contraste oral, é tudo normal ou seja, tempos de esperar esse tempo, mas depois disso penso que deveria ser mais rápido de facto, porque é muito tempo de espera e hoje até foi relativamente rápido mas já tenho estado cerca de 4 horas" EM5 "a 1ª vez que me ligam a avisar da marcação para o dia seguinte, possivelmente devia de haver vagas por isso o motivo da marcação tão rápida"; ERM2 "Em termos de espera também não houve porque foi chegar e entrar. Foi ótimo." ERM4 "Método de funcionamento do guichet é horrível (economizar tempo)."; A fila de espera para o balcão das marcações é enorme; ERM5 "chegamos a aguardar cerca de 1 hora para ser atendida para dar entrada do exame no sistema. A partir do momento da inscrição até realizar o exame acho rápido.</p>	<p>P1.11. O Serviço de Imagiologia a avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data / hora da realização do exame</p>
A vontade de ajudar os clientes e fornecer o serviço, com prontidão	<p>Entrevistas EM3 "É bastante menor, não fiquei muito tempo na angústia e expectativa de saber resultados."; EMR1 "Chego, sou logo atendida (...)" ETC1 "lui atendido rapidamente"; EM5 "Sou sempre bem atendida, o tempo de espera é que é horrível (3 horas). É a única coisa negativa do serviço é o tempo de espera" ETC4 " não tenho nada a dizer de negativo, a não ser o tempo de espera";</p>	<p>P1.15. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção P1.16. Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados. P1.17. Quando o utente tem problemas, os funcionários do Serviço de Imagiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.</p>
Tempo de espera para efectuar exame	<p>Entrevistas EM3 "Tempo de espera do chamar da sala de espera principal para a sala de Ecografia / Mamografia, o facto de fazer metade do exame sair novamente e esperar novamente na sala (tempo de espera muito grande); EM4 "(...) é só o tempo de espera de um exame para o outro, de resto está tudo a funcionar bem. EM5 "É a única coisa que eu vejo que demora muito tempo, é a realização da Mamografia e depois esperar para fazer o Ec";"</p>	<p>P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo). P1.14. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.</p>

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

<p>Rapidez na entrega de imagens e relatórios aos médicos que requisitam os exames;</p>	<p>EM1 "e provavelmente não ter os exames prontos para a Médica ver"; ETC2 "Tenho sempre o relatório pronto para o dia da consulta"; ERM4 "Tivemos na última consulta um problema porque os exames ainda não estavam prontos, então tivemos de ir de propósito buscar os exames (não chegavam ao médico a tempo)";</p>	<p>P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame referido em tempo útil P1.33. Há facilidade em conseguir exame e relatório para o próprio dia. P1.14. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames..</p>
<p>Profissionalismo Interacção Técnico - Doente"</p>	<p>Entrevistas apenas; ETC1 "(...) senti-me acompanhado durante o exame"; ERM2 "Tinha a "bold" (alarme) se necessário para carregar"; ERM3 "senti-me pouco acompanhada uma vez que tenho medo de espaços fechados (claustrofóbica)"; ERM4 "Têm sido sempre simpáticos, não tenho razão absolutamente nenhuma"; EN4 "Explicam tudo muito bem de forma simpática, desde o pequenito ao grande, felizmente"</p>	<p>P1.14. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção; P1.15. Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados; P1.19. Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame; P1.20. Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.; P1.21. Os Técnicos de Radiologia ajudam no preenchimento do consentimento informado.; P1.22. Os Técnicos de Radiologia promovem a máxima privacidade na realização do exame; P1.23. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço; P1.24. Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes; P1.25. Os Técnicos de Radiologia têm capacidade para desempenhar de forma exemplar o seu trabalho (profissionalismo e competência); P1.26. Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames; P1.27. Os Técnicos de Radiologia proporcionam alternativas para realização do exame em caso de incapacidade do utente (p.e. deficiências físicas; claustrofobia; pânico); P1.28. Os Técnicos de Radiologia dão apoio moral, principalmente aos utentes mais doentes e que estão há mais tempo à espera; P1.29. Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões;</p>
<p>Empatia Funcionários estão disponíveis para responder às questões e necessidades dos pacientes</p>	<p>Entrevistas EM2 "(...) o atendimento é bom" ETC1 "(...) os funcionários são simpáticos, corteses (...); ERM1 "Em relação à imagiologia não tenho queixa nem no atendimento nem no pessoal.; ETC5 "Não posso dizer melhor dos profissionais de saúde foram sempre muito atenciosos comigo, conversaram imenso comigo";</p>	<p>P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa. P1.17. Quando o utente tem problemas, os funcionários do Serviço de Imagiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema. P1.19. Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.</p>
<p>Capacidade de Aquisição</p>	<p>Entrevistas EM1 "(...) como digo já venho fazer exames também já os fazia lá fora (...) não tenho razão absolutamente nenhuma"; ETC1 "(...) mas atendendo a que é um serviço público e para quem já andou por outros hospitais (Hops. Universidade de Coimbra) creio que este hospital me saísse muito bem"; ETC3 "Nos outros hospitais não sei porque este é o Hospital de residência de forma que gosto imenso deste hospital"; ETC4 "Felizmente nunca fui doente, portanto não tenho grande experiência dessas coisas em outros sítios mas tenho conhecimento através de conversas que ouço de outras pessoas. Para mim pessoalmente só tento a dizer maravilhas não vejo nada que tivesse que melhorar"; ETC5 "Tive uma situação no outro hospital em que nunca tinha sido tão mal tratada quer pelo médico quer pela auxiliar, sai do serviço a chorar. Aqui são de uma simpatia enorme, estou super encantada com todos (excelentes)."; ERM4 "não sei se é diferente dos outros sítios porque também não tenho poder de comparação";</p>	<p>P1.34. Comparativamente a outros Serviços de Imagiologia como avalia o serviço prestado"; P6. Assinale a principal entidade convenionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE, Seguros, etc.); P7. Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade); P8. Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia? Localização: Convenções; Técnicas Disponíveis ; Reputação do Serviço P82.1. Em caso afirmativo, especifique o local: Hospital Público <input type="radio"/> Centro de Saúde <input type="radio"/> Clínica Privada <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> P87. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou; P88. Situação Profissional.</p>
<p>Aspectos tangíveis Equipamento modernos;</p>	<p>Entrevistas ETC3 "Gostava que houvesse mais médicos e aparelhos para atender todas estas pessoas que vêm ao hospital para não haver tanta espera"; 13. das Entrevistas</p>	<p>P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos. P86. Área geográfica da Residência</p>

<p>Localização conveniente</p> <p>"Tempo de entrega do exame?";</p>	<p>Área de Residência</p> <p>EM1 "You também informar a Médica da má organização do serviço e salientar novamente que tenho a consulta dia 27 de Maio e que preciso urgentemente do relatório no dia." EM1 e provavelmente não ter os exames prontos para a Médica ver"; ETC2 "Tenho sempre o relatório pronto para o dia da consulta"; ERM4 "Temos na última consulta um problema porque os exames ainda não estavam prontos, então tivemos de vir de propósito buscar os exames (não chegaram ao médico a tempo)"</p>	<p>P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou responsáveis de forma clara e precisa P1.22. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço P1.23. Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes; P3.- Descreva por ordem decrescente de importância, os principais factores de satisfação / insatisfação em relação aos cuidados/serviços prestados pelo Serviço de Imagiologia, e que não foram referidos anteriormente? P5. Tendo em conta a qualidade global percebida dos serviços prestados, responda às seguintes questões, assinalando um X para as suas opções, em que 1 significa "Sim", 2 "Provavelmente Sim", 3 "Provavelmente Não" e 4 "Não". P5.1. No caso de ter necessidade, voltaria a este Serviço de Imagiologia? P4.1. A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou foi P4.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta foi</p>
<p>Qualidade/Confiança/Acreditação</p> <p>Este serviço de Imagiologia apresenta ter procedimentos padronizados.</p>	<p>Entrevistas ETC1 "(...) em relação às Normas de qualidade e segurança talvez esteja um pouco informado porque tenho familiares a trabalhar no Hospital e por vezes falamos sobre esses assuntos, possivelmente se não tivesse não me apercebia rigorosamente de nada." ETC5 "Sei porque também ouço as pessoas falar sobre esse processo mas como também estou a ser seguida no Hosp. Curry Cabral para ser operada ao peito é mais ou menos tudo igual, so que o principal nestas situações às vezes é o pessoal (funcionários). Vania de pessoa para pessoa sempre tive boas experiências neste hospital". ERM4 "Em relação à Imagiologia tanto da minha experiência como acompanhante noto que existe uma boa qualidade(...);</p>	<p>P1.5. O Serviço de Imagiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis; P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)</p>
<p>Qualidade percebida nas instalações</p> <p>"Limpeza e higiene do gabinete de exame?"; "Conforto e comodidade do gabinete de exame?";</p>	<p>Entrevistas EM1 "Sim são agradáveis"; EM2 "A sala é agradável..."; EM3 "(...) embora a sala seja um pouco fria"; EM5 "O serviço é bastante agradável"; ERM1 "Em relação à limpeza também não posso dizer pois não sou uma pessoa de estar sempre a ver essas coisas, acho sempre que está tudo bem"; ETC2 "A sala de espera está cada vez mais desconfortável, acho extremamente fria (hoje EM2 - A nível do serviço é bom pois as salas são grandes com bastante espaço."; EM4 Sim é confortável; EM5 "A sala é confortável"; ETC1 "notei hoje que havia falta de salas (gabinetes) para vestir e despir";</p>	<p>P2. Indique outros aspectos ou situações que marcou o seu contacto com o Serviço de Imagiologia e que deveriam ter sido mencionadas: P6.- Assinale a principal entidade convenionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE, Seguros, etc.) P7.- Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade) P8.- Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia? PB1. Já realizou alguma vez exames de consulta neste serviço de Imagiologia? PB2. Já realizou exames de consulta em outro serviço de Imagiologia? PB2.1. Em caso afirmativo, especifique o local: Hospital público <input type="radio"/> Centro de Saúde <input type="radio"/> Clínica Privada <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> PB6. Área geográfica da Residência: PB6.1. Se reside em Portugal, especifique a área geográfica:</p>
<p>Acesso</p>	<p>Entrevistas 13 das Entrevistas Área de Residência ETC1 "Fora da área de residência (Évora) vem por ser familiar de uma T.D.T." ERM1 "Hospital da área de residência, apenas vem ao hospital por ser seguida na Neurologia após internamento Faz exames fora do HFF"</p>	<p>P6.- Assinale a principal entidade convenionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE, Seguros, etc.) P7.- Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade) P8.- Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia? PB1. Já realizou alguma vez exames de consulta neste serviço de Imagiologia? PB2. Já realizou exames de consulta em outro serviço de Imagiologia? PB2.1. Em caso afirmativo, especifique o local: Hospital público <input type="radio"/> Centro de Saúde <input type="radio"/> Clínica Privada <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> PB6. Área geográfica da Residência: PB6.1. Se reside em Portugal, especifique a área geográfica:</p>

Estudo da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia

Questionário nº.: |_|_|_|

Este questionário faz parte de um estudo sobre a medição da qualidade percebida e da satisfação dos utentes num Serviço de Imagiologia na Região de Lisboa, realizado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde realizado em parceria entre a Universidade de Évora e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. O trabalho é orientado pelos Prof. Doutor Henrique Lopes da Universidade Católica Portuguesa e Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva da Universidade de Évora. Serão salvaguardados os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Questionário – Parte A

P1.- As frases seguintes referem à sua percepção sobre o seu SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA. Para cada uma das afirmações, assinale com um valor de 1 a 10 a sua avaliação, em que 1 significa “Discorda totalmente” e 10 “Concorda Totalmente

P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	
P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	
P1.3. Os Técnicos de Imagiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	
P1.4. O Serviço de Imagiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	
P1.5. O Serviço de Imagiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	
P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	
P1.7. No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Imagiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames (tais como Tomografia Computorizada; Ressonância Magnética; Radiologia Geral; Ultrasonografia; Mamografia; etc).	
P1.8. O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos.	
P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	
P1.10. O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	
P1.11. O Serviço de Imagiologia a avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data / hora da marcação do	

exame.

P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil.

P1.13. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames..

P1.14. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.

P1.15. Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.

P1.16. Quando o utente tem problemas, os funcionários do Serviço de Imagiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.

P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.

P1.18. Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.

P1.19. Os Técnicos de Radiologia ajudam no preenchimento do consentimento informado.

P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.

P1.21. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço

P1.22. Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.

P1.23. Os Técnicos de Radiologia proporcionam alternativas para realização do exame em caso de incapacidade do utente (p.e. deficiências físicas; claustrofobia; pânico)

P1.24. Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões.

P1.25. O Médico Radiologista responsável pelo seu exame, inteirou-se do seu problema

P1.26. O Serviço de Imagiologia apresenta ter procedimentos padronizados.

P1.27. O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).

P1.28. O Serviço de Imagiologia proporcionou um serviço de qualidade.

P1.29. As expectativas quanto ao serviço prestado confirmaram-se.

P1.30. O Serviço de Imagiologia presta um melhor serviço comparativamente a outros Serviços de Imagiologia

P2. Indique outros aspectos ou situações que marcou o seu contacto com o Serviço de Imagiologia e que deveriam ter sido mencionadas:

P3.- Avalie ainda de forma global o Serviço de Imagiologia, utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 significa muito mau, e 10 muito bom.

P3.1. A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou foi

P3.2. A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Imagiologia foi

P3.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta foi

P3.4. Em caso de reclamação/problema no Serviço de Imagiologia a resposta à mesma pelo Serviço de Imagiologia foi.....

P4. Tendo em conta a qualidade global apercebida dos serviços prestados, responda às seguintes questões, assinalando um X para as suas opções, em que 1 significa "Sim", 2 "Provavelmente Sim", 3 "Provavelmente Não" e 4 "Não".

P4.1. No caso de ter necessidade, voltaria a este Serviço de Imagiologia?

① ② ③ ④

P4.2. Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Imagiologia?

① ② ③ ④

P5.- Assinale a entidade convencionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE; Seguros; etc

P6.- Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade)

P7.- Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia?

1. Localização 2. Convenções 3. Técnicas Disponíveis 4. Reputação do Serviço

Questionário – Parte B

Respondente do questionário

1. Próprio 2. Familiar / Acompanhante 3. Outro Qual? _____

Caracterização do doente

PB1. Já realizou alguma vez exames de consulta neste serviço de Imagiologia?

- Sim Não

PB2. Já realizou exames de consulta em outro serviço de Imagiologia?

Sim Não

PB2.1. Em caso afirmativo, especifique o local:

Hospital público Centro de Saúde Clínica Privada Outro

PB3. Sexo:		PB4. Idade:	
Feminino	<input type="radio"/>	anos	
Masculino	<input type="radio"/>		
PB5. Estado Civil		PB6. Área geográfica da Residência	
Solteiro(a)	<input type="radio"/>	Território nacional	<input type="radio"/>
Casado(a) ou União de facto	<input type="radio"/>	No estrangeiro	<input type="radio"/>
Divorciado(a) ou Separado(a)	<input type="radio"/>		
Viúvo(a)	<input type="radio"/>	PB6.1. Se reside em Portugal, especifique a área geográfica:	
		Distrito	<input type="radio"/>
		Concelho	<input type="radio"/>
		Freguesia	<input type="radio"/>
		Lugar	<input type="radio"/>
PB7. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:			
Sem escolaridade	<input type="radio"/>	PB8. Situação Profissional:	
1º Ciclo (4ª Classe)	<input type="radio"/>	Desempregado (a)	<input type="radio"/>
2º Ciclo (6ª Classe)	<input type="radio"/>	Reformado (a)	<input type="radio"/>
3º Ciclo (9º ano de Escolaridade)	<input type="radio"/>	Estudante	<input type="radio"/>
Ensino secundário complementar	<input type="radio"/>	Trabalhador (a) por conta de outrem	<input type="radio"/>
Curso Técnico-Profissional	<input type="radio"/>	Trabalhador (a) por conta própria	<input type="radio"/>
Bacharelato ou Curso Médio	<input type="radio"/>	Outra situação	<input type="radio"/>
Licenciatura	<input type="radio"/>		
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	<input type="radio"/>		

Obrigado pela Sua Participação

Apêndice 4 – Questionário Final

Estudo da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia

Zona de Recolha _____ Tipo de Área Técnica de Recolha _____ Questionário nº.: |__|__|__|

Este questionário faz parte de um estudo sobre a medição da qualidade percebida e da satisfação dos utentes num Serviço de Imagiologia na Região de Lisboa, realizado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde realizado em parceria entre a Universidade de Évora e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Serão salvaguardados os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Questionário – Parte A

P1.- As frases seguintes referem à sua percepção sobre o seu SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA. Para cada uma das afirmações, assinale com um valor de 1 a 10 a sua avaliação, em que 1 significa “Discorda totalmente” e 10 “Concorda Totalmente

P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	
P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.).	
P1.3. Os Técnicos de Imagiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	
P1.4. O Serviço de Imagiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	
P1.5. O Serviço de Imagiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	
P1.6. O Serviço de Imagiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	
P1.7. No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Imagiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames (tais como Tomografia Computorizada; Ressonância Magnética; Radiologia Geral; Ultrasonografia; Mamografia; etc).	
P1.8. O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos.	
P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	
P1.10. O Serviço de Imagiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	
P1.11. O Serviço de Imagiologia a avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data / hora da marcação do exame.	
P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil.	
P1.13. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	
P1.14. Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes/utentes, respondem às suas dúvidas	

e ouvem as suas sugestões, demonstrando simpatia e atenção.

P1.15. Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.

P1.16. Quando o utente tem problemas, o Serviço de Imagiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica - Assistentes - de Imagiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema)

P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Imagiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.

P1.18. Os Técnicos de Radiologia prestam o serviço de modo confiável e com precisão porque dão uma explicação detalhada sobre a realização do exame.

P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.

P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.

P1.21. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço

P1.22. Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.

P1.23. Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço

P1.24. O Serviço de Imagiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados.

P1.25. O Serviço de Imagiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).

P1.26. Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.

P1.27. O Serviço de Imagiologia apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade comparativamente a outros Serviços de Imagiologia.

P2. Indique outros aspectos ou situações que marcou o seu contacto com o Serviço de Imagiologia e que deveriam ter sido mencionadas:

P3.- Avalie ainda de forma global o Serviço de Imagiologia, utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 significa muito mau, e 10 muito bom.

P3.1. A Qualidade, em geral, que o Serviço de Imagiologia proporcionou foi

P3.2. A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Imagiologia foi

P3.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta foi

P3.4. Em caso de reclamação/problema no Serviço de Imagiologia a resposta à mesma pelo Serviço de Imagiologia foi.....

P4. Tendo em conta a qualidade global apercebida dos serviços prestados, responda às seguintes questões, assinalando um X para as suas opções, em que 1 significa "Sim", 2 "Provavelmente Sim", 3 "Provavelmente Não" e 4 "Não".

P4.1. No caso de ter necessidade, voltaria a este Serviço de Imagiologia? ① ② ③ ④

P4.2. Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Imagiologia? ① ② ③ ④

P5.- Assinale a entidade convencionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE; Seguros; etc

P6.- Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade)

P7.- Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia?

5. Localização

6. Convenções

7. Técnicas Disponíveis

8. Reputação do Serviço

Questionário – Parte B

Respondente do questionário

4. Próprio

5. Familiar / Acompanhante

6. Outro Qual? _____

Caracterização do doente

PB1. Já realizou alguma vez exames similares neste serviço de Imagiologia?

Sim Não

PB2. Já realizou exames similares em outro serviço de Imagiologia?

Sim Não

PB2.1. Em caso afirmativo, especifique o local:

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa

Hospital público Centro de Saúde Clínica Privada Outro

PB3. Sexo:		PB4. Idade:	
Feminino	<input type="radio"/>	_ _ anos	
Masculino	<input type="radio"/>		
PB5. Estado Civil		PB6. Área geográfica da Residência	
Solteiro(a)	<input type="radio"/>	Distrito	<input type="radio"/>
Casado(a) ou União de facto	<input type="radio"/>	Concelho	<input type="radio"/>
Divorciado(a) ou Separado(a)	<input type="radio"/>	Freguesia	<input type="radio"/>
Viúvo(a)	<input type="radio"/>	Lugar	<input type="radio"/>
PB7. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:		PB8. Situação Profissional:	
Sem escolaridade	<input type="radio"/>	Desempregado (a)	<input type="radio"/>
1º Ciclo (4ª Classe)	<input type="radio"/>	Reformado (a)	<input type="radio"/>
2º Ciclo (6ª Classe)	<input type="radio"/>	Estudante	<input type="radio"/>
3º Ciclo (9º ano de Escolaridade)	<input type="radio"/>	Trabalhador (a) por conta de outrem	<input type="radio"/>
Ensino secundário complementar	<input type="radio"/>	Trabalhador (a) por conta própria	<input type="radio"/>
Curso Técnico-Profissional	<input type="radio"/>	Outra situação	<input type="radio"/>
Bacharelato ou Curso Médio	<input type="radio"/>		
Licenciatura	<input type="radio"/>		
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	<input type="radio"/>		

Apêndice 5 – Manual de Recolha de Dados

Manual de Recolha de Dados

Estudo da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia

Este questionário faz parte de um estudo sobre a medição da qualidade percebida e da satisfação dos utentes num Serviço de Imagiologia na Região de Lisboa, realizado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde realizado em parceria entre a Universidade de Évora e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa..

Serão salvaguardados os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Indico alguns itens os quais podem suscitar dúvidas a quando a entrega dos questionários:

- Para proceder à entrega dos questionários aos utentes, basta que efectuem um dos exames em Tomografia Computorizada; Ressonância Magnética e Mamografia (caso o centro tenha as respectivas valências);
- O utente/cliente deve preencher o questionário no final do exame após realização do mesmo.
- Os utentes devem ser maiores de idade;
- No caso de não estarem em condições físicas para responder ao questionário, este pode ser preenchido por um acompanhante.

Agradeço desde já a disponibilidade e ajuda na recolha dos questionários para o meu estudo.

Bem haja aos colegas de trabalho e a todos que de uma forma directa ou indirecta tem ajudado.

Um abraço

PLANO DE ACTIVIDADES

As actividades a desenvolver são diversas, abordarei sucintamente as mais relevantes:

- 1º Dar a conhecer às diferentes comissões o projecto (em reunião multidisciplinar);
- 2º Formalizar o Projecto e Planear com Direcção do Serviço;
- 3º Planear as sessões de formação em diferentes horários de modo a que todos os colaboradores participem;
- 4º Planear cronograma para implementação do Projecto de Intervenção;
- 5º Definir acções prioritárias no âmbito da Gestão de Risco;
- 6º Incluir as reclamações dos clientes e efectuar questionários de satisfação dirigidos ao serviço de radiologia de forma a monitorizar os serviços prestados;
- 7º Implementar mudanças/melhorias de acordo com acções prioritárias;
- 8º Implementar restantes acções de melhoria de forma evitar incidentes;
- 9º Registo de melhorias, monitorização de resultados, monitorização do número de incidentes reportados;
- 10º Divulgação de resultados e das acções de melhoria a administração, respectiva comissão e colaboradores;
- 11º Início de novo ciclo de análise junto dos colaboradores (reuniões com trabalhos de grupo e brainstorming), análise de reclamações dos clientes, questionários de satisfação e análise de necessidades formativas do *staff*.

Recursos

Previstas 3 acções de formação teórico - práticas distintas para desenvolver temas como Segurança do Doente; Gestão Risco e Implementação do Projecto de Gestão de Risco;

Recurso a bibliografia, *guidelines* e normas de segurança e gestão de risco com recurso técnica benchmarking em contexto de actualização da pratica corrente

Destinatários

Todos os colaboradores do Serviço de Radiologia, distribuídos por grupos uns de competências

técnicas (T.D.T; A.A.M; Médicos) e outros mistos.

Pré-Requisitos

Nenhum

Duração

A Implementação do Projecto com a colaboração e envolvimento de todos os profissionais será dividida em diferentes acções de formação (conceitos e conteúdos) e implementação do projecto (monitorização e avaliação).

A implementação do projecto terá uma duração prevista de 60 dias com diferentes sessões planeadas mediante os temas a abordar segundo Cronograma.(Apêndice 7)

Avaliação

Inicialmente será preconizada uma avaliação diagnóstica de forma a identificar os conhecimentos e as expectativas dos colaboradores. Esta avaliação é de grande relevância para a distribuição dos grupos de trabalho consoante gostos e aptidões dos seus elementos.

Privilegiar-se-á a avaliação formativa baseada nas diferentes sessões teórico-práticas e na elaboração e implementação do projecto segundo objectivos a atingir pelos diferentes grupos de trabalho.

No final das diferentes sessões e após distribuição e concretização dos objectivos efectua-se uma avaliação somativa por meio da realização de uma ficha de avaliação baseada na medição, de forma a verificar a conclusão dos objectivos e controlar as competências adquiridas

É proposto uma avaliação do impacto da formação na organização mediante ficha de avaliação individual estabelecida para o projecto. Esta permite à organização avaliar adesão e envolvimento dos colaboradores no projecto e na redução de incidentes

Resultados esperados

Com as acções de formação desenvolvidas espera-se que o profissionais adquiram conhecimentos nas áreas de segurança e da gestão do risco, assim como é esperado o envolvimento dos mesmos na aplicação de normas e processos de forma a evitar os incidentes e a reporta-los quando ocorrem.

Espera-se obter melhorias na segurança dos utentes e dos profissionais, na redução de incidentes e um maior espírito de equipa na divulgação e no reportar dos mesmos.

Apêndice 7 – Cronograma

ANO 2010	Janeiro		Fevereiro		Março
	1°	2°	1°	2°	
	Quinzena	Quinzena	Quinzena	Quinzena	
Comunicar às comissões o projecto (em reunião multidisciplinar);	X				
Formalizar o Projecto e Planear com Direcção do Serviço;	X				
Sessões de formação em diferentes horários	X	X			
Definir Acções prioritárias no âmbito da Gestão de Risco (Incluir as reclamações dos clientes e efectuar questionários de satisfação dirigidos ao serviço de radiologia de forma a monitorizar os serviços prestados)		X	X		
Implementar mudanças/melhorias de acordo com acções prioritárias;		X	X		
Implementar restantes acções de melhoria de forma evitar incidentes;				X	
Registo de melhorias, monitorização de resultados, monitorização do número de incidentes reportados;				X	
Divulgação de resultados e das acções de melhoria a administração, respectiva comissão e colaboradores;				X	
Início de novo ciclo de análise					X

Apêndice 8 – Diagnóstico, Avaliação possíveis Incidentes

Análise Factores de Risco/Causa/Consequência

Risco Profissional: Melhoria das Práticas e dos Resultados

Análise dos Perigos

Factor de risco ou situação com risco	Causas	Consequências Danos
Administração contraste lodado por via endovenosa em exame de Tomografia Computorizada	<ul style="list-style-type: none">- Fundo atípico do paciente (verificar se era conhecido ou não através questionário/consentimento);- Confirmar como, e o que utilizado quando a administração da injeção de contraste;- Problemas com lote de contraste (verificar lote e confirmar com empresa outras possíveis queixas em relação ao lote, devolver todo lote de contraste);- Contraste alterado por mau armazenamento (verificar processo de recepção e armazenamento do contraste);	<ul style="list-style-type: none">- <u>Reacção alérgica</u>,- Possível edema da glote;- Possível morte

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa



Anexos

Anexo 1 – *Customers Service Rules to Live By*

Lester (2001), recomenda regras básicas para o aumento da segurança nos serviços prestados ao cliente e melhoria da satisfação dos mesmos.

O aumento da segurança nos serviços prestados ao paciente, tem um impacto significativo. Todos os trabalhadores ou a equipa necessitam de se focar na melhoria da satisfação dos pacientes. A equipa de trabalho deve construir uma base de confiança e transparência, prestando auxílio aos elementos da equipa, os pacientes apreciam atitude de equipa.

O respeito mútuo entre profissionais e clientes é crucial para satisfação dos mesmos. A empatia genuína em relação aos clientes quer através da voz, quer do toque e a escuta activa promovem aceitação por parte dos clientes aos pedidos solicitados e melhora a relação.

Os profissionais de saúde, e todo o “staff” devem perguntar a si próprios

“Do we really care about others?”

Regras básicas para melhorar satisfação dos clientes:

- a) Ouvir o staff”; reconhecer os comportamentos excelentes; corrigir os comportamentos negativos;
- b) Comunicar as expectativas ao “staff” e ouvir as necessidades e reclamações dos clientes.
- c) O segredo para o sucesso da satisfação dos clientes não é apenas exceder as expectativas dos clientes, mas sim também exceder as expectativas do “staff” que trata dos clientes.
- d) Quando os membros do “staff” se dedicam a prestar o serviço aos clientes, estes desenvolvem relações de empatia com os pacientes.
- e) As responsabilidades do “staff”, são fundamentais para manter a satisfação do cliente e a elevada qualidade:
- f) Devem ter orgulho no trabalho; praticar introspecção pensar:

Como que a olhar todas as manhãs para espelho e perguntar

“ *What can I do today to make a positive difference?*”

- g) Aceitar os erros e aprender com eles, transmiti-los aos outros membros para prevenir e ajudar outros a não errar.
- h) Saber aceitar um “crédito” por um bom desempenho.
- i) Para enaltecer a satisfação dos clientes, os responsáveis, líderes devem dar o exemplo, devem ouvir, guiar e disciplinar o “staff”.

Customers Service Rules to Live By

Estas técnicas funcionam em todas as áreas da radiologia, com elas o cliente sente-se importante, os problemas ficam encaminhados e a satisfação dos clientes aumenta.

- Estabelecer contacto visual rápido em todas as interações com os clientes;
- Apresentar-se e tratar o cliente pelo nome;
- Receber os clientes nas áreas de recepção com um sorriso amigável;
- Providenciar frequentes informações aos familiares que aguardam na sala de espera; justificar caso o tempo de espera seja excessivo; sugerir um passeio, ida ao bar.
- Sugerir remarcação caso o tempo de espera seja excessivo;
- Proporcionar o máximo de conforto aos clientes antes do exame;
- Dar uma explicação clara cerca do exame/procedimento, perguntar ao cliente se tem dúvidas, questões;
- Tentar responder a todas as questões dos clientes, estes nunca se devem sentir embaraçados ou com receio por fazerem questões. Se não souber a resposta deve esforçar ao máximo para encontrar quem saiba;
- Se os clientes aparecerem perdidos ou confusos, pergunte se precisam de ajuda para se chegarem ao local de exame;
- Manter-se sempre calmo e paciente

Anexo 2 – Consentimento Informado Ressonância Magnética

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Por favor, responda a este questionário:

Tem alergias?	Sim__ Não__	Quais? _____
Já foi operado?	Sim__ Não__	Que tipo de operação? _____
Tem clips metálicos cranianos, aórticos, de aneurisma?	Sim__ Não__	Que tipo? _____
Tem válvulas cardíacas?	Sim__ Não__	
Tem “Pacemaker” cardíaco?	Sim__ Não__	
Tem algum implante coclear / tubos metálicos nos ouvidos?	Sim__ Não__	
Tem Shunt espinal ou ventricular?	Sim__ Não__	Onde? _____
Tem próteses articulares?	Sim__ Não__	
Tem fracturas ósseas com placas e parafusos?	Sim__ Não__	Onde? _____
Tem outros implantes metálicos?	Sim__ Não__	
É soldador ou mecânico de profissão ou de distração ?	Sim__ Não__	

Médico Assistente: _____

Verificação do pedido médico: _____

Contraste: Sim ____ Não ____ Nome: _____ Lote: _____ Anestesia: Sim ____ Não ____

Observações:

O estudo que lhe vamos realizar chama-se Ressonância Magnética ou RM.

Vai ter de se deitar numa maca, colocada num pequeno túnel, e vai ouvir uma cadência de ruídos como batuques, que são normais e com os quais não se deve assustar.

Ser-lhe-ão entregues umas bolas de algodão para colocar nos ouvidos, que diminuem o efeito desagradável desses ruídos.

Estará sempre vigiado pelo pessoal técnico e em comunicação através do intercomunicador.

O exame necessita da sua maior colaboração, já que a obtenção de uma sequência de imagens demora alguns minutos. Caso se mova durante a realização verificam-se artefactos que dificultam a sua leitura e leva à repetição da sequência do exame.

Siga as orientações que o técnico lhe for transmitindo.

Nalguns casos para chegar ao diagnóstico, é necessário injectar um produto de contraste na veia, que não contém iodo; esta decisão toma-se muitas vezes no decorrer do exame e nem sempre se pode prever com antecedência.

A duração do exame é variável, normalmente entre 20 a 60 minutos, dependendo da área do corpo a estudar.

Preparação:

Deverá permanecer em jejum (pelo menos 4 horas).

Riscos

Esta técnica de imagem não utiliza Raios X. Trata-se de uma técnica levada a efeito por um equipamento que desenvolve um forte campo magnético que se comporta como um íman extremamente potente, o que, impede a utilização de substâncias ferro magnéticas, que sejam susceptíveis de serem atraídas pelo íman.

Não podem entrar pessoas portadoras de Pace-Maker.

Pelo mesmo motivo não transporte consigo objectos metálicos e cartões com bandas magnéticas susceptíveis de desmagnetização.

Tal como qualquer medicamento o contraste que por vezes se injecta, pode produzir, efeitos secundários leves, como uma ligeira erupção cutânea e mais raramente náuseas e vómitos.

Os efeitos mais graves são excepcionais. A clínica dispõe, no entanto, dos meios médicos necessários para lhe prestar toda a assistência imediata.

É importante que informe o radiologista antes de começar o exame se tem antecedentes de asma, alergia ou hipersensibilidade a alimentos ou a medicamentos. Se tiver alguma dúvida não hesite em perguntar ao médico ou ao técnico.

DECLARAÇÃO

Declaro ter tomado conhecimento da presente informação e ter obtido os esclarecimentos que julguei necessários para consentir a realização de RM o que faço assinando e datando a presente declaração.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo 3 – Consentimento Informado Tomografia Computorizada

TC INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Por Favor, responda a este questionário:

Tem Alergias? Sim _____ Não _____

Quais? _____

Quanto pesa? _____ Kg

A Preencher pelos clientes do sexo feminino:

Esta grávida? Sim _____ Não _____

Haverá possibilidade de estar grávida? Sim _____ Não _____

A preencher pelo cliente

Médico _____

Assistente: _____

Verificação _____ do _____ pedido
médico: _____

Contraste: Sim _____ Não _____ Nome: _____ Lote: _____ Anestesia: Sim _____ Não _____

Cliente fez reacção alérgica? Sim _____ Não _____

Medidas Tomadas: _____

A preencher pelo serviço

O seu médico pediu-nos que realizássemos um exame de tomografia computadorizada a uma área determinada do corpo, importante para o seu diagnóstico.

TC ou Tomografia Computorizada, em que consiste?

Trata-se de um exame que utiliza RX mais sofisticado que uma radiografia, em que as imagens finais, representam cortes axiais ou fatias de área a estudar, com uma espessura que varia entre 1 e 10 mm.

Se suspeitar que pode estar grávida deverá alertar os técnicos ou o médico.

O exame realiza-se na posição deitada, sobre uma placa que vai deslizando ao longo de um anel ou pequeno túnel, onde se vai fazendo a obtenção de imagens.

Existe um constante contacto visual e acústico entre si e o técnico. Siga as instruções que for ouvindo pelo intercomunicador (Ex: encha o peito de ar e não respire/ pode respirar), etc.

Preparação

Deverá permanecer em jejum (pelo menos 4 horas).

Nos exames abdominais e pélvicos é necessário que beba um produto de contraste (que lhe será dado por um Auxiliar de Acção Médica), que nos vai permitir visualizar o estômago e o intestino no decorrer do exame.

No decorrer do exame:

Torna-se por vezes necessário injectar um produto de contraste numa veia(geralmente no braço), o que em muitos casos é decisivo para o diagnóstico. Este produto contém iodo, e como tal se tiver alguma alergia ao iodo deverá mencioná-la. É normal sentir uma pequena reacção à injeção como:

- ⇒ Sensação de calor em todo o corpo;
- ⇒ Mau sabor;
- ⇒ Ligeiras náuseas ;

Sensações estas que duram alguns segundos e não o devem assustar. **Esporadicamente** poderá surgir uma pequena erupção cutânea e prurido (comichão) alguns minutos depois da injeção. **Muito raramente** pode surgir uma reacção alérgica grave. O hospital dispõe, no entanto, dos meios médicos necessários para lhe prestar toda a assistência imediata.

É importante que informe o radiologista antes de começar o exame se tem antecedentes de asma, alergia ou hipersensibilidade a alimentos ou medicamentos.

Ao terminar o exame pode fazer a vida normal. Durante o dia do exame deve ingerir líquidos de forma a eliminar o produto contraste administrado favorecendo a hidratação do organismo.

DECLARAÇÃO

Declaro ter tomado conhecimento da presente informação e ter obtido os esclarecimentos que julguei necessários para consentir a realização de TC o que faço assinando e datando a presente declaração.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo 4 – Consentimento Mamografia

NOME: _____ N° _____
REGISTO _____ ESTADO CIVIL _____
PROFISSÃO _____ TELEFONE: _____
DATA NASCIMENTO _____ IDADE _____
MÉDICO REQUISITANTE _____

MAMOGRAFIA/ECO-MAMARIA

I. ANT. FAMILIARES:

- a) De cancro da mama SIM _____ NÃO _____
b) Outras lesões cancerosas na família _____

II. ANT. GINECOLOGICOS:

Idade da primeira menstruação: _____ Data do início da última menstruação: ____/____/____
É regular? SIM _____ NÃO _____
Está na menopausa? Desde que idade? _____
Foi cirúrgica? _____ Qual a causa? _____
Teve filhos? Quantos? _____ Sua idade no 1º parto? _____
Quantos meses amamentou? _____ Teve mastite? _____
Toma pílula? _____ Há quantos anos? _____
Já tomou no passado? Durante quanto tempo? _____
Faz tratamento hormonal há mais de seis meses? _____
Traumatismo mamário com hematoma? SIM _____ NÃO _____

III. ANT. MAMÁRIOS:

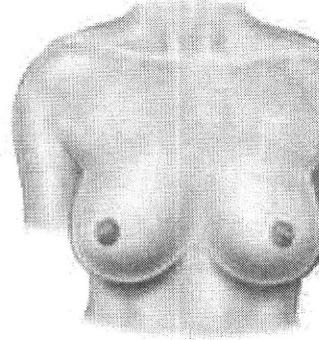
Já fez algum tratamento mamário? Qual? _____

IV. MOTIVO DO EXAME: _____

Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de
Imagiologia da Região de Lisboa

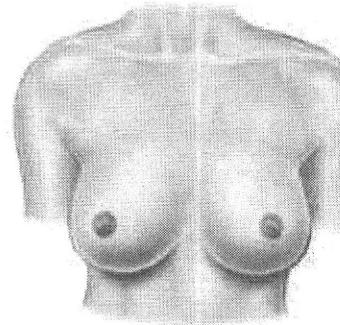
1ª CONSULTA DATA _____/_____/_____

NOME DO MÉDICO _____



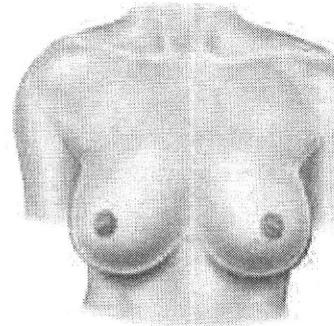
2ª CONSULTA DATA: _____/_____/_____

Nome do Médico _____



3ª CONSULTA DATA: _____/_____/_____

Nome do Médico _____



4ª CONSULTA DATA: _____/_____/_____

Nome do Médico _____

