

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 nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Satisfação e qualidade percebida na óptica dos utentes do Serviço de
Radiologia: O caso de um Centro de Saúde no Alentejo**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Vera Cristina Aragão de Sousa

Nº 7627

Orientador:

Prof. Doutor Joaquim Manuel Rocha Fialho

Évora/ Lisboa
Junho, 2012

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 nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Satisfação e qualidade percebida na óptica dos utentes do Serviço de
Radiologia: O caso de um Centro de Saúde no Alentejo**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Vera Cristina Aragão de Sousa

Nº 7627

Orientador:

Prof. Doutor Joaquim Manuel Rocha Fialho

Évora/ Lisboa
Junho, 2012

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Joaquim Fialho,

À Técnica Idalina Campos,

Aos Técnicos de Radiologia que colaboraram no processo de recolha de dados,

Aos meus colegas de Mestrado, Ana Fialho, Rute Pires e Miguel Pedrosa,

À Joana Ferrolho,

Aos meus pais.

SATISFAÇÃO E QUALIDADE PERCEBIDA NA ÓPTICA DOS UTENTES DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA: O CASO DE UM CENTRO DE SAÚDE NO ALENTEJO

Resumo

De modo a proceder à determinação da satisfação e qualidade percebida pelos utentes do Serviço de Radiologia, de um Centro de Saúde no Alentejo, procedeu-se à realização de um estudo de caso, descritivo-correlacional, desenvolvido numa abordagem quantitativa, com recurso ao inquérito por questionário, cuja base de concepção foi a escala Servperf, bem como outros modelos de estudo dos serviços de saúde e da área da Radiologia.

Não se confirmaram as 6 dimensões iniciais e a qualidade percebida do Serviço de Radiologia foi explicada com base em 5 novas dimensões. Obteve-se um índice de satisfação global de 89,2%, sendo detectadas diferenças significativas na satisfação geral, em função da prioridade do exame, idade e situação profissional.

Identificaram-se como pontos fortes aspectos da interacção dos Técnicos de Radiologia com os utilizadores e como fragilidades aspectos do acesso, contacto e tangibilidade, sendo a apreciação do serviço, por parte dos inquiridos, bastante positiva.

Palavras – Chave: Satisfação, Qualidade percebida, Radiologia, Utesntes dos serviços de saúde, Servperf.

**SATISFACTION AND PERCEIVED QUALITY APPROACH OF RADIOLOGY SERVICE
USERS: THE CASE OF A HEALTH CARE CENTER IN ALENTEJO**

Abstract

In order to determine the satisfaction and quality perceived by users, in a Health Care Center Radiology Service, in Alentejo, it was carried out a descriptive and correlational case study, based on a quantitative approach, using a survey questionnaire. The questionnaire design was based on the Servperf scale, as well as other study models in the health services and Radiology fields.

Results did not confirm the initial six dimensions used and the perceived quality of the Radiology Service was explained on the basis of five new dimensions. It was obtained an 89,2% overall satisfaction rate and significant differences in general satisfaction, according to examination priority, age and professional situation, were also identified.

The identified strengths of the service are based on multiple aspects of the interaction between service users and Radiology Technicians, weaknesses were identified in access, contact and service tangible aspects. Also, the appreciation of the department by respondents is very positive.

Key - Words: Satisfaction, Perceived quality, Radiology, Health service users, Servperf.

Índice Geral

<i>Índice de Figuras</i>	XI
<i>Índice de Quadros</i>	XII
<i>Índice de Tabelas</i>	XIII
<i>Abreviaturas e Siglas</i>	XVI
<i>1.Introdução</i>	1
<i>2.Enquadramento Teórico</i>	5
2.1.Aspectos Conceptuais da Qualidade e Políticas de Qualidade na Saúde	5
2.1.1.Qualidade.....	5
2.1.2.Qualidade em Serviços	8
2.1.3.Qualidade em Saúde e Melhoria Contínua	13
2.1.4.Políticas de Qualidade na Saúde	19
2.1.5.Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários.....	26
2.2.Qualidade e Satisfação na Perspectiva dos Utilizadores	30
2.2.1.Aspectos Conceptuais, Determinantes e Teorias da Satisfação	30
2.2.2.Qualidade Percebida e Satisfação	34
2.3.Aspectos Conceptuais e Metodológicos da Avaliação da Qualidade	39
2.3.1.Avaliação da Qualidade em Saúde	39
2.3.2.Avaliação da Qualidade Percebida e Satisfação.....	47
2.3.2.1.Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry: Escala Servqual	48
2.3.2.2.Modelo de Cronin e Taylor: Escala Servperf	50
2.3.3.Adaptação dos Principais Modelos ao Contexto da Saúde.....	51
2.3.4.Estudos de Satisfação e Qualidade Percebida na Saúde	56
2.4.Aspectos Conceptuais e Metodológicos da Qualidade em Radiologia.....	59
2.4.1.Qualidade em Radiologia	59
2.4.2.Avaliação da Satisfação e Qualidade Percebida em Radiologia	64
<i>3.Metodologia</i>	69
3.1.Delimitação do Contexto da Investigação	69
3.2.Tema, Questão, Objectivos e Hipóteses de Investigação	71
3.3.Tipo de Estudo	76

3.4.Universo e Amostra	78
3.5.Recolha de Dados.....	80
3.5.1.Instrumento de Recolha de Dados	82
3.5.2.Dimensões e Variáveis em Estudo.....	84
3.5.3.Adaptações ao Questionário e Pré-Teste	89
3.5.4.Procedimento de Recolha de Dados.....	94
3.6.Linhas Gerais do Tratamento de Dados.....	96
4. <i>Análise e Discussão de Resultados</i>	102
4.1.Caracterização do Perfil e Dados Sócio-Demográficos dos Inquiridos	102
4.2.Percepções sobre o Serviço de Radiologia.....	108
4.3.Aspectos Gerais do Serviço de Radiologia	115
4.4.Intenções de Retorno, Recomendação e Aspectos Adicionais	119
4.5.Associação dos Aspectos Gerais do Serviço com Intenções de Retorno e Recomendação	121
4.6.Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	123
4.7.Hierarquia dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida.....	126
4.8.Consistência Interna da Estrutura dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	130
4.9.Índices de Satisfação Relativos ao Serviço de Radiologia.....	135
4.10.Diferenças de Percepção na Satisfação e Qualidade Geral.....	138
4.11.Estrutura dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida do Serviço de Radiologia Estudado	149
4.12.Estudo da Associação Factorial	159
5. <i>Conclusões</i>	163
6. <i>Propostas para uma Intervenção Sócio-Organizacional</i>	172
7. <i>Bibliografia</i>	177
7.1.Bibliografia Geral.....	177
7.2.Bibliografia Electrónica.....	185
7.3.Legislação	190
Apêndices	192
Apêndice 1 – Pedido de autorização para adaptação do questionário.....	193

Satisfação e qualidade percebida na óptica dos utentes do Serviço de Radiologia: O caso de um Centro de Saúde no Alentejo

Apêndice 2 – Pedido de autorização para realização do estudo.....	194
Apêndice 3 – Pedido de aprovação do questionário	195
Apêndice 4 – Pedido de autorização para a recolha de dados	196
Apêndice 5 – Questionário utilizado	197

Índice de Figuras

<i>Figura 1 – Ciclo PDCA</i>	21
<i>Figura 2 – Mecanismo de construção de uma estratégia de qualidade</i>	23
<i>Figura 3 – Componentes da Governação Clínica e de Saúde em Medicina Geral e Familiar e Cuidados de Saúde Primários</i>	29
<i>Figura 4 – Modelo genérico da qualidade de serviços de Grönroos</i>	35
<i>Figura 5 – Modelo GAP</i>	36
<i>Figura 6 – Tríade de Donabedian</i>	43
<i>Figura 7 – Metodologia de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade</i>	61
<i>Figura 8 – Principais conceitos utilizados na Gestão da Qualidade em Radiologia</i>	62
<i>Figura 9 – Localização geográfica de Odemira</i>	69
<i>Figura 10 – Dimensão mínima da amostra</i>	79
<i>Figura 11 – Modelo Conceptual</i>	86
<i>Figura 12 – Representação gráfica dos índices de satisfação aferidos</i>	137
<i>Figura 13 – Identificação de fragilidades</i>	173
<i>Figura 14 – Eixos de intervenção</i>	175
<i>Figura 15 – Dinâmica da monitorização com os eixos de intervenção</i>	175

Índice de Quadros

<i>Quadro 1 – Utilizadores do Serviço de Radiologia</i>	63
<i>Quadro 2 – Etapas do processo de investigação</i>	72
<i>Quadro 3 – Síntese da questão, objectivos e hipóteses de investigação</i>	76
<i>Quadro 4 – Variáveis atributos das dimensões da satisfação e qualidade percebida</i>	88
<i>Quadro 5 – Variáveis independentes</i>	89
<i>Quadro 6 – Síntese das alterações efectuadas ao questionário original</i>	93
<i>Quadro 6A – Síntese das alterações efectuadas ao questionário original (continuação)</i>	94
<i>Quadro 7 – Síntese dos principais atributos, mais e menos valorizados, segundo a hierarquia do teste do Friedman</i>	129
<i>Quadro 8 – Distribuição dos atributos da satisfação e qualidade percebida pelos cinco factores extraídos</i>	154
<i>Quadro 8A – Distribuição dos atributos da satisfação e qualidade percebida pelos cinco factores extraídos (continuação)</i>	155

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Síntese do número de exames e utilizadores do Serviço de Radiologia do Centro Saúde de Odemira</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 2 – Frequências relativas à variável sexo</i>	<i>102</i>
<i>Tabela 3 – Estatística descritiva relativa à variável idade</i>	<i>103</i>
<i>Tabela 4 – Frequências relativas aos grupos etários</i>	<i>103</i>
<i>Tabela 5 – Frequências relativas à variável estado civil</i>	<i>104</i>
<i>Tabela 6 – Frequências relativas à variável área geográfica de residência</i>	<i>105</i>
<i>Tabela 7 – Frequências relativas à variável grau de ensino concluído</i>	<i>105</i>
<i>Tabela 8 – Frequências relativas à variável situação profissional</i>	<i>106</i>
<i>Tabela 9 – Frequências relativas à variável deslocação ao Serviço de Radiologia</i>	<i>107</i>
<i>Tabela 10 – Frequências relativas à variável respondente do questionário</i>	<i>107</i>
<i>Tabela 11 – Frequências relativas à tangibilidade</i>	<i>109</i>
<i>Tabela 12 – Frequências relativas à fiabilidade/credibilidade</i>	<i>110</i>
<i>Tabela 13 – Frequências relativas à garantia/segurança</i>	<i>110</i>
<i>Tabela 14 – Frequências relativas à capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade</i>	<i>111</i>
<i>Tabela 15 – Frequências relativas à relação com os doentes/empatia</i>	<i>112</i>
<i>Tabela 16 – Frequências relativas ao acesso e contacto com o Serviço de Radiologia</i>	<i>113</i>
<i>Tabela 17 – Estatística descritiva das dimensões da satisfação e qualidade percebida</i>	<i>114</i>
<i>Tabela 18 – Frequências relativas à qualidade geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia</i>	<i>115</i>
<i>Tabela 19 – Frequências relativas à satisfação geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 20 – Frequências relativas à imagem geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 21 – Frequências relativas à resposta do Serviço de Radiologia em caso de reclamação ou problema</i>	<i>117</i>
<i>Tabela 22 – Estatística descritiva das características gerais do Serviço de Radiologia</i>	<i>118</i>
<i>Tabela 23 – Frequências das intenções de retorno ao Serviço de Radiologia</i>	<i>119</i>
<i>Tabela 24 – Frequências das intenções de recomendação do Serviço de Radiologia</i>	<i>120</i>
<i>Tabela 25 – Correlação não paramétrica de Spearman, entre as características gerais do serviço e as intenções de retorno e recomendação do mesmo</i>	<i>122</i>
<i>Tabela 26 – Estatística descritiva dos atributos da satisfação e qualidade percebida</i>	<i>124</i>
<i>Tabela 26A – Estatística descritiva dos atributos da satisfação e qualidade percebida (continuação)</i>	<i>125</i>
<i>Tabela 27 – Hierarquia de valorização dos atributos da satisfação e qualidade com estatística do teste de Friedman</i>	<i>127</i>

<i>Tabela 27A – Hierarquia de valorização dos atributos da satisfação e qualidade com estatística do teste de Friedman (continuação).....</i>	<i>128</i>
<i>Tabela 28 – Teste de consistência interna global, relativo à totalidade dos atributos da estrutura principal do questionário</i>	<i>131</i>
<i>Tabela 29 – Teste de consistência interna, considerando apenas os 22 itens adaptados da escala Servperf, de Cronin e Taylor (1992, 1994).....</i>	<i>131</i>
<i>Tabela 30 – Tabela de consistência interna parcelar, relativo à dimensão tangibilidade</i>	<i>132</i>
<i>Tabela 31 – Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão fiabilidade/credibilidade</i>	<i>132</i>
<i>Tabela 32 – Teste de consistência interna parcelar da dimensão garantia/segurança..</i>	<i>133</i>
<i>Tabela 33 – Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade</i>	<i>133</i>
<i>Tabela 34 – Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão relação com os doentes/empatia.....</i>	<i>134</i>
<i>Tabela 35 – Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão acesso e contacto com o Serviço de Radiologia</i>	<i>135</i>
<i>Tabela 36 – Índice de satisfação global dos utentes do Serviço de Radiologia</i>	<i>136</i>
<i>Tabela 37 – Índices de satisfação dos utilizadores do Serviço de Radiologia, discriminados por dimensão.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabela 38 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação em geral, em função da prioridade do exame.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabela 39 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da prioridade do exame</i>	<i>139</i>
<i>Tabela 40 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da variável sexo.....</i>	<i>140</i>
<i>Tabela 41 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da variável sexo</i>	<i>140</i>
<i>Tabela 42 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, por grupo etário.....</i>	<i>142</i>
<i>Tabela 43 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do grupo etário a que pertencem os inquiridos</i>	<i>143</i>
<i>Tabela 44 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função do estado civil.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabela 45 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do estado civil dos inquiridos.....</i>	<i>144</i>
<i>Tabela 46 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da área geográfica de residência</i>	<i>145</i>

<i>Tabela 47 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da área geográfica de residência.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabela 48 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral por grau de ensino concluído</i>	<i>146</i>
<i>Tabela 49 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do grau de ensino concluído.....</i>	<i>147</i>
<i>Tabela 50 – Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da situação profissional</i>	<i>148</i>
<i>Tabela 51 – Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da situação profissional.....</i>	<i>149</i>
<i>Tabela 52 – Aferição da adequação da análise factorial, de componentes principais, à amostra</i>	<i>150</i>
<i>Tabela 53 – Variância explicada dos factores extraídos, pelo método dos componentes principais, dos atributos da satisfação e qualidade percebida do Serviço de Radiologia em estudo</i>	<i>151</i>
<i>Tabela 54 – Peso dos atributos da satisfação e qualidade percebida, em cada um dos factores extraídos, através do método dos componentes principais com uma rotação Varimax.....</i>	<i>152</i>
<i>Tabela 54A – Peso dos atributos da satisfação e qualidade percebida em cada um dos factores extraídos através do método dos componentes principais com uma rotação Varimax (continuação)</i>	<i>153</i>
<i>Tabela 55 – Resultados de consistência interna factorial</i>	<i>157</i>
<i>Tabela 55A – Resultados de consistência interna factorial (continuação)</i>	<i>158</i>
<i>Tabela 56 – Correlação não paramétrica de Spearman, entre os Factores extraídos do modelo e as características gerais do serviço.....</i>	<i>160</i>
<i>Tabela 57 – Correlação não paramétrica de Spearman, entre os Factores extraídos do modelo e as intenções de retorno e recomendação do Serviço de Radiologia.....</i>	<i>162</i>

Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSA – *Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía*
CQT – Controlo da Qualidade Total
CECSP – Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral de Saúde
DQS – Departamento da Qualidade em Saúde
ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
GCS – Governação Clínica e de Saúde
HGO – Hospital Garcia de Orta
HI – Hipótese de Investigação
JCI – *Joint Commission International*
KFHQS – *King's Fund Health Quality Service*
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF – Medicina Geral e Familiar
NHS – *National Health Service*
OE – Objectivo Específico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
PNS – Plano Nacional de Saúde
SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SUB – Serviço de Urgência Básica
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
URAP – Unidade de Recursos Assistidos Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – *World Health Organization*

1. Introdução

A facilidade de transmissão e disseminação de ideias e informação, por acção do processo de globalização, veio dar origem a uma nova dinâmica no relacionamento das organizações com os seus utilizadores, sendo que, na presença de utilizadores progressivamente mais informados, exigentes e críticos, é imperativo o foco das organizações na promoção da melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

No entanto, segundo Mezomo (2001), torna-se importante que esta melhoria contínua da qualidade seja realizada tendo em conta os padrões e as percepções dos utilizadores dos serviços.

Actualmente, também as instituições de saúde ambicionam alcançar um patamar máximo de qualidade dos serviços que prestam, sendo os utentes cada vez mais incluídos neste processo (Silva, Braga, Fialho e Saragoça, 2011).

O crescente enfoque, interesse e importância, actualmente atribuídos à qualidade, constituem um fenómeno relativamente recente no que se refere aos sistemas de saúde, sendo que a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, objectivando quer a melhoria contínua, quer o aumento da sua efectividade, se constitui como uma finalidade dos mesmos, promovendo uma tendência de relevância crescente relativamente às questões e assuntos associados à avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade (Sousa, 2010).

De acordo com Barros (1998), pode fazer-se a distinção entre a noção de qualidade em sentido interno à organização e qualidade em sentido externo à mesma, sendo que no sentido interno, qualidade significa a melhor utilização possível de recursos, tendo em conta os condicionalismos do processo produtivo do serviço que se pretende prestar, e no sentido externo se encontra associada às percepções dos utilizadores¹ dos serviços de saúde.

A qualidade percebida está relacionada com o nível de satisfação dos utilizadores, dependendo a mesma da satisfação das suas expectativas durante a experiência de utilização de um serviço (Zanon, 2001).

A aferição da satisfação dos utilizadores representa um indicador fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, constituindo-se, também, como uma oportunidade de participação dos utentes na construção e melhoria dos serviços de saúde, pela manifestação das suas percepções sobre o mesmo (Silva et al., 2011).

¹ Espiridião e Trad (2005) destacam a vasta terminologia utilizada para designar o conceito de usuário/utilizador, no âmbito da avaliação de serviços de saúde. Dentro dessa terminologia, podem referir-se os termos paciente, utente, consumidor, cliente, utilizador, sendo que, no âmbito do presente estudo, se fará essencialmente referência a utente e utilizador do Serviço de Radiologia.

Conhecendo as percepções dos utentes, torna-se possível conhecer a realidade de um serviço e equacionar melhorias de desempenho que favoreçam uma maior satisfação e qualidade percebida na sua óptica.

No que se refere à Radiologia, Kelly, Cronin e Dunnick (2007) referem a aquisição de importância progressivamente crescente, por parte destes serviços, à medida que a medicina tem progredido e se tornado cada vez mais dependente do diagnóstico e monitorização imagiológica.

Integrando-se a Radiologia no sector dos serviços e, mais especificamente, no contexto da saúde, a procura pela qualidade constitui-se como um componente essencial e estratégico, inerente às mudanças verificadas ao nível dos actuais sistemas de saúde. Assim sendo, também no que se refere à Radiologia, a satisfação dos utilizadores/utentes se constitui como um indicador importante de performance e qualidade dos serviços prestados.

O conhecimento da percepção dos utilizadores, sobre a qualidade de um serviço prestado, pode constituir-se como um bom ponto de partida para o desenvolvimento de acções que conduzam a melhorias, tanto por parte da administração, que precisa conhecer o entendimento dos clientes para melhor orientar as suas estratégias e acções, como por parte dos próprios profissionais, que entendendo a qualidade sob a óptica dos utilizadores estarão mais preparados para dar resposta às suas expectativas (Fadel e Regis Filho, 2006).

Deste modo, o presente estudo foca-se na avaliação da qualidade em sentido externo à organização, ou seja, numa abordagem centrada no utilizador do serviço, de modo a determinar o nível de satisfação dos utentes com o Serviço de Radiologia, de um Centro de Saúde no Alentejo.

Esta dissertação, desenvolvida no âmbito do Mestrado Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, e enquadrada no tema da Qualidade dos Serviços de Saúde, apresenta como motivações inerentes à sua realização a inexistência de um estudo deste âmbito abrangendo o Serviço de Radiologia do Centro de Saúde em questão; o interesse em conhecer o *feedback* dos utilizadores relativamente ao serviço prestado neste Serviço de Radiologia, através de um trabalho científico; interesse em conhecer a realidade, a partir da perspectiva dos utilizadores, como ponto de partida para implementação de melhorias no serviço e alinhamento das necessidades dos utentes com os objectivos do mesmo.

Assim sendo, foi definido como objectivo geral avaliar o nível de satisfação e qualidade percebida pelos utentes, do Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde em estudo, e como objectivos específicos:

- Determinar o nível de satisfação dos utentes do Serviço de Radiologia;
- Compreender as percepções da satisfação, no que se refere às características globais do Serviço de Radiologia;
- Identificar os factores mais pertinentes para a satisfação, na óptica dos utentes;
- Verificar as diferenças entre os níveis de satisfação manifestados em exames agendados e de urgência;
- Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas nos níveis gerais de satisfação;
- Analisar as intenções de retorno e recomendação do serviço, por parte dos seus utilizadores;
- Estudar a associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço;
- Estudar a estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida do serviço estudado.

De modo a atingir os objectivos propostos, recorreu-se à realização de um estudo de caso, descritivo-correlacional, procedendo-se ao processo de recolha de dados com recurso ao inquérito por questionário, aplicado a uma amostra aleatória de utilizadores do Serviço de Radiologia.

O instrumento de recolha de dados, adaptado de Miranda (2010), no estudo dos atributos da qualidade percebida pelos utentes, de três Serviços de Imagiologia, de um Hospital Privado da região de Lisboa, apresentou como base, segundo a autora: um modelo de avaliação da qualidade de serviços, o Servperf, desenvolvido por Cronin e Taylor (1992, 1994); as dimensões da qualidade do modelo HQual, desenvolvido por Silva et al. (2009); os estudos de Ramsaran-Fowdar (2005), sobre os atributos da qualidade dos serviços de saúde; bem como, as entrevistas exploratórias realizadas por Miranda (2010), no âmbito do estudo desenvolvido.

Os dados recolhidos, através deste questionário, foram tratados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v. 17), utilizando a descrição, comparação, associação e inferência estatística, de modo a dar resposta aos objectivos previamente propostos.

De modo a dar resposta aos objectivos enunciados, a presente dissertação encontra-se estruturada em três componentes: teórica, empírica e plano de intervenção sócio-organizacional. No âmbito da parte teórica, no capítulo denominado por enquadramento teórico, são abordados os aspectos relacionados com o estado da arte do tema estudado, englobando os aspectos conceptuais da qualidade e das políticas de qualidade na saúde, aspectos da qualidade e satisfação na perspectiva dos utilizadores, aspectos conceptuais e metodológicos da avaliação da qualidade, bem como aspectos

conceptuais e metodológicos da qualidade em Radiologia. No âmbito da parte empírica, que engloba dois capítulos, são abordadas as opções metodológicas, bem como a análise e discussão dos resultados, sendo que, no âmbito do plano de intervenção sócio-organizacional, são apresentadas as medidas interventivas, delineadas em função das conclusões elaboradas.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Aspectos Conceptuais da Qualidade e Políticas de Qualidade na Saúde

2.1.1. Qualidade

Podem encontrar-se na literatura múltiplas definições de qualidade. De acordo com Mezomo (2001), estas, apesar de diferentes entre si, tendem a apresentar alguma convergência no que se refere à importância atribuída à satisfação do cliente ou consumidor com os produtos e serviços que lhe são disponibilizados.

A ideologia da qualidade desenvolveu-se de modo progressivo, a partir da segunda década do século passado, tendo como base os trabalhos sobre o controlo de qualidade na produção industrial, desenvolvidos por Whalter Shewhart, Edwards Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishigawa, Armand Friegenbaum e Philip Crosby (Zanon, 2001).

Para Crosby qualidade significa “conformidade com os requisitos”, sendo que o padrão corresponde a “zero defeitos”; para Juran qualidade significa “adequação ao uso”, prevendo quer a confiança no produto ou serviço, como a satisfação das necessidades do utilizador; para Deming a qualidade consiste na “redução nas variações” como base para a permanente melhoria contínua (Mezomo, 2001, p. 71-72).

De acordo com Mezomo (2001, p. 73), numa definição menos industrial, a qualidade pode ser entendida como “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”.

Verifica-se, deste modo, que o conceito de qualidade não é consensual, existindo diversas definições para o mesmo, que foram surgindo durante o desenvolvimento da sua ideologia.

De acordo com Zanon (2001), na evolução temporal da ideologia da qualidade, podem ser referidas quatro fases, de complexidade gradual: qualidade como pressuposto da excelência, qualidade pela inspeção do produto acabado, qualidade pelo controlo do processo e controlo da qualidade total (CQT).

Numa fase inicial, a qualidade é encarada como o pressuposto da excelência, não existindo um controlo formal e sendo a mesma presumida pelo grau de capacitação científica, tecnológica e profissional (Zanon, 2001).

Numa segunda fase a qualidade é assumida pela inspecção do produto acabado e a ênfase da indústria era atribuída à produção em massa e à ausência de defeitos dos produtos, sendo o foco colocado no produto, não no consumidor (Zanon, 2001).

Numa terceira fase surge a qualidade pelo controlo do processo, que parte do pressuposto de que a qualidade final de um produto ou serviço é função directa da qualidade de cada departamento participante no processo de fabrico, passando a ser utilizado o controlo estatístico do processo (Zanon, 2001). De acordo com Makens e McEachem (1990 como citado em Ferreira e Seco, 1993) um processo é um conjunto de acções ou actividades, que transformam *inputs* em *outputs*, sendo que, de acordo com Araújo (1990 como citado em Zanon, 2001) um processo consiste num conjunto de causas, que provocam um ou mais efeitos

O controlo do processo assenta, deste modo, numa relação causa-efeito, é controlado pelos efeitos e objectiva a identificação das causas das variações especiais, anormais ao processo, sendo que, é nesta fase que são introduzidos os conceitos de conformidade e confiabilidade, bem como normas e critérios de avaliação das variações dos produtos (Zanon, 2001). Realçando o controlo do processo, todos na empresa se tornam responsáveis pela qualidade, no entanto podemos ter um processo perfeito e um produto sem falhas, mas com especificações que não satisfazem as necessidades dos clientes (Zanon, 2001).

Numa última fase surge o CQT, na qual a qualidade passa a ser uma preocupação de toda a empresa, deixando de estar atribuída apenas a algum departamento, ou profissionais específicos, a qualidade passa a constituir-se como um objectivo colectivo, no qual todos se encontram direccionados para dar resposta às necessidades dos clientes (Zanon, 2001). A garantia de qualidade é o resultado final do CQT, sendo que esta é conseguida pelo foco que o CQT coloca na detecção preventiva de falhas dos produtos (Zanon, 2001).

Deste modo, verifica-se que, ao longo da sua história, a filosofia da melhoria da qualidade teve etapas bem definidas, passando nos anos 60 pela ênfase no “Controlo”, nos anos 70 pela ênfase na “Avaliação”, nos anos 80 centrou-se na “Garantia”, nos anos 90 na “Melhoria” e actualmente foca-se em “Desenvolvimento”, sendo que, apesar dos focos diferentes, os seus objectivos fundamentais mantiveram-se ao longo desta evolução (Mezomo, 2001, p. 106).

Em virtude da divergência de conceitos de qualidade encontrados na literatura, Garvin (1984), procedeu ao agrupamento das várias definições de qualidade em cinco abordagens principais:

- **Abordagem transcendente** – considera a qualidade como sinónimo de excelência inata, sendo absoluta e universalmente reconhecida, sendo que, apesar de não poder ser definida de forma precisa, torna-se facilmente reconhecida apenas através da experiência;

- **Abordagem baseada no produto** – considera a qualidade como uma variável precisa e mensurável, sendo que diferenças de qualidade representam o reflexo de diferenças na quantidade de alguns atributos do produto e uma maior qualidade equivale a custo superior;

- **Abordagem baseada no utilizador** – considera que cada consumidor tem diferentes desejos e necessidades, sendo que os produtos que melhor satisfazem as suas preferências são os que apresentam maior qualidade. O foco da qualidade passa a ser a satisfação dos clientes, procurando-se alinhar as especificações do produto com as do consumidor, sendo que, nesta abordagem, a qualidade consiste numa visão pessoal, idiossincrática e muito subjectiva;

- **Abordagem baseada na manufactura/produção** – a qualidade encontra-se relacionada com o processo de produção e é sinónimo de conformidade com os requisitos, sendo que, qualquer desvio relativamente aos mesmos significa perda de qualidade;

- **Abordagem baseada no valor** – define a qualidade em termos de custo e preço e define um produto de qualidade como o que oferece desempenho a um preço aceitável, sendo que, o valor do produto na visão do cliente deverá ser superior ao seu custo monetário, apresentando-se, neste caso, uma definição de qualidade em termos de custo-benefício.

A abordagem baseada no utilizador tende a ser a mais abrangente, englobando todas as outras abordagens, pois uma empresa que se preocupe com questões de marca, conformidade com especificações, atributos desejáveis e valor superior ao preço, está automaticamente virada para as necessidades do consumidor (Paladini, 1995 como citado em Laboratório de Gestão, Tecnologia e Informação, 2005).

Ainda, Garvin (1984) estabelece oito dimensões, elementares e distintas, da qualidade em produtos, que reflectem quer características mensuráveis dos produtos, quer preferências pessoais, mas que abrangem, no seu conjunto, um largo espectro de conceitos: 1) **Performance** – consiste nas características operacionais primárias de um produto; 2) **Características** – consistem nas características secundárias, que complementam a funcionalidade básica do produto, contribuindo para a sua diferenciação; 3) **Confiança** – refere-se à probabilidade de avaria num determinado período de tempo; 4) **Conformidade** – refere-se à adequabilidade do produto

relativamente aos padrões pré-estabelecidos; 5) **Durabilidade** – consiste numa medida da vida útil de um produto; 6) **Manutenção** – relaciona-se com a velocidade, cortesia e competência no processo de reparação; 7) **Estética** – consiste numa dimensão subjectiva, relacionada com aspectos do produto tais como a aparência, toque, cheiro, som, sabor; 8) **Qualidade percebida** – também considerada uma dimensão subjectiva, resulta da percepção do cliente no processo de comparação entre diferentes marcas.

Verifica-se, deste modo, que a ideologia da qualidade evoluiu ao longo tempo, sendo que, o seu conceito, não sendo absoluto, pode transpor diferentes significados, apresentar diversos enfoques, exhibir múltiplas dimensões e consistir em abordagens distintas.

2.1.2. Qualidade em Serviços

Actualmente vivemos na era da globalização, sendo que a facilidade de transmissão e disseminação de ideias, informação e conhecimento criou uma nova dinâmica de relacionamento entre as organizações e os seus utilizadores.

Em virtude desta nova realidade, a sociedade contemporânea tem sido alvo de profundas transformações sociais, económicas, políticas e culturais, que deram origem a mercados cada vez mais competitivos (Brandão, 2001).

Este ambiente competitivo, e em processo de mudança, derivado da globalização, do aumento da concorrência, e da alteração das necessidades e exigências de clientes e investidores, incita as organizações, de praticamente todos os sectores, à reestruturação produtiva, pela reavaliação de estratégias e desenvolvimento de instrumentos de gestão, que lhes garantam a conquista e manutenção de vantagem competitiva (Brandão, 2001; Oening, 2010)

Face a este contexto, tem sido acentuada a importância da busca contínua pela excelência de serviços, considerando os clientes como peça fundamental para a obtenção de competitividade sustentável (Freitas, 2005; Oening, 2010).

O sector dos serviços sempre se caracterizou pelo estabelecimento de contacto directo com o cliente, no entanto, actualmente, em virtude das mudanças que se têm verificado, as organizações enfrentam novos desafios, quer com o aumento da competitividade do mercado, quer com a tentativa de dar resposta às expectativas e necessidades de clientes cada vez mais informados, exigentes, selectivos, críticos, conscientes dos seus direitos e mais protegidos pela lei (Mezomo, 2001).

Assim sendo, e tendo em conta esta conjuntura, de acordo com Mezomo (2001), uma organização que não ofereça qualidade coloca em causa a sua própria existência. As organizações de serviços devem, deste modo, promover a gestão pela melhoria da qualidade, com enfoque no cliente, no conhecimento da concorrência e na redução de custos (Mezomo, 2001).

Tal como já referido, o conceito de qualidade é dinâmico, dado que trabalha com referenciais que se têm alterado progressiva, e por vezes, acentuadamente, ao longo do tempo (Paladini, 2000 como citado em Fadel e Regis Filho, 2009).

No entanto, qualidade pode, ainda, ser considerada como um conceito do domínio público, visto que todos têm uma noção intuitiva do seu significado (Fadel e Regis Filho, 2009). Deste modo, e de acordo com os mesmos autores, a qualidade, sob o ponto de vista do utilizador de um serviço, é definida contemplando aspectos que englobam o meio ambiente e as relações humanas, transcendendo, deste modo, os parâmetros de qualidade dos produtos.

Assim sendo, não é suficiente, hoje em dia, tentar promover a melhoria de um serviço por padrões que não são os dos clientes, sendo que, o que realmente importa é a percepção do cliente, e é esta que o serviço deve conhecer e a esta que se deve adequar para prosperar num mercado competitivo (Mezomo, 2001).

No início dos anos 80, quando praticamente não existia literatura referente à qualidade de serviços, Parasuraman, Zeithaml e Berry, desenvolveram um trabalho pioneiro, com a criação de um modelo conceptual para avaliação da qualidade nos serviços (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005). De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988), o conhecimento existente, sobre a qualidade nos produtos, torna-se insuficiente para compreender a qualidade nos serviços, dado que estes últimos apresentam três características fundamentais: a) são **intangíveis**, constituindo-se como performances e não como objectos; b) são **heterogéneos**, com possibilidade de desempenhos e recebimentos distintos, em função do fornecedor e do cliente; c) apresentam **simultaneidade** de produção e de consumo, sendo que a qualidade ocorre durante a prestação do serviço, o que dificulta o controlo e avaliação do processo.

No processo de monitorização e avaliação da qualidade, os serviços são descritos em função de critérios ou determinantes da qualidade, que representam os subconjuntos das dimensões pelas quais o serviço pode ser descrito, sendo que os elementos de cada subconjunto denominam-se indicadores de qualidade (Freitas, 2005). Parasuraman et al. (1988) definiram na escala Servqual, cinco dimensões para a qualidade: tangibilidade, confiança, fiabilidade/segurança, capacidade de resposta/presteza e empatia, sendo que, embora estas dimensões abranjam uma grande variedade de serviços, devem ser

definidas de acordo com as necessidades específicas de cada organização e serviço. Há que referir que para além de aspectos objectivos ou tangíveis, a qualidade em serviços é também descrita em função de indicadores subjectivos ou intangíveis, sendo estes determinantes, na avaliação da qualidade dos serviços pela aferição do grau de satisfação dos utilizadores (Freitas, 2005).

Deste modo, os utilizadores não avaliam apenas os aspectos tangíveis de um serviço, mas também os aspectos intangíveis a ele associados. A tangibilidade de um serviço consiste naquilo que o cliente vê e sente, estando os componentes intangíveis associados directamente ao relacionamento da equipa de profissionais com os clientes (Assada, 2001; Fadel e Regis Filho, 2006).

O sector dos serviços, onde se insere o sector da saúde, acarreta, deste modo, determinadas particularidades, quando comparado com a indústria e com o comércio, sendo que a prestação de serviços inclui as expectativas dos utilizadores, muito mais subjectivas e inconstantes do que quando aplicadas aos produtos; envolve sentimentos como a empatia e sensibilidade; e lida com os aspectos intangíveis da qualidade, os mais difíceis de serem alcançados (Hercos e Berezovsky, 2006).

Tendo em conta estas características especiais, o processo de prestação do serviço pode ser mais importante que o seu resultado, sendo que muitas vezes essa avaliação do serviço prestado é dificultada pela sua intangibilidade, que aumenta quer a dificuldade da padronização, quer da gestão do processo (Gianesi e Corrêa, 1996 como citado em Fadel e Regis Filho, 2009).

Deste modo, determinada a importância da qualidade no sector dos serviços, torna-se também importante tentar defini-la. Parasuraman et al. (1985) definem qualidade em serviços como a diferença existente entre as expectativas e as percepções dos utilizadores, na experiência de utilização de um serviço, sendo atingida uma boa qualidade do serviço quando as percepções dos utilizadores excedem as suas expectativas.

No entanto, para além desta definição, podem, actualmente, encontrar-se na literatura diversas definições de qualidade de serviços, referidas por diferentes autores, sendo que, em associação a diferentes definições, podem encontrar-se diferentes metodologias para aferição da mesma.

Cronin e Taylor (1992) definem qualidade de serviços como a percepção do utilizador a respeito do actual desempenho de uma organização ou serviço. Estes autores desenvolveram um modelo de avaliação da qualidade em serviços, bem como uma escala de medição designada por Servperf, mantendo as cinco dimensões da qualidade da escala Servqual e considerando que a qualidade do serviço se constitui como uma

atitude em relação às dimensões da qualidade, determinam a qualidade do serviço apenas pela percepção que o utilizador tem do seu desempenho (Cronin e Taylor, 1992, 1994; Salomi et al., 2005).

De acordo com Freitas (2005), estas metodologias e estratégias de avaliação, apesar de diferentes, partilham uma finalidade comum, tendo como objectivos, para além da aferição da qualidade, proporcionar a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Assim sendo, segundo Neves e Neves (2000), o conceito de qualidade deve ser entendido de modo abrangente, sendo que segundo Las Casas (1999 como citado em Fadel e Regis Filho, 2009), no que se refere ao sector dos serviços, a qualidade compreende dois componentes: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido pelo cliente.

Quando se trata da avaliação de serviços, a definição de qualidade é complexa e subjectiva, sendo que os utilizadores podem reagir de modo diferente ao mesmo serviço, em virtude de apresentarem diferentes padrões e percepções do que deve ser a qualidade (Vasconcellos, 2002 como citado em Fadel e Regis Filho, 2009).

A qualidade percebida está, deste modo, relacionada com o nível de satisfação do cliente, dependendo a mesma da satisfação das suas expectativas durante a experiência de utilização de um serviço (Zanon, 2001). Deste modo, de acordo com Freitas (2005), um dos procedimentos mais utilizados, para avaliação e classificação da qualidade em serviços, consiste na mensuração do grau de satisfação dos utilizadores com o serviço, mediante um conjunto de critérios considerados relevantes.

Assim sendo, verifica-se que a satisfação do utilizador com o serviço recebido vai para além do nível de competências técnicas dos profissionais que o prestam, apresentando-se a avaliação da satisfação com um serviço como um processo mais complexo que a avaliação da satisfação com um produto.

De acordo com Marchetti e Prado (2001), no que se refere aos anos mais recentes, os esforços dos estudiosos de marketing, das empresas de pesquisa, dos órgãos governamentais e das empresas interessadas em implementar programas de qualidade total, têm sido dirigidos, de modo considerável, para os estudos de satisfação dos consumidores.

A procura pela qualidade deixou de ser apenas uma preocupação das grandes empresas industriais, sendo que, actualmente, qualquer organização em busca de desenvolvimento a deve estabelecer como prioridade (Mezomo, 2001). No entanto, tendo em conta o mercado actual, esta busca de qualidade deve ser orientada para o cliente, ou seja, para aquilo que o mesmo percebe como qualidade.

Segundo Mezomo (2001), a qualidade dos serviços deverá ser construída com bases sólidas, sendo que, de acordo com Wendy Leebov (como citado em Mezomo, 2001), os dez pilares da excelência dos serviços, quando alinhados na mesma direcção, determinam o nível de sucesso de uma organização, consistindo em:

1 – **Filosofia e compromisso da administração** (a administração pode ser a força ou o fracasso da organização, para além de desejar a excelência, a administração deve praticá-la, entendendo o princípio central do serviço ao cliente);

2 – **Responsabilidade** (de envolvimento directo e visível com o processo, de avaliação de práticas e implementação de programas de treino para as melhorar);

3 – **Input e Avaliação** (qualidade supõe controlo e medida, não só dos serviços prestados, mas também da satisfação dos clientes e do pessoal interno);

4 – **Solução de problemas e administração de conflitos** (existência de um sistema estruturado de identificação de problemas e conflitos para que sejam habilmente solucionados);

5 – **Comunicação com a base** (investimento na comunicação entre a administração e os funcionários, promovendo o envolvimento de todos os funcionários nas políticas da organização, informando, solicitando e valorizando as suas opiniões);

6 – **Treino e desenvolvimento de pessoas** (para fortalecimento e desenvolvimento de competências);

7 – **Envolvimento das pessoas** (promover o envolvimento e motivação dos funcionários);

8 – **Recompensa e Reconhecimento** (promover a recompensa e o reconhecimento do esforço que contribuiu para o sucesso da implementação do processo de melhoria da qualidade);

9 – **Funcionário como cliente** (promover a satisfação dos funcionários, de modo a que estes se empenhem na satisfação dos clientes, sendo que uma organização centrada no cliente deverá tratar de modo privilegiado quer os clientes externos, quer os clientes internos);

10 – **Lembretes, slogans e actos de reforço** (de modo a reforçar o porquê das suas actividades, melhorar a motivação e aumentar o comprometimento dos funcionários com o processo de melhoria da qualidade, através de eventos, reuniões e celebrações).

Na actual conjuntura, de elevada competitividade, a busca pela excelência e a avaliação da qualidade de serviços constituem-se como uma estratégia organizacional de elevada importância, na obtenção de vantagem competitiva (Freitas, 2005). Deste modo, no que

se refere à prestação de serviços, torna-se essencial proceder à avaliação dos diversos aspectos do mesmo, como forma de dar resposta às necessidades e expectativas dos utilizadores, promovendo a sua satisfação.

2.1.3. Qualidade em Saúde e Melhoria Contínua

A demanda crescente da sociedade, em relação a serviços de qualidade, originou uma necessidade de mudança nas características dos mesmos, bem como uma maior cobrança dos utilizadores para com os fornecedores de diversos tipos de serviços, incluindo os direccionados à área da saúde (Vasconcellos, 2002 como citado em Fadel e Regis Filho, 2006).

Nos últimos anos, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adoptado, a qualidade tem vindo a ser considerada como um componente estratégico, abrangendo a grande maioria dos países a nível mundial (Serapioni, 2009).

O crescente enfoque, interesse e importância, actualmente atribuídos à qualidade, constituem um fenómeno relativamente recente no que se refere aos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial, desde meados do século passado (Sousa, 2010). A ideologia da qualidade em saúde deriva, deste modo, das teorias da melhoria da qualidade, que tiveram a sua génese na indústria (Ferreira e Seco, 1993).

De acordo com Barros (1998), entre os factores que têm contribuído para uma maior preocupação e atenção à qualidade em saúde, podem considerar-se a preocupação com a contenção de custos; maior atenção da população aos aspectos da qualidade; a qualidade como factor de escolha; e alteração de mecanismos de financiamento em saúde, com a introdução de risco financeiro para os prestadores de cuidados.

Tal como se verifica com o conceito de qualidade, o conceito de qualidade em saúde também apresenta múltiplas definições, sendo que, de acordo com Zanon (2001), passou por um processo de evolução semelhante ao da indústria de bens e serviços.

Deste modo, relativamente à definição de qualidade nos cuidados de saúde, não existe na literatura um consenso, sendo que podem ser encontradas várias e diversas definições para este conceito.

De acordo com o Ministério da Saúde, pelo Sistema Português da Qualidade na Saúde (1998 como citado em Barros, 1998, p. 2): “Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para

prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade”.

De acordo com o Institute of Medicine (2001), qualidade em saúde consiste no “grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis, para os indivíduos e populações, sendo consistentes com o conhecimento e a prática profissional corrente”.

De acordo com o grande estudioso da qualidade em saúde, Avedis Donabedian (como citado em Mezomo, 2001, p. 73), “qualidade é uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os maiores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”.

Ainda, de acordo com Palmer (1982 como citado em Sousa, 2010, p. 20), qualidade em saúde é: “a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes”.

Tendo em conta o que foi enunciado, e de acordo com Barros (1998), as definições de qualidade em saúde, apesar de múltiplas e por vezes vagas, permitem fazer a distinção entre duas noções distintas de qualidade: **qualidade em sentido interno** à organização e **qualidade em sentido externo** à mesma.

No sentido interno à organização prestadora, qualidade significa a melhor utilização possível de recursos, tendo em conta os condicionalismos do processo produtivo do serviço que se pretende prestar (Barros, 1998, 1999). No sentido externo, a qualidade encontra-se associada às percepções dos utilizadores dos serviços de saúde, sendo que a qualidade para o utente é avaliada na medida em que as características dos cuidados prestados satisfazem, em maior ou menor grau, as suas necessidades (Barros, 1998, 1999).

Estas noções são consideradas distintas porque uma organização pode ter uma boa optimização de recursos, apresentando boa qualidade interna, e não satisfazer os seus utentes, apresentando falta de qualidade externa, ou, do mesmo modo, pode apresentar qualidade externa, pela satisfação plena dos utentes, e apresentar falta de qualidade interna, por má utilização de recursos (Barros, 1999).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, a qualidade em saúde implica, para além do melhor desempenho possível, uma adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas dos cidadãos (Alto Comissariado da Saúde, 2011).

Ainda, abordando os conceitos de qualidade, Donabedian (1997) inicialmente designa três dimensões para a qualidade: a) **técnica**, que se reporta ao domínio e à aplicação de conhecimentos técnicos e científicos na prestação de cuidados ao utente; b) **interpessoal**, que se reporta à relação e interação estabelecida entre os prestadores do serviço e o utente, constituindo-se como veículo de implementação e factor de sucesso da dimensão técnica; c) **ambiental**, que se reporta aos atributos desejáveis, das comodidades disponibilizadas no local de prestação de cuidados, incluindo a conveniência, conforto, bem-estar, silêncio, privacidade, entre outros. A operacionalização destas três dimensões prevê um trabalho constante no que se refere à avaliação das expectativas dos utilizadores do serviço, uma comparação permanente com os melhores prestadores de serviços, a criação de um ambiente de trabalho adequado e, ainda, o estabelecimento de um processo de melhoria contínua (Mezomo, 2001).

Posteriormente, noutro modelo, Donabedian ampliou este conceito e estabeleceu a eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, como os sete pilares da qualidade (Donabedian, 1990; Malik e Schiesari, 1998). Segundo Donabedian (1990): a) **eficácia** (*efficacy*) consiste na capacidade do cuidado, prestado ao seu melhor nível, em proporcionar melhorias na saúde; b) **efectividade** (*effectiveness*) consiste no grau em que as melhorias atingíveis são realmente alcançadas; c) **eficiência** (*efficiency*) consiste na capacidade de obtenção dos melhores resultados, com o menor custo possível; d) **optimização** (*optimality*) consiste na melhor relação entre custos e benefícios; e) **aceitabilidade** (*acceptability*) relaciona-se com as preferências e opiniões dos pacientes no que concerne à acessibilidade, à dinâmica da relação com os profissionais de saúde, às comodidades, aos efeitos dos cuidados e ao custo dos mesmos; f) **legitimidade** (*legitimacy*) relaciona-se com a aceitação do cuidado pela sociedade, ou seja, com a conformidade dos cuidados às preferências sociais; g) **equidade** (*equity*) consiste na justa distribuição dos cuidados e dos seus benefícios.

Ainda, de acordo com a *World Health Organization* (2006), a qualidade em saúde reúne, de modo integrado, como atributos, a **efectividade**, a **eficiência**, a **acessibilidade**, a **equidade** e a **segurança**. Verifica-se, assim, que a qualidade em saúde se constitui como um conceito que integra uma multiplicidade de componentes, sendo que, apesar de as suas dimensões não serem consensuais, existe consenso no que concerne à sua apresentação como um conceito multidimensional.

Mantendo o foco na subjectividade do conceito de qualidade em saúde, verifica-se que o mesmo apresenta diferentes semânticas, sendo que, quando é empregue por políticos tende a prender-se com a satisfação da população e equidade na distribuição dos serviços; quando empregue por gestores tende a relacionar-se com a preocupação com

gastos económicos e com a eficiência dos serviços; quando empregue por prestadores de cuidados tende a relacionar-se com boas condições de trabalho, incluindo a existência de recursos suficientes, quer materiais, quer humanos; e, quando empregue por utentes, tende a relacionar-se com a acessibilidade aos cuidados e com as boas relações interpessoais com os profissionais de saúde (Ribeiro et al, 2008; Akerman e Nadanovsky, 1992; Campos, 2005).

Segundo Donabedian (1997), em função da localização e da extensão das responsabilidades dos actores nos serviços de saúde, várias definições de qualidade se tornam possíveis e legítimas.

Assim sendo, a definição de qualidade pode também ser estabelecida em função dos principais actores que integram os serviços de saúde, apresentando neste caso três dimensões (Øvretveit, 2006, Fitzpatrick, 1990, Ortigosa, 2000, Giarelli, 2002 como citados em Serapioni, 2009):

- **Qualidade avaliada pelo usuário** – definida pelo que os utilizadores e acompanhantes desejam do serviço, quer enquanto indivíduos, quer enquanto grupos;

- **Qualidade profissional** – determinada pelo grau em que o serviço satisfaz as necessidades dos profissionais que prestam os cuidados de saúde, bem como pela execução apropriada das técnicas e procedimentos utilizados nessa prestação de cuidados;

- **Qualidade gerencial** – definida pelo uso eficiente e produtivo dos recursos, de modo a dar resposta às necessidades de todos os utilizadores, no âmbito dos limites e directrizes estabelecidas pelas autoridades competentes.

Deste modo, verifica-se que a qualidade em saúde se encontra relacionada com as características desejáveis na prestação de um cuidado, sendo que, ao abordá-la se torna necessário especificar qual o aspecto da qualidade a levar em conta, quem define a qualidade, bem como o beneficiário dessa qualidade (Vuori, 1989 como citado em Akerman e Nadanovsky, 1992).

De acordo com Pisco e Biscaia (2001), a qualidade na saúde é orientada para as necessidades e não simplesmente para a procura, apresenta um carácter pró-activo para prevenir e dar resposta, sendo que não deve ser observada por si só, mas como uma articulação de vários atributos dos cuidados de saúde. Estas características são específicas e permitem a diferenciação da qualidade em saúde relativamente a outros sectores de actividade.

Verifica-se, deste modo, que a compreensão do conceito de qualidade em saúde pode constituir-se como um desafio, visto que apresenta especificidades que diferenciam a

saúde de outros sectores, apresenta de modo integrado vários atributos e o seu significado depende de um conjunto de factores, derivantes de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais (Fekete, 2000; Revez e Silva, 2010).

Como valor, a qualidade encontra-se associada a um estilo de gestão, a uma visão sistémica e à melhoria contínua, integrando princípios, metodologia e ferramentas, com o objectivo de promover mudanças que combatam, quer o desperdício material, quer o desperdício humano (Fadel e Regis Filho, 2009).

Segundo Imperatori (1999 como citado em Sousa, 2010, p. 21), gestão da qualidade consiste num “processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade”, conjugando num só conceito as funções planeamento, controlo e melhoria da qualidade, essenciais quer na determinação, quer na obtenção de qualidade (Sousa, 2010).

Ao abordar a qualidade, na área da saúde, deve assegurar-se a incorporação e explicitação dos direitos fundamentais da pessoa no seu conceito, sendo que, cada organização, pela implementação de uma cultura da qualidade, deverá garantir e preservar estes direitos, transformando a sua própria definição de qualidade num compromisso de cada um dos seus trabalhadores (Mezomo, 2001).

Uma cultura da qualidade constitui-se como um apoio indispensável ao processo de melhoria contínua permanente numa organização (Mezomo, 2001). As organizações de saúde são responsáveis pela execução de intervenções de promoção, de protecção e de recuperação da saúde, sendo que uma intervenção pode ser definida como qualquer actividade específica cujo objectivo vise reduzir os riscos de agravamento ou dano à saúde, garantir o cuidado terapêutico, garantir o controlo de doenças, bem como atenuar as sequelas da doença ou a incapacidade (Lima e Lima, 2008).

De acordo com Makens e McEchern (1990 como citado em Ferreira e Seco), numa visão sistémica da prestação de cuidados de saúde: o consumidor é todo aquele que recebe o *output* de um processo; o processo consiste num conjunto de acções que transformam um *input* de um fornecedor num *output*, o *output* é o que é avaliado e usado pelo consumidor. Na prestação de cuidados de saúde podemos considerar os utentes como consumidores finais do serviço (**consumidores externos**), sendo que, não só os utentes, mas também os profissionais de saúde que com eles interagem podem ser considerados consumidores (**consumidores internos**) (Ferreira e Seco, 1993).

A prestação de cuidados de saúde pode, deste modo, ser considerada como uma cadeia de processos, que envolve relações entre fornecedores e consumidores, internos e externos à organização (Ferreira e Seco, 1993). A melhoria contínua da qualidade tem

como objectivo um melhor ajuste entre os resultados dos processos de uma organização e as necessidades dos seus consumidores (Ferreira e Seco, 1993).

Maxwell (1992) determina, para a melhoria contínua da qualidade na saúde, oito princípios orientadores das acções, nomeadamente: 1) compromisso com a qualidade para os utilizadores; 2) transposição de boas ideias para a prática, de modo progressivo e monitorizado; 3) ênfase no trabalho de equipa; 4) eliminação sistemática de obstáculos à boa performance; 5) reconhecimento da dupla responsabilidade dos profissionais, em fazer bem o seu trabalho e encontrar maneiras de o melhorar; 6) avaliação das dimensões da qualidade, para diagnóstico de necessidades de intervenção; 7) monitorização contínua dos progressos; 8) integração de iniciativas particulares de qualidade, no quadro mais amplo do contexto do sistema de qualidade como um todo.

Segundo Campos (2005), alguns dos princípios da melhoria contínua da qualidade incluem: prioridade para a qualidade definida a partir do ponto de vista do cliente; participação de todos os profissionais da equipa; ausência de limitações e entraves externos à actuação da equipa de profissionais; tratar-se de uma actividade desenvolvida no âmbito interno do serviço; tentar prevenir os erros, por meio de correcções, com foco prioritário nos processos de trabalho; evitar objectivos de finalização, tendo sempre presente que aquilo que está bom pode ser indefinidamente melhorado; ter o apoio e o compromisso das chefias ou dos níveis hierárquicos superiores da gerência com o esforço das equipas de trabalho.

Pode verificar-se pela análise destes princípios, que qualquer acção que objective a melhoria da qualidade num serviço de saúde deverá ser o resultado de um esforço de equipa e deverá considerar os consumidores desse serviço, sendo que, no que concerne aos benefícios que os consumidores obtêm da prestação de cuidados, de acordo com Ferreira e Seco (1993), estes são determinados não apenas pelo resultado objectivo do processo de cuidados, mas também pela filtração desse resultado através das percepções, valores, expectativas e necessidades dos utentes.

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, objectivando quer a melhoria contínua, quer o aumento da efectividade dos mesmos, constitui-se como uma finalidade dos actuais sistemas de saúde, sendo que, no âmbito deste contexto, e à semelhança do que se verifica noutros países, as questões e assuntos associados à avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade, no âmbito do sistema de saúde, têm vindo a assumir uma tendência de relevância progressivamente crescente (Sousa, 2010).

No que se refere à realidade do nosso país, de acordo com Pisco e Biscaia (2001), o desenvolvimento da qualidade na saúde, embora com algumas oscilações, tem

apresentado um percurso de sentido progressivo, tendo sido alvo de um impulso positivo nos anos mais recentes.

2.1.4. Políticas de Qualidade na Saúde

Na sequência da Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 1978, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em Alma-Ata, a WHO incentivou os seus estados membros a agir, quer individualmente, na formulação de políticas, estratégias e planos de acção, objectivando o cumprimento da meta de Saúde para todos no ano 2000, quer de modo colectivo, no desenvolvimento de estratégias regionais e globais. Actualmente, a meta Saúde para todos no século 21 continua a enfatizar o suporte da WHO para a melhoria da qualidade, a nível nacional, regional e global (WHO, 2003).

A qualidade nos cuidados de saúde pode justificar-se por vários motivos, entre os quais os de ordem social, dado que existem cada vez mais exigências e expectativas por parte dos utentes; de ordem ética, dado que existe cada vez mais exigência ao nível da formação e da detenção de conhecimentos; de ordem profissional, devido à crescente importância das boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados; e de ordem económica, devido à importância crescente atribuída à racionalização dos recursos e ao desenvolvimento organizacional de uma cultura da qualidade na saúde (Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira, 2008).

Um programa de qualidade consiste num conjunto de actividades planeadas, implementadas por uma organização ou sistema de saúde, com o objectivo de melhoria da qualidade, sendo que, muitos programas de qualidade se constituem como um sistema de actividades (Øvretveit e Gustafson, 2002). Por sua vez, melhoria pode ser definida como qualquer mudança que promova melhorias ao nível do serviço de saúde, sendo um serviço de saúde melhor, geralmente, definido como melhor para os pacientes, ou seja, melhoria consiste numa obtenção de “melhor experiência por parte do paciente e melhores resultados, obtidos pela alteração do comportamento dos prestadores, através da utilização sistemática de métodos e estratégias de mudança” (Øvretveit, 2009, p. 8).

No entanto, a melhoria contínua da qualidade só se consegue pela implementação de um sistema de qualidade, cujos objectivos sejam corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e estabelecer um processo de melhoria permanente, com ênfase num quadro de responsabilidade e participação colectiva (Øvretveit, 2003 como citado em Revez e Silva, 2010).

Torna-se, deste modo, de elevada importância a necessidade de implementação de um sistema da qualidade em saúde.

De acordo com Biscaia (2000, p. 8), um sistema da qualidade pode ser definido como “um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados”, sendo que a sua necessidade foi primeiramente identificada pela WHO, em 1985, na meta 31 da declaração “Saúde para todos no ano 2000”, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros (Sousa, 2010; Biscaia, 2000; Ribeiro et al., 2008).

Segundo a WHO (2006 como citado em Sousa, 2010), os principais objectivos das políticas de melhoria contínua de qualidade na saúde consistem na procura da promoção e manutenção da saúde das populações; estruturação dos serviços de saúde como forma de satisfazer as necessidades dessas populações; confirmação da competência profissional dos prestadores de cuidados de saúde; garantia da utilização racional e eficiente dos recursos financeiros, humanos, de equipamentos e informação; asseguramento da satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde.

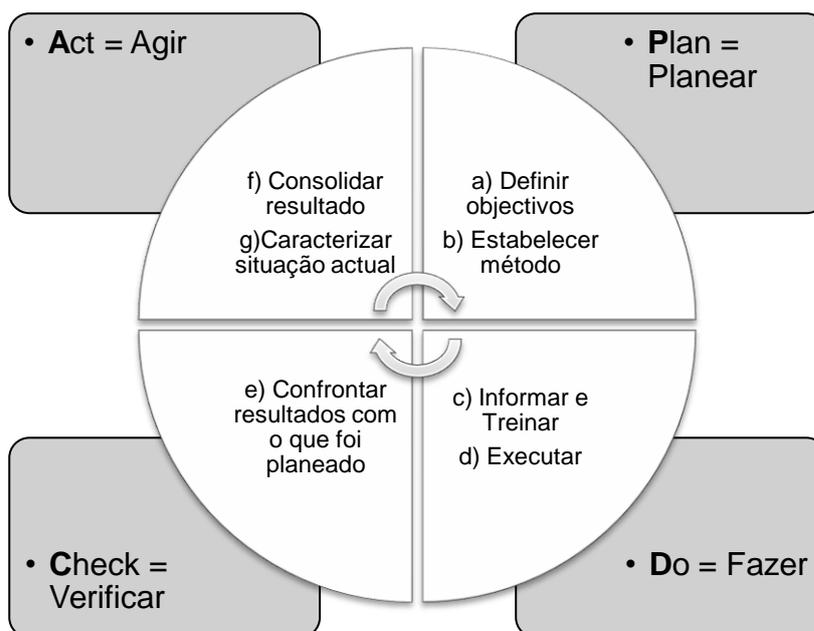
Podem identificar-se uma multiplicidade de factores que influenciam a qualidade na prestação de cuidados de saúde, sobretudo factores técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos (Ribeiro et al., 2008). Os objectivos de uma política de qualidade não se devem centrar numa visão puramente economicista, sendo que os mesmos devem ser estabelecidos com base nas expectativas e nos desejos, quer dos utilizadores, quer da sociedade (Ribeiro et al., 2008).

No entanto, muitas vezes não é visível a centralidade do cidadão nas políticas de saúde, sendo que, as mesmas, geralmente, assentam em regras e orientações de carácter normativo, organizando-se os serviços em função de si próprios (Santos, 2002 como citado em Ribeiro et al., 2008).

No âmbito das políticas de melhoria contínua da qualidade, torna-se importante proceder à identificação de problemas e ao estabelecimento de orientações estruturadas e sistemáticas sobre as prioridades a seguir para os solucionar (Sousa, 2010; Ribeiro et al., 2008).

Um dos mecanismos utilizados na melhoria contínua da qualidade consiste no **Ciclo PDCA** (Plan, Do, Check e Act) de controlo de processos, também conhecido como Ciclo de Deming (Sousa, 2010; Zanon, 2001). É um mecanismo de aplicabilidade abrangente, podendo ser utilizado em todas as actividades de uma organização, independentemente do seu sector de intervenção (Sousa, 2010).

Figura 1. Ciclo PDCA.



Fonte: Adaptado de Malik e Schiesari, 1998.

Este ciclo consiste numa metodologia inicialmente desenvolvida por Walter Sheward, engenheiro electricista, na década de 30, para promoção da qualidade, tendo sido posteriormente aperfeiçoada e dinamizada por Edwards Deming (Sousa, 2010; Zanon, 2001). Constitui-se numa forma de abordagem sistemática, constituída por quatro fases básicas (Zanon, 2001; Sousa, 2010; Malik e Schiesari, 1998):

- 1) **Plan** – Planear, que consiste na análise das actividades e processos que se pretendem melhorar, no estabelecimento de metas e na definição de métodos para as atingir;
- 2) **Do** – Fazer, é a fase da implementação da mudança, que consiste na informação e treino do pessoal, para executar as tarefas definidas, e na execução do planeamento realizado na fase anterior;
- 3) **Check** – Verificar, que consiste na verificação e confronto dos resultados obtidos com o que foi planeado, sendo a fase em que se acompanha e se monitoriza a mudança ou melhoria implementada;
- 4) **Act** – Agir, após o planeamento da mudança ou melhoria, depois da sua implementação e monitorização, sendo que esta fase consiste em actuar em relação aos resultados, tendo em conta o seu efeito no âmbito de todo o processo de melhoria da qualidade.

Se a meta estabelecida é alcançada, procede-se à padronização do método utilizado, sendo que, não sendo a meta atingida, deve proceder-se à correcção dos desvios detectados, retomando o ciclo até que se atinja a meta inicialmente proposta (Cutait, 1998 como citado em Zanon, 2001).

Outro mecanismo semelhante, para a melhoria contínua da qualidade, é sugerido pela WHO, no seu relatório de 2006, *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. De acordo com a WHO (2006), este consiste num processo que permite a realização de intervenções estratégicas, em ordem a obter os resultados previstos, em termos de melhoria da qualidade, sendo que consiste num processo cíclico, com sete actividades distribuídas por três elementos:

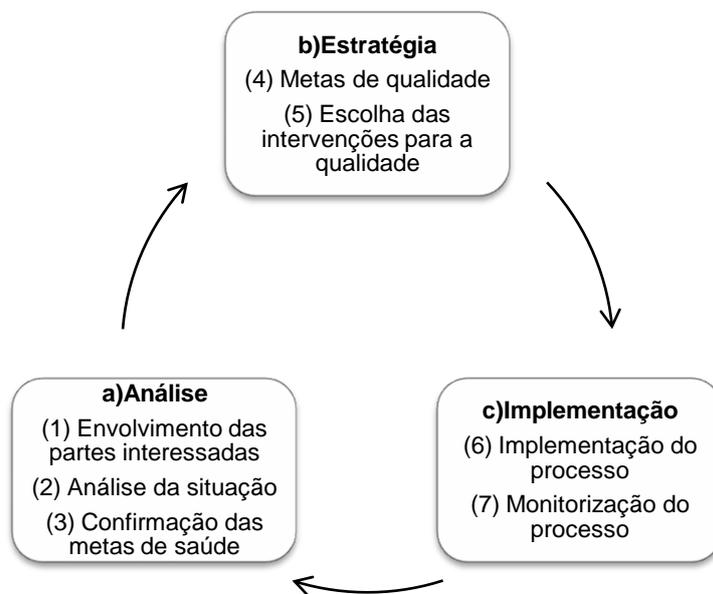
- a) **Análise** – (1) envolvimento das partes interessadas, (2) análise da situação, (3) confirmação das metas de saúde;
- b) **Estratégia** – (4) metas da qualidade, (5) escolha das intervenções para a qualidade;
- c) **Implementação** – (6) implementação do processo, (7) monitorização do processo.

Pela análise destes dois mecanismos de melhoria contínua da qualidade, verifica-se a necessidade e a importância da avaliação no âmbito deste processo. Segundo Lima e Lima (1998), a avaliação deve consistir num processo permanente, objectivando quer o aumento da pertinência, quer da eficiência e eficácia, das intervenções implementadas pelas organizações de saúde.

De acordo com Øvretveit e Gustafson (2002 como citado em Sousa, 2010) um dos grandes objectivos dos sistemas de saúde modernos consiste na necessidade de avaliação da qualidade dos serviços prestados, de modo a verificar onde e como nos encontramos, permitindo planear o para onde e de que forma queremos ir.

Tal como já descrito, a WHO aconselha cada país a possuir uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde, sendo que essa estratégia deverá incluir a tomada de medidas sustentáveis a longo prazo e deverá ser implementada de modo sistemático, tendo em conta as realidades regionais e locais (Faria e Moreira, 2009). De acordo com Biscaia (2000), no nosso país, desde os finais dos anos 80 que se tem vindo a assistir a desenvolvimentos nesta área.

Figura 2. Mecanismo de construção de uma estratégia de qualidade.



Fonte: Adaptado de WHO, 2006.

Em Portugal verifica-se uma clara assunção de uma política de qualidade em saúde, com a existência de um diploma legislativo que determina a criação de comissões de qualidade em todas as organizações de saúde, e com a criação do Conselho Nacional da Qualidade em Saúde e do Instituto da Qualidade em Saúde, responsáveis pelo desenvolvimento de vários projectos e programas no âmbito da melhoria da qualidade, entre os quais: a) a criação de um **sistema de acreditação** para os hospitais em parceria com o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS); b) o **MoniQuOr** para avaliação e monitorização da qualidade organizacional e promoção da melhoria contínua nos Centros de Saúde; c) a elaboração de **manuais da qualidade** na admissão e encaminhamento dos utentes, visando a melhoria dos procedimentos no âmbito do atendimento e circuito do utente nas instituições de saúde, sendo a sua aplicação avaliada por auditorias internas e externas; d) desenvolvimento do **QualiGest**, um modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade, baseado no modelo da *European Foundation for Quality Management*; e) publicação e divulgação de um **instrumento de avaliação do grau de satisfação dos utentes**, validado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Faculdade de Economia de Coimbra (Biscaia, 2000; Ribeiro et al., 2008; Pisco e Biscaia, 2001).

No entanto, apesar destas medidas enunciadas, de acordo com Faria e Moreira (2009), a prevenção do erro e a implementação de medidas eficazes de promoção da qualidade

ainda se encontram numa fase inicial de desenvolvimento, no que se refere aos serviços de saúde em Portugal.

O Ministério da Saúde apresenta como uma das suas missões potenciar a coesão do sistema de saúde e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, sendo que o PNS (2004-2010) apresenta como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde (Faria e Moreira, 2009).

O PNS (2004-2010), pela identificação de alguns elementos necessitados de melhoria, no que se refere à qualidade na saúde, constituiu-se como o ponto de partida para o desenvolvimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), aprovada e descrita no Despacho n.º 14223/2009, da Ministra da Saúde, publicado a 24 de Junho, no Diário da República n.º 120, Série II (Faria e Moreira, 2009).

O Departamento da Qualidade em Saúde (DQS), criado em 16 Fevereiro de 2009, integrado na Direcção Geral de Saúde (DGS) e aprovado pelo Despacho n.º 13793/2009 de 16 de Junho, sucede ao Instituto da Qualidade em Saúde e à Agência da Qualidade na Saúde, assumindo o papel coordenador da ENQS (que deverá ser implementada e consolidada num período temporal de cinco anos) e, apoiado por um órgão consultivo designado por Conselho para a Qualidade na Saúde, é incumbido de criar um programa nacional de acreditação em saúde, de adesão voluntária, com o objectivo de garantir a qualidade das instituições aderentes e consolidar a cultura da qualidade integral (Faria e Moreira, 2009).

De acordo com Ribeiro et al. (2008, p. 13) “a gestão de qualidade total engloba o conceito de melhoria contínua na qualidade, consistindo em dirigir todos os esforços da organização para a melhoria do processo e para a prevenção de problemas, eliminando desta maneira o custo de os corrigir”. Neste tipo de gestão, todos os actores se encontram conscientes do efeito do seu trabalho na satisfação das necessidades dos utilizadores dos serviços, sendo que os decisores se constituem como agentes de mudança, permitindo a criação de um ambiente organizacional de aprendizagem permanente (Ribeiro et al., 2008).

Face a uma progressiva autonomia do utente em relação ao poder do profissional de saúde, bem como à crescente exigência e expectativa, do mesmo, em relação aos resultados dos cuidados recebidos, a ENQS reconhece o cidadão como o protagonista dos serviços de saúde, que o mesmo integra como cliente, utilizador e proprietário, sendo que este deverá ter o direito reconhecido de: **participar nas decisões** que lhe dizem respeito; **ser informado sobre potenciais riscos e benefícios** de cada procedimento; **ter o poder de decisão**, depois de devidamente informado, sobre a aceitação ou recusa desses riscos e benefícios (Faria e Moreira, 2009).

No âmbito da ENQS, o trabalho do DQS consiste na promoção de uma nova dinâmica no conceito de cliente em saúde, numa melhor orientação estratégica do prestador dos serviços, na definição de um modelo único e voluntário de acreditação nacional e na análise crítica dos resultados, tendo adoptado como prioridades estratégicas de actuação (Faria e Moreira, 2009): 1 – **Qualidade clínica e organizacional**; 2 – **Informação transparente ao cidadão**; 3 – **Segurança do doente**; 4 – **Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde**; 5 – **Gestão integrada da doença e inovação**; 6 – **Gestão da mobilidade internacional de doentes**; 7 – **Avaliação e orientação das reclamações e sugestões** dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Mais recentemente, o novo PNS (2011-2016) refere a implementação/reforço da governação integrada (clínica, empresarial, financeira, de informação, de gestão de risco), os mecanismos de influência (normas de orientação clínica, ambiente e arquitectura estruturais, financiamento, avaliação e acreditação de unidades de saúde), resposta integrada ao doente crónico, participação e capacitação dos doentes, como estratégias e recursos para o reforço da Qualidade em Saúde, incluindo orientações para a qualidade a nível político, institucional e dos profissionais, visando a assunção institucional de uma cultura da qualidade, o desenvolvimento articulado de instituições e serviços e a promoção, a vários níveis, de uma cultura avaliativa (ACS, 2011).

Ainda, o PNS (2011-2016) considera como factores determinantes para alcançar a qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, o foco nos Cuidados de Saúde Primários, associados a melhores condições sociais e ambientais, resultantes de políticas sociais e de saúde pública (ACS, 2010).

Constituindo-se a qualidade em saúde como uma tarefa que envolve uma multiplicidade de profissionais de saúde, também as suas associações profissionais desempenham um papel fundamental na criação de sistemas da qualidade e determinação de padrões para os domínios específicos de cada profissão envolvida (Ribeiro et al., 2008).

Deste modo, e tendo em conta o que foi descrito, verifica-se essencial a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados. Neste âmbito, a avaliação da qualidade em saúde assume-se como um ponto fundamental, permitindo o diagnóstico da situação actual, o planeamento de mudanças e aferição dos resultados das mudanças implementadas.

2.1.5. Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários

A universalidade e garantia de acesso aos cuidados de saúde, através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), têm sido instituídas por vários países a nível mundial, sendo que esta reformulação, verificada nas últimas décadas, tem tornado especialmente relevante a questão da qualidade no âmbito deste nível da prestação de cuidados de saúde (Campos, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu relatório de 2008, “Cuidados de Saúde Primários agora mais do que nunca”, centra a sua atenção na necessidade de reestruturação dos CSP e reforça a sua importância, no âmbito do desenvolvimento e do desempenho global dos sistemas de saúde.

A história dos Centros de Saúde em Portugal remonta a 1971, sendo que, desde a sua fundação, estes têm constituído a base da arquitectura organizativa dos cuidados de saúde primários no nosso país, cobrindo toda a extensão do território nacional (Lourenço, 2010).

De acordo com o Programa do XVII Governo Constitucional, os CSP constituem-se como o pilar central do sistema de saúde, sendo que os centros de saúde se apresentam como o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo funções importantes de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença, bem como de ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Um sistema de saúde consiste na forma como uma sociedade se organiza para o fornecimento, distribuição, gestão, financiamento e regulação dos cuidados de saúde aos seus cidadãos, sendo que as actividades inerentes ao mesmo devem destinar-se a promover, restaurar ou manter a saúde (World Business Council for Sustainable Development, 2008; Rosa, 2002).

Os CSP constituem-se como elementos-chave de um sistema de saúde, dado que se encontram na linha de frente e se apresentam como cuidados de primeiro contacto, providenciando um acompanhamento global e longitudinal ao longo de todo o processo saúde/doença durante uma vida, e não apenas dos episódios de doença, sendo que no âmbito do SNS, os cuidados de saúde primários constituem a função primordial dos Centros de Saúde (Lobo, 2008).

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2009a), sistemas de saúde mais orientados para os cuidados de saúde primários tendem a demonstrar melhor desempenho, ao nível da saúde da população, equidade, acessibilidade, continuidade de

cuidados, relação custo benefício e satisfação dos cidadãos, que sistemas mais baseados nos cuidados diferenciados hospitalares.

O Guia do Utente do SNS define o Centro de Saúde como “a unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população”, sendo que os CSP, que constituem a sua função primordial, estão abrangidos pela universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade, do SNS português (ERS, 2009a).

A última reforma dos CSP remonta a 2005, iniciando-se um processo de reconfiguração dos Centros de Saúde, tendo como objectivo a reconfiguração da própria estrutura organizacional e funcional dos Centros de Saúde (Lourenço, 2010).

Em 2005, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), criada em 12 de Outubro pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, definiu oito áreas de acção prioritária para o desenvolvimento dos CSP: a) reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; b) implementação de unidades de saúde familiar, c) reestruturação dos serviços de saúde pública; d) outras dimensões de intervenção na comunidade; e) implementação de unidades locais de saúde; f) desenvolvimento dos recursos humanos; g) desenvolvimento do sistema de informação; h) mudança e desenvolvimento de competências (Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários, 2011).

Esta reforma levou à criação de 202 Unidades de Saúde Familiar, em 2009, e à reorganização da arquitectura dos antigos Centros de Saúde, actualmente reconfigurados como Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), em virtude do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (Lourenço, 2010).

Os ACES são serviços públicos de saúde, que possuem autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, agrupam um ou mais centros de saúde, e apresentam como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, sendo que com a sua criação se pretende atribuir estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, atenta às necessidades das populações e à melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Esta nova arquitectura organizacional assenta em cinco vertentes, nomeadamente: a) numa **rede descentralizada de equipas e unidades funcionais multi-profissionais**; b) na **descentralização da gestão para o nível local**; c) na **concentração de meios e recursos escassos**; d) no **desenvolvimento da governação clínica e de saúde**; e) na **participação da comunidade** (CE CSP, 2011).

No que concerne às unidades funcionais, os ACES podem contar com as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as

unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários, pelas administrações regionais de saúde, sendo que no que se refere aos órgãos de administração e fiscalização dos ACES, estes são constituídos pelo director executivo, conselho executivo, conselho clínico e conselho da comunidade (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

De acordo com o *Department of Health*, do *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, no documento a *First Class Service – Quality in the new NHS* (1998, p. 34), a governação clínica pode ser definida como “um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de cuidados, pela criação de um ambiente propício ao desenvolvimento da excelência dos cuidados clínicos”. Segundo Lourenço (2010), este movimento introduz também o conceito de *accountability*, ou seja, responsabilização, sendo que os seus elementos fundamentais, de acordo com Starey (2001) consistem na formação contínua, na realização de auditorias clínicas, na procura da efectividade clínica, na gestão do risco, na pesquisa e desenvolvimento e na abertura à comunidade e ao escrutínio público.

O conceito de governação clínica e de saúde (GCS) combina duas ideias fundamentais, a melhoria dos níveis de saúde e obtenção de resultados clínicos individuais, juntamente com a obtenção de resultados de saúde de âmbito populacional (CE CSP, 2011). Os oito componentes essenciais da GCS em Medicina Geral Familiar (MGF) e CSP podem ser observados na Figura 3.

De acordo com a Coordenação Estratégica dos CSP (2011), a GCS em CSP tem como objectivo guiar as equipas de saúde para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados, o que implica: a) a **definição dos resultados a alcançar** (ao nível de potencial de saúde, determinantes da saúde, doenças agudas, doenças evitáveis, doenças crónicas, mortes prematuras evitáveis, qualidade de vida, esperança de vida com qualidade); b) a **definição dos níveis em que esses resultados devem ser alcançados**; c) a **definição dos meios e forma de os atingir**; d) **execução do definido**; e) **monitorização e controlo** da execução; f) **avaliação e comparação** dos resultados finais com os objectivos propostos.

Figura 3. Componentes da Governação Clínica e de Saúde em Medicina Geral e Familiar e Cuidados de Saúde Primários.



Fonte: Adaptado de Coordenação Estratégica CSP, 2011.

Os Conselhos Clínicos dos ACES, de acordo com Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, apresentam como competências: a) **avaliação da efectividade** dos cuidados de saúde prestados; b) **definição de directivas** e instruções para o cumprimento de normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; c) **fixação de procedimentos** que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; d) **aprovação de orientações clínicas** relativas à prescrição de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes; e) **recomendação de realização de auditorias externas** ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos; f) fornecimento de **apoio ao director executivo** em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica; g) **verificação do grau de satisfação dos profissionais** do ACES; h) **organização e controlo das actividades de desenvolvimento profissional** contínuo e de investigação; i) **decisões sobre conflitos de natureza técnica**.

Com a atribuição de todas estas competências, os conselhos clínicos possuem a capacidade de ultrapassar a gestão excessivamente centralizada e burocrática (Lourenço, 2010).

Deste modo, de acordo com o Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, SNS – Proximidade com Qualidade (2009 como citado em Lourenço, 2010) e com a Coordenação Estratégica dos CSP (2011), surge pela primeira vez, na história dos CSP em Portugal, o desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde, combinando quer componentes da *clinical governance*, iniciada no Reino Unido em 1997, como os processos de melhoria contínua da qualidade e segurança do doente, quer componentes da corrente *health governance*, mais orientada para os ganhos em saúde e de bem-estar ao nível de grupos e populações.

Segundo o novo PNS (2011-2016), esta reconfiguração dos Centros de Saúde encontra-se orientada para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, proporcionando uma maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.

2.2. Qualidade e Satisfação na Perspectiva dos Utilizadores

2.2.1. Aspectos Conceptuais, Determinantes e Teoria da Satisfação

Actualmente é comum considerar a satisfação das necessidades dos clientes como um dos objectivos centrais de qualquer organização, o que, por si só, tem vindo a atribuir uma importância crescente à monitorização da satisfação do consumidor/utilizador, como forma de avaliação do seu desempenho global (Marchetti e Prado, 2001).

De acordo com Lobo (2008), a satisfação dos utentes refere-se à sua satisfação, no que concerne à qualidade dos serviços de saúde prestados. A qualidade percebida está, deste modo, relacionada com o nível de satisfação do cliente sendo que um dos procedimentos mais utilizados, para avaliação da qualidade em serviços, consiste na mensuração do grau de satisfação dos utilizadores com o desempenho do serviço, mediante um conjunto de critérios considerados relevantes (Zanon, 2001; Freitas, 2005).

A satisfação tem sido reconhecida como uma parte integrante dos resultados da prestação de cuidados de saúde, sendo que, constituindo-se a mesma como um componente da qualidade, o seu conhecimento e análise, desempenha um papel importante na avaliação e na melhoria contínua da qualidade (Cleary et al., 1991; González-Valentín, Paldín-López e Ramón-Garrido, 2005).

Deste modo, a satisfação constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados prestados (González-Valentín et al., 2005; Wilkin et al., 1996 como citado em Batista, Santos, Santos e Duarte, 2010).

De acordo com Salomi e Miguel (2002), os conceitos de satisfação e qualidade em serviços encontram-se fortemente ligados.

Relativamente às questões relacionadas à percepção da qualidade e à satisfação dos utilizadores, verificam-se a existência de várias abordagens conceptuais e metodológicas, assentes em diferentes paradigmas.

Esperidião e Trad (2006) referem que, embora a satisfação seja um conceito referido em larga escala na literatura, o mesmo apresenta contornos vagos, sendo que reúne múltiplas e diversas realidades.

No que concerne à satisfação, de acordo com Marchetti e Prado (2001), existem dois tipos de definições, de acordo com a ênfase que lhe é atribuída, **como resultado** – *outcome-oriented*, ou **como processo** – *process-oriented*. De acordo com os mesmos autores (2001, p. 57), tendo em conta os trabalhos de Tse e Wilson (1988), Howard e Sheth (1969), Hunt (1977) e Engel, Blackwell e Miniard (1993), a satisfação, ao ser considerada como um resultado de uma experiência de consumo, pode ser definida como “a resposta do consumidor a uma avaliação da discrepância percebida entre as expectativas e a performance corrente de um produto percebida após o seu consumo”. A abordagem centrada no processo acarreta uma visão mais abrangente da satisfação do consumidor, concebendo-a na perspectiva da totalidade da experiência de consumo, sendo que, de acordo com Yi (1990 como citado em Marchetti e Prado, 2001, p. 57), esta abordagem “salienta as perspectivas de processos perceptuais, avaliativos e psicológicos como geradores da satisfação do consumidor”.

Ainda, Salomi e Miguel (2002) referem uma terceira vertente, para além da satisfação como resultado e da satisfação como processo, esta vertente considera a satisfação **como um fenómeno psicológico subjectivo**.

No âmbito da primeira vertente, Howard e Sheth (1969) consideram que o consumidor é motivado pelas suas expectativas, recorrendo a elementos cognitivos, para avaliação do grau de congruência entre a consequência efectiva da compra e as expectativas prévias, do qual pode resultar satisfação ou insatisfação com a compra. Deste modo, a satisfação é considerada como um estado cognitivo de ser, que pode ser recompensado de modo adequado ou inadequado (Salomi e Miguel, 2002).

A segunda vertente foi utilizada por Oliver nas suas pesquisas (Marchetti e Prado, 2001; Salomi e Miguel, 2002). Oliver (1980), com base no paradigma da discrepância/desconfirmação, define satisfação como um processo de comparação estabelecido entre a expectativa prévia de consumo de um produto ou serviço e o resultado da experiência efectiva da sua aquisição. Segundo Oliver (1981, p. 27) “a satisfação pode ser melhor entendida como uma avaliação da surpresa inerente à

aquisição de produtos e/ou experiência de consumo”, existindo um contínuo entre satisfação e insatisfação (Lopes, 2007).

Segundo o **paradigma da desconfirmação/discrepância**, a satisfação encontra-se relacionada com a extensão e a direcção da desconfirmação, no que concerne às expectativas iniciais dos utilizadores (Churchill e Suprenaut, 1982 como citados em Parasuraman et al., 1985; Oliver, 1980, 1981; Newsome e Wright, 1999; Urdan, 2001). A maioria dos conceitos de satisfação, propostos depois dos trabalhos de Oliver, teve por base este modelo, embora com algumas modificações (Miguel e Salomi, 2001).

Pizam e Ellis (1999) referem-se à satisfação como um estado psicológico, envolvendo um sentimento de bem-estar e prazer, em resultado da obtenção daquilo que se espera de um produto ou serviço. Este conceito enquadra-se na terceira vertente mencionada (Salomi e Miguel, 2002).

Ainda, Fox e Storm (1981 como citados em Lopes, 2007a) identificaram o impacto de variáveis sócio-demográficas na satisfação, identificando o sexo e idade enquanto preditoras de satisfação.

Smith e Hudson (1982 como citados em Parasuraman et al., 1985) consideram que a satisfação com os serviços se encontra relacionada com a confirmação ou desconfirmação das expectativas dos utilizadores.

Pascoe (1983 como citado em Esperidião e Trad, 2006), tendo por base uma extensa revisão da literatura, considera a satisfação como uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em aspectos subjectivos e de ordem cognitiva e afectiva, sendo estabelecida em função da comparação entre experiência vivida e critérios subjectivos do utilizador. Este autor conclui que a informação sobre a satisfação do paciente pode fornecer uma medida dependente da qualidade do serviço, servindo como um preditor de comportamentos relacionados à saúde (Pascoe, 1983).

Swan, Sawyer, Van Matre e McGee (1985), propõem um modelo combinado da satisfação em serviços de saúde, contendo quatro constructos. Engloba a percepção do desempenho do serviço, a confirmação da expectativa sobre o desempenho e percepção de tratamento equitativo, satisfação global e intenção de visitar ou evitar o serviço no futuro, como partes integrantes de um processo abrangente.

Tse e Wilton (1988 como citados em Ueltschy et al, 2008) consideram a satisfação como a resposta do consumidor à avaliação da discrepância percebida entre expectativas prévias e desempenho efectivo.

Ainda, Weiss (1988), após uma revisão extensa da literatura, apresenta quatro grupos de determinantes principais da satisfação: características dos pacientes (sócio-

demográficas, expectativas sobre serviço, estado de saúde); características dos profissionais que prestam o serviço; aspectos da interacção entre o paciente e o profissional de saúde e factores estruturais e ambientais. Este autor conclui que factores predisponentes, tais como a confiança no sistema de saúde, a existência de uma fonte regular de cuidados e a satisfação com a vida em geral, se constituem como preditores de satisfação mais importantes do que a idade, sexo, raça, nível de instrução e condições económicas (Weiss, 1988).

Hall e Dornan (1990), após uma extensa revisão da literatura, sobre a relação entre a satisfação dos pacientes da saúde e as suas características sócio-demográficas, verificaram que maiores níveis de satisfação se encontravam significativamente relacionados com idades mais avançadas e níveis de instrução mais baixos.

Fitzpatrick (1991) refere oito dimensões da satisfação dos pacientes, no que concerne aos cuidados de saúde: humanização, custo, disponibilidade de informação, instalações, qualidade geral, resultados, competência, continuidade, burocracia, acesso e atenção aos problemas psicossociais. Ainda, defende que, à parte das pressões externas, as organizações de saúde devem valorizar a medição da satisfação dos pacientes dado que esta se constitui como uma medida dos resultados obtidos, mostra-se útil na avaliação das interacções e padrões de comunicação e, quando usada de modo sistemático, permite analisar e escolher modos alternativos de organização e prestação de cuidados.

Bitner e Hubert (1994 como citados em Ruyter et al., 1997), no que se refere ao sector dos serviços, introduziram a distinção entre satisfação resultante de uma interacção, e satisfação global, resultante de múltiplas interacções com o serviço ao longo de um período de tempo.

Por outro lado, Sixma, Spreeuwenberg e Van Der Pasch (1998), procuraram analisar a relação entre a satisfação com os cuidados de saúde e as variáveis dos utilizadores e dos prestadores de cuidados. Concluíram que 90% a 95% das variações resultavam apenas de variáveis associadas aos utilizadores, considerando, deste modo, a satisfação como uma medida subjectiva, centrada no usuário e que pode levar ao desvio da avaliação de factores do serviço.

Larson (1999) verifica que à medida que os doentes ficam mais idosos, apresentam avaliações de qualidade dos serviços mais positivas.

Esperidião e Trad (2006), após uma extensa revisão da literatura, de artigos publicados sobre a satisfação dos utilizadores de serviços de saúde, verificaram que os enfoques teóricos encontrados consistem, de modo predominante, em abordagens da psicologia social da escola norte-americana e do marketing, identificando quatro teorias da satisfação:

- a) **Teoria da atitude** – a satisfação é entendida como uma atitude, uma avaliação positiva ou negativa efectuada pelo utilizador, sobre determinados aspectos do serviço; associado a esta teoria existe o modelo de Linder-Pelz, denominado por teoria do valor-expectativa, que considera a satisfação uma atitude positiva relativa à crença de que o cuidado médico possui determinados atributos que podem ser avaliados;
- b) **Teoria da discrepância** – é a mais utilizada nas pesquisas, sendo os níveis de satisfação determinados pela diferença entre as expectativas e a percepção da experiência; um exemplo de um modelo baseado nesta teoria é o Modelo GAP, de Parasuraman et al. (1985, 1988), e a sua escala de medição Servqual;
- c) **Teoria da realização/confirmação** (de expectativas e necessidades) – a satisfação é dada simplesmente pela diferença entre o que é desejado ou esperado e o que é obtido, sendo que podem existir dois tipos de teoria da realização, dependendo se a realização é de expectativas ou necessidades; a teoria da confirmação de expectativas é bastante utilizada em estudos, sendo também a mais criticada na literatura, dado que se corre o risco de avaliar somente o desejo do utilizador e não o serviço de saúde;
- d) **Teoria da equidade** – considera que os utilizadores avaliam os serviços no que concerne aos ganhos e perdas individuais, em comparação com outros utilizadores, ou seja, avaliam o serviço segundo critérios de equidade, introduzindo elementos de comparação social.

De acordo com os mesmos autores, estas teorias centram-se em aspectos psicológicos, tais como crenças, expectativas e percepções dos utilizadores, sendo que os modelos teórico-conceptuais da discrepância e da realização ou confirmação da expectativa são os mais desenvolvidos e abordados na literatura.

O paradigma da desconformidade/desconfirmação constitui-se como a base para a maioria dos estudos empíricos sobre satisfação (Ueltschy, 2008). E é ao nível dos serviços, que a satisfação vai de encontro à qualidade (Ruyter et al., 1997).

2.2.2. Qualidade Percebida e Satisfação

No que concerne à qualidade, a pesquisa sobre a qualidade dos serviços salienta a qualidade percebida, baseada no utilizador (Urdan, 2001).

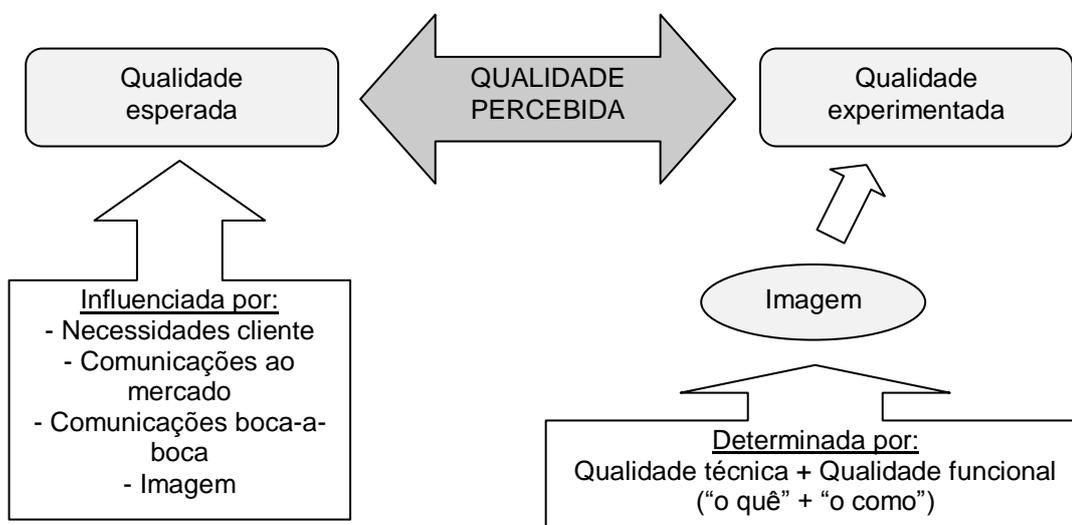
Dos diversos autores que desenvolveram trabalhos com o foco na qualidade dos serviços, a maioria aborda o mesmo paradigma, comumente aceite para a explicação da satisfação do consumidor (Marchetti, 2001). Fox e Storm (1981 como citados em

Lopes, 2007a) propõem a ligação dos dois constructos, trabalhando-os simultaneamente.

De acordo com Garvin (1984), a qualidade percebida, envolve uma avaliação pessoal e subjectiva de excelência ou superioridade, efectuada pelo cliente.

Oliver (1997 como citado em Urdan, 2001) considera a satisfação uma resposta imediata ao consumo, enquanto que a qualidade percebida é algo que existe antes e após o consumo, como significado duradouro da excelência de um bem ou serviço. Deste modo, a avaliação da qualidade percebida é processada em associação a uma transacção específica logo após a sua ocorrência, sendo esta uma antecedente da satisfação com essa transacção (Oliver, 1997 como citado em Marchetti, 2001).

Figura 4. Modelo genérico de qualidade de serviços de Grönroos.



Fonte: Adaptado de Urdan, 2001.

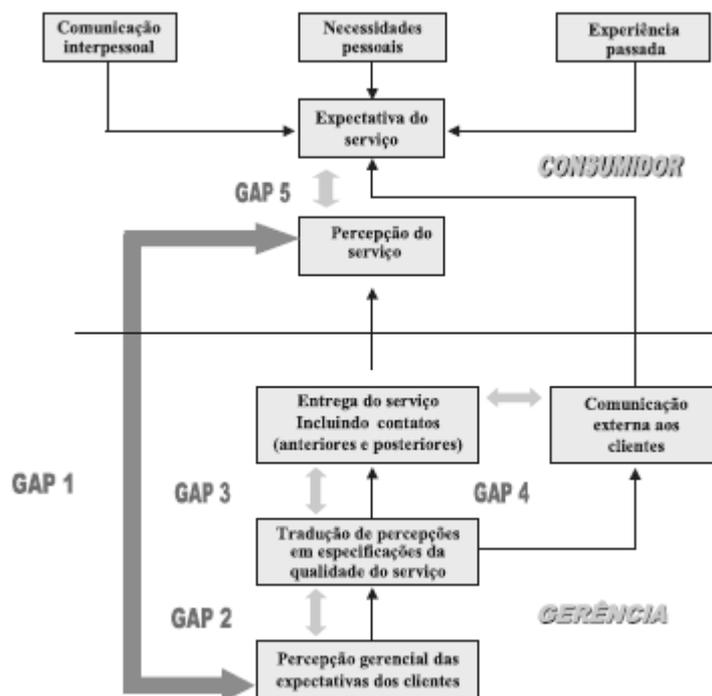
Segundo Grönroos (1984), é importante saber como os utilizadores avaliam e percebem a qualidade de um serviço, sendo que o conhecimento e a gestão adequada dessas avaliações irá permitir a sua movimentação na direcção pretendida. De acordo com este autor, a qualidade percebida de um serviço consiste no resultado final de um processo de avaliação, no qual o utilizador compara as percepções do serviço recebido com as expectativas do serviço esperado. Deste modo, a qualidade do serviço dependerá de duas variáveis, do serviço esperado e da percepção do serviço recebido, sendo que a mesma apresenta duas dimensões: técnica – o que o cliente realmente recebe como resultado da prestação do serviço; funcional – o modo como o cliente percebe o processo da interacção, ou seja, o modo como o serviço é prestado, a forma como a

parte técnica é transferida para o cliente (Grönroos, 1990 como citado em Urdan, 2001; Grönroos, 1982 como citado em Parasuraman et al, 1985).

Ainda, de acordo com Grönroos (1984), um bom resultado ao nível da qualidade é obtido quando o serviço experimentado atende as expectativas do utilizador, sendo que é em função da qualidade percebida que os que os utilizadores escolhem os prestadores de serviços. Na Figura 4, pode observar-se um esquema do modelo genérico da qualidade de serviços de Grönroos.

Segundo Parasuraman et al. (1985), a qualidade percebida num serviço é função da discrepância existente entre as expectativas do utilizador do serviço e as suas percepções relativamente ao serviço recebido, sendo que bons resultados de qualidade são obtidos quando as percepções dos clientes excedem as suas expectativas. Parasuraman et al. (1985) desenvolveram um modelo da qualidade percebida, designado por Modelo GAP, segundo o qual a qualidade percebida pelos utilizadores de um serviço é influenciada por um conjunto de lacunas associadas aos prestadores, ou seja, associadas às tarefas necessárias ao fornecimento de um serviço. Na Figura 5, pode observar-se um esquema do modelo GAP.

Figura 5. Modelo GAP.



Fonte: Miguel e Salomi, 2004, p. 16.

O **GAP 1** constitui-se como a discrepância entre a expectativa do utilizador e a percepção da gestão sobre essas expectativas; o **GAP 2** consiste na discrepância entre a percepção da gestão acerca das expectativas dos clientes e as especificações da qualidade do serviço nessa organização; o **GAP 3** descreve a discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e o serviço efectivamente prestado ao cliente; o **GAP 4** traduz a discrepância entre o serviço efectivamente prestado e as expectativas geradas pelas comunicações externas sobre esse serviço; o **GAP 5** consiste na discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço, sendo que este GAP é expresso em função da associação dos restantes. A formação da expectativa do utilizador tem como base os seguintes pontos principais: a comunicação interpessoal, necessidades pessoais e experiência passada, em constante renovação (Parasuraman et. al. 1985, 1988).

Partindo do modelo da satisfação de Oliver, no âmbito do modelo GAP a qualidade percebida do serviço é considerada como o julgamento global, ou atitude, relativamente à superioridade ou excelência de um serviço, enquanto a satisfação se encontra relacionada com um facto ou transacção específica (Parasuraman et al., 1988). Durante a aquisição de um serviço, as diversas ocorrências da satisfação resultam num julgamento da qualidade percebida do mesmo, ou seja, em algo semelhante a uma atitude global, sendo que elevados níveis de qualidade percebida resultam num aumento da satisfação do consumidor (Parasuraman et al., 1988).

A partir deste modelo GAP, foi desenvolvida uma escala de mensuração da satisfação e qualidade percebida, a escala Servqual, que será abordada posteriormente.

Cronin e Taylor (1992), partindo dos trabalhos de Parasuram, Zeithaml e Berry, investigaram os aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade nos serviços, bem como a sua relação com a satisfação e a intenção de compra/retorno ao serviço. Estes autores desenvolveram um novo modelo da qualidade nos serviços, associado a uma nova escala Servperf, que será posteriormente abordada. Segundo Cronin e Taylor (1992, 1994), a qualidade do serviço antecede a satisfação do consumidor, sendo que esta última tem uma influência significativa, e superior à qualidade percebida, nas intenções de retorno dos clientes. Cronin e Taylor (1992, 1994) definem qualidade de serviços como a percepção do utilizador a respeito do actual desempenho de uma organização ou serviço. Segundo estes autores, a qualidade do serviço constitui-se como uma atitude em relação às dimensões da qualidade, sendo que a mesma deve ser avaliada apenas pela percepção que o utilizador tem do seu desempenho, e não pela discrepância entre expectativas e desempenho.

Ruyter et al. (1997), na tentativa de concepção de um modelo integrado, que unisse os conceitos de satisfação e qualidade percebida, levaram a cabo um estudo empírico num

serviço de saúde, como forma de determinar a relação entre ambos, tendo concluído que a qualidade de um serviço pode ser vista como antecedente à satisfação com o mesmo e que um aumento na qualidade do serviço conduz a um aumento em termos de satisfação.

Segundo Newsome e Wright (1999), a percepção da qualidade antecede a satisfação do paciente e, constituindo-se como um dos factores que exerce influência sobre ela, pode ocorrer de modo independentemente da experiência relativa a um serviço. De acordo com estes autores, a satisfação apenas decorre em função da interacção com o serviço em questão, constituindo-se como um conceito mais amplo, que pode referir-se quer a uma interacção, quer ao nível global do histórico de interacções com o serviço.

Segundo Lopes (2008), citado por Miranda (2010), existe uma ligação quantitativa entre a qualidade dos serviços e a satisfação, baseada em composições lineares com os mesmos componentes, mas distintas entre si: a qualidade de serviços no domínio dos aspectos cognitivos e a satisfação no domínio dos aspectos afectivos.

Tendo em conta o que foi referido, verifica-se que os conceitos de satisfação do consumidor e qualidade percebida do serviço, embora diferentes, são bastante próximos e encontram-se relacionados entre si, existindo, no entanto, ausência de consenso na literatura no que concerne à natureza dessa relação e ao modo como se relacionam entre si.

Pela análise das definições apresentadas e dos modelos descritos, verifica-se que ambos os conceitos derivam do paradigma da desconfirmação/desconformidade, existindo, deste modo, uma convergência no que concerne aos seus métodos de avaliação, dado que os mesmos se operacionalizam da mesma forma, sendo que, por este motivo, podem ser medidos simultaneamente (Marchetti e Prado, 2001; Urdan, 2001).

Apesar de especialistas de marketing considerarem a determinação do nível de satisfação do cliente como critério absoluto para avaliação da qualidade em bens e serviços e consultores de qualidade defenderem a aplicação desse mesmo critério para avaliar a qualidade da saúde, há que considerar que nem sempre se torna possível a transposição e adaptação de conceitos e métodos da indústria de bens e serviços para o sector da saúde (Zanon, 2001).

De acordo Evans (1971 como citado em Zanon, 2001, p. 85), no que se refere ao sector da saúde, e citando Richard Wenzel, professor de medicina e especialista em epidemiologia hospitalar da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos da América (EUA): “não é possível definir a qualidade somente do ponto de vista do paciente, pois um paciente perfeitamente satisfeito poderá não estar recebendo atenção médico-

hospitalar de boa qualidade. A opinião do paciente é necessária, porém insuficiente para definir a qualidade da assistência médico-hospitalar”.

Torna-se importante reflectir e avaliar o nível de satisfação dos utilizadores dos serviços, identificar os factores que a influenciam, analisar os resultados e propor estratégias para a melhoria das organizações (Batista et al., 2010). No entanto, há que ter em atenção que a opinião dos utilizadores dos serviços, por si só, é insuficiente para definir, na sua totalidade, a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

2.3. Aspectos Conceptuais e Metodológicos da Avaliação da Qualidade

2.3.1. Avaliação da Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde surge actualmente como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial (Pisco e Biscaia, 2001). De acordo com Biscaia (2000) a qualidade na saúde deverá ser analisada no âmbito de um sistema de saúde, integrado numa sociedade complexa e em constante evolução.

No entanto, esta demanda por qualidade, objectivando a melhoria contínua dos cuidados, coloca em foco o processo avaliativo da qualidade em saúde. Actualmente, de acordo com Pisco e Biscaia (2001), já não é suficiente o “fazer o nosso melhor”, sendo que se torna necessária a implementação de mecanismos rigorosos e sistemáticos de avaliação dos cuidados prestados, de modo a aferir se os recursos são utilizados de modo adequado e se a qualidade obtida é, efectivamente, a melhor possível.

Segundo Vuori (1982, p. vii), no relatório *Quality Assurance of Health Services*, da OMS, “por garantia de qualidade entende-se o resultado da medição do actual nível de serviços prestados, bem como o esforço para modificar, quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados originados nessa medição”. Ainda, de acordo com este autor, uma das principais preocupações da OMS, a partir do início da década de 80, tem sido, precisamente, o desenvolvimento de programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde.

Encontrando-se, deste modo, inerente aos programas de garantia de qualidade, a avaliação das acções em saúde tem vindo, de modo progressivo, a conquistar um lugar de destaque no planeamento e na gestão da saúde (Bosi e Uchimura, 2007).

A avaliação constitui-se como um processo intencional e ausente de neutralidade, auxiliado por diversas áreas do conhecimento, e que pode ser aplicado a qualquer

prática profissional, organização, rede de serviços, a qualquer programa ou actividade, inclusive na área da saúde, sendo que o processo avaliativo não deve ser entendido como algo pontual, mas como um instrumento de gestão, indispensável na mensuração dos esforços de uma instituição para a qualidade e excelência (Adami e Maranhão, 1995).

Assim sendo, tendo como objectivo a melhoria contínua dos cuidados, a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo que, sem dispor de mecanismos que a permitam avaliar, não se consegue intervir, de modo efectivo, na área da qualidade em saúde (Sousa, 2010).

De acordo com Almeida, Lopes e Silva (2010), os primeiros estudos registados sobre a qualidade na saúde foram provavelmente desenvolvidos pelos Romanos, nos seus hospitais militares, sendo que, de acordo com Zanon (2001), a primeira tentativa formal de avaliação da assistência médica e hospitalar partiu de Codman, cirurgião em Boston, em 1912, que propôs uma metodologia de avaliação do estado de saúde dos pacientes, como forma de estabelecer os resultados finais esperados da intervenção médico-hospitalar, lançando ainda o conceito de *quality of care*, que coloca a atenção ao paciente como o principal foco dos profissionais de saúde.

Entre os factores que contribuíram para o incentivo da avaliação da qualidade em saúde, podem ser referidos: as preocupações económicas e de eficiência; as novas orientações políticas, centradas na *accountability*, ou seja, na responsabilização perante a sociedade; a exigência crescente dos utentes, cada vez mais informados; o peso da comunicação social, que dedica cada vez mais atenção às questões relacionadas com os eventos adversos e a segurança dos utentes; a influência directa de desenvolvimentos tecnológicos e biomédicos na prestação de cuidados de saúde; o crescente interesse na medição de resultados clínicos e do nível de satisfação dos utentes (Marshall e Davies, 2002; Cheng e Song, 2004; Larson et al, 2005, como citados em Sousa, 2010).

A medição da qualidade em serviços de saúde tem-se apresentado histórica e conjunturalmente bastante complexa, sendo que a multiplicidade de definições, a sobreposição de conceitos e os múltiplos factores que a constituem, podem tornar difícil a sua medição (Sousa, 2010).

Em virtude destes factores, existem actualmente diversas formas de avaliar a qualidade, quer interna, quer externa à organização, tendo sido geradas estratégias metodológicas variadas e multidimensionais que, independentemente das diferentes abordagens, se assemelham entre si, no que concerne à utilização de indicadores, como forma de medição e monitorização dos níveis e padrões de qualidade dos cuidados prestados

(Barros, 1998; Bosi e Uchima, 2007; Sousa, 2010). Indicadores de qualidade consistem, deste modo, em critérios mensuráveis, que permitem a quantificação da obtenção de um padrão de qualidade previamente estabelecido (Quintino e Saraiva, 2010).

Assim sendo, para proceder à avaliação da qualidade em saúde, torna-se primeiramente necessário proceder à operacionalização do conceito, de modo a torná-lo mensurável. De acordo com WHO (2006), o início de qualquer iniciativa de melhoria da qualidade na saúde encontra-se na compreensão do significado do termo qualidade, sendo que segundo Donabedian (1997), antes de se partir para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, torna-se essencial o esclarecimento dos elementos que o constituem.

De acordo com Sousa (2010), os modelos da qualidade descritos por Maxwell, no início da década de 90, e Donabedian, em meados dos anos 60, são os mais conhecidos, sendo amplamente utilizados a nível mundial, sendo que apresentam em comum o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde sob a forma de dimensões, possibilitando quer análises mais específicas, quer análises integradas ou globais da qualidade em saúde, quer se proceda, respectivamente, à análise de uma só dimensão ou à análise de duas ou mais dimensões em simultâneo.

De modo a promover a clarificação do conceito, bem como objectivar a sua medição e avaliação, Maxwell operacionalizou o conceito de qualidade em saúde em seis dimensões (Maxwell, 1992; Sousa, 2010, Ribeiro et al., 2008):

I. **Efectividade** – relaciona-se com o efeito desejado e alcançado, para uma determinada intervenção, ou seja, consiste na relação entre os objectivos propostos e os atingidos, sendo que, nesta dimensão há que determinar se o tratamento prestado é o melhor tecnicamente disponível, bem como, o resultado final alcançado;

II. **Eficiência** – relaciona-se com a obtenção dos mesmos efeitos reduzindo ou recursos, ou com a maximização dos efeitos obtidos mantendo os mesmos recursos, ou seja, consiste na avaliação da relação entre resultados obtidos e recursos dispendidos;

III. **Aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente** – relaciona-se com o grau de satisfação dos utentes, com as suas expectativas, opiniões, sugestões e reclamações, ou seja, depende das condições físicas e ambientais em que os cuidados de saúde são prestados, dos aspectos técnicos, do relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde, associando-se também com as consequências do cuidado, quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico, sendo que, nesta dimensão há que avaliar a qualidade percebida pelo utente durante a prestação do serviço;

IV. **Acessibilidade** – relaciona-se com as condições de acesso aos cuidados de saúde, bem como com os factores que o condicionam, nomeadamente de natureza física, financeira, geográfica, económica, cultural ou funcional, entre outros;

V. **Equidade** – relaciona-se com a capacidade de dar respostas diferentes a necessidades distintas, levando em consideração a razoabilidade, justiça, imparcialidade e o conhecimento disponível, no processo de tomada de decisões;

VI. **Relevância** – relaciona-se com o balanço geral dos serviços prestados, levando em conta a sua aplicabilidade, adequação e capacidade de resposta, tendo em conta as necessidades e desejos da população.

De acordo com Maxwell (1992), o reconhecimento da multi-dimensionalidade deste conceito, em conjunto com os elementos da tríade de Donabedian, contribuem para facilitar o processo de avaliação e melhoria contínua da qualidade.

Segundo Donabedian (1997, 2005), sendo a qualidade uma ideia de difícil definição, a mesma torna-se melhor caracterizada através dos seus componentes (Figura 6). Partindo da Teoria Geral dos Sistemas: *input-process-output*, Donabedian criou o modelo de avaliação da qualidade assente na tríade estrutura, processos e resultados (Malik e Schiesari, 1998; Silva e Formigli, 1994), sendo que, de acordo com Donabedian (1969, 1997, 2005), Brook, McGlynn e Cleary (1996 como citados em Sousa, 2010), Adami e Maranhão (1995) e Malik e Schiesari (1998):

- A **componente estrutura** caracteriza-se pelos recursos necessários ao processo de prestação de cuidados, correspondendo aos aspectos estáveis e concretos da organização de saúde, tais como as instalações, os equipamentos, os profissionais e os recursos materiais e financeiros de que estes dispõem, os locais e o modelo de organização do trabalho. Pressupõe-se que a existência de uma boa estrutura ofereça as condições preliminares para um bom desempenho;

- A **componente processo** engloba as actividades relacionadas com a utilização dos recursos, consistindo no conjunto de actividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde para os utentes, incluindo as actividades dos pacientes na busca de cuidados, as suas respostas, as actividades decisórias ao nível do diagnóstico e terapêutica, bem como as acções preventivas. Pressupõe-se que o processo seja acertado, quando os procedimentos adoptados são coerentes, quer na dimensão técnica, quer relacional, com o conhecimento científico vigente;

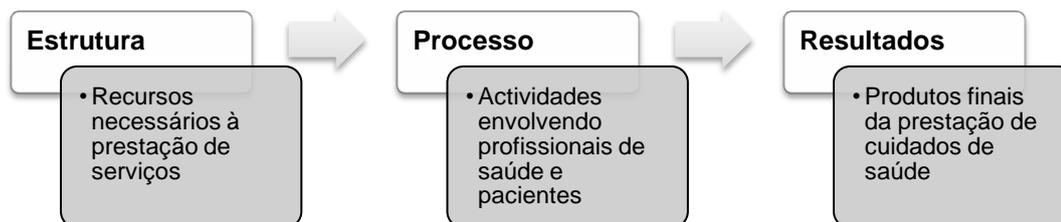
- A **componente resultados** refere-se aos produtos finais dos cuidados de saúde prestados, no que concerne aos níveis de saúde dos pacientes e da população, ao conhecimento adquirido pelos pacientes e às mudanças de comportamento induzidas, aos custos associados e à satisfação dos utentes, ou seja, corresponde às

consequências das actividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, ou profissional, em análise.

Segundo Donabedian (1997, 2005), esta abordagem tripartida da qualidade, apenas se torna possível pela existência de uma relação de causalidade entre as diferentes componentes, sendo que, deverá existir um conhecimento prévio desta relação, que possibilite a utilização de cada uma das componentes para avaliação da qualidade. A melhor estratégia para avaliação da qualidade em saúde deve ser global, com a integração de indicadores representativos das três componentes (Donabedian, 1969, 1997, 2005).

Ao longo do tempo, e apesar de ser considerado amplamente consensual, este modelo desencadeou movimentos diferentes, de acordo com a componente mais valorizada, nos diferentes períodos, na avaliação da qualidade, sendo que, considerando os laços indissociáveis entre as três componentes, actualmente o enfoque incide maioritariamente na análise de resultados (*outcomes*) (Sousa, 2010).

Figura 6. Tríade de Donabedian.



Fonte: Elaboração Própria.

Em virtude destes dois modelos, de Maxwell e Donabedian, são claramente identificadas as dimensões da qualidade na saúde, bem como os seus componentes.

De acordo com Serapioni (2009), podem ser identificadas três etapas da avaliação da qualidade em saúde:

- *Quality Assurance*, ou **garantia de qualidade**, consiste no primeiro método a ser desenvolvido, originalmente nos EUA, no início do século XX, com o objectivo de controlar e reduzir a variabilidade dos resultados terapêuticos, através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Este trata-se de um método de monitorização e avaliação da qualidade técnica da atenção à saúde, que apenas se desenvolveu conceptual e metodologicamente a partir dos trabalhos de Donabedian, na década de 80, sendo que a sua difusão mundial ocorreu pelo apoio da OMS. A auditoria clínica, auditoria médica, acreditação profissional, a medicina baseada na evidência e as

guidelines, consistem em ferramentas, posteriormente desenvolvidas, com o mesmo objectivo, de avaliar a dimensão técnica da qualidade;

- Sistemas da **Qualidade Total e da Melhoria Contínua da Qualidade**, advindos das empresas industriais americanas e japonesas, consistem na segunda etapa da qualidade na saúde, desenvolvida a partir do final dos anos 80, focalizando-se nos aspectos organizacionais e na gestão dos processos de saúde, orientados para as expectativas do cliente. Com estes objectivos podem referir-se outros métodos, tais como a certificação da qualidade e a acreditação institucional;

- A **ênfase no cliente e na sua satisfação** constitui-se como a terceira etapa da qualidade em saúde. De acordo com Reis et al. (1990), esta vertente, também conhecida como abordagem da Escola de Efeito Social, tem como eixos principais o estudo da acessibilidade e a satisfação dos pacientes e começou a destacar-se especialmente a partir da década de 70, tendo sido, de acordo com Serapioni (2009), especialmente motivada e inspirada pelo relatório Griffith de 1983² e pelo livro branco do governo britânico, de 1989, *Working for the Patient*, constituindo-se como uma abordagem que considera essencial a visão do paciente junto à perspectiva técnica e à organizacional, valorizando a humanização da atenção e as relações equitativas entre profissionais de saúde e pacientes.

Da multiplicidade de modelos e técnicas disponíveis, para avaliação da qualidade na área da saúde, as mais frequentemente utilizadas, e simultaneamente as que apresentam uma base de evidência mais sólida, são a acreditação, as auditorias clínicas e a avaliação de resultados (Mainz, 2003; Veillard et al, 2005 como citados em Sousa, 2010).

De acordo com Almeida et al. (2010a), a acreditação é uma avaliação externa, independente, periódica e voluntária, consistindo num processo de reconhecimento do cumprimento organizacional, de determinados critérios e padrões internacionalmente aceites, baseando-se em normas que servem como guia, permitindo a autoavaliação, o reconhecimento de deficiências e a possibilidade de correcção, como forma de promoção do processo de melhoria contínua. Assim, o processo de acreditação em saúde tem como principal objectivo fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde nas instituições prestadoras de cuidados, fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo benefício (DGS, 2009).

² Segundo Williams (1994 como citado em Uchimura e Bosi, 2002), este relatório, publicado pelo *National Health Service*, recomendava, no âmbito na avaliação de serviços públicos de saúde, a análise das percepções e das expectativas dos pacientes, sendo que a sua interpretação, distorcida, originou uma elevada produção de estudos de satisfação de utilizadores, com recurso ao inquérito por questionário.

Em Portugal, quando se fala de Acreditação Hospitalar, como modelos de referência podem referir-se o KFHQS, *Joint Commission International* (JCI) e o Modelo da *Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía* (ACSA) (Lopes, 2007b).

De acordo com Richie et al. (2005 como citado em Sousa, 2010) e Starey (2001), actualmente, a auditoria constitui-se como um dos elementos principais da corrente *Clinical Governance*.

A auditoria constitui-se como um instrumento avaliativo da qualidade do cuidado, que recorre à comparação da assistência prestada, com os padrões considerados como aceitáveis, tais como protocolos e planos de actuação pré definidos, ou seja, consiste numa comparação entre o que seria expectável e o que foi realizado (Adami, 2000; Øvretveit e Gustafson, 2002). De acordo com *National Health Service Wales* (2003 como citado em Sousa, 2010, p. 25), pode considerar-se uma auditoria clínica como “um processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado inter-pares, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos”.

De acordo com Donabedian (1997), os resultados possuem a característica de reflectir os efeitos de todos os *inputs* ao processo da prestação de cuidados, sendo que, segundo o mesmo autor (1992 como citado em Silva e Formigli, 1994), podem também ser utilizados como um indicador para avaliação indirecta da qualidade, tanto da estrutura, como do processo. Ainda, de acordo com Donabedian (2005, 1978 como citado em Reis et al., 1990), sendo os resultados a derivação de uma interacção multi-factorial, a sua medida e avaliação consistem na máxima aproximação à avaliação do cuidado total, constituindo-se os mesmos como os derradeiros legitimadores da efectividade e qualidade dos cuidados de saúde.

No que concerne à análise de resultados clínicos e económicos em saúde, de acordo com Sousa (2010), esta abordagem encontra-se ligada ao conceito de *outcomes research*, sendo que apresenta como objectivos a análise e compreensão de uma intervenção clínica, bem como os factores que a influenciam, possibilitando, de modo simultâneo, uma perspectiva dirigida e uma perspectiva global da qualidade na saúde. Segundo Campos (2005), os estudos de resultados prestam-se, geralmente, à determinação de prioridades, considerando os recursos disponíveis.

De acordo com a *Foundation for Health Services Research* (1994), o *outcomes research* estuda os resultados finais da prestação de cuidados de saúde, os seus efeitos sobre a saúde e bem-estar dos pacientes e da população em geral, sendo que toca todos os aspectos da prestação dos cuidados de saúde que possam exercer influência sobre os

resultados finais, desde a prestação de cuidados em si, a questões organizacionais, de financiamento e regulação.

Tendo em conta tudo o que foi referido, com a multiplicidade de conceitos, dimensões, componentes e metodologias de avaliação, no que concerne à qualidade em saúde, torna-se essencial, no âmbito de qualquer estudo, a delimitação clara do que se pretende avaliar. De acordo com Silver (1992 como citado em Uchimura e Bosi, 2002, p. 1567), “não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços; (...) a metodologia apropriada está directamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador”.

De acordo com Donabedian (1997), antes de iniciar um processo de avaliação, torna-se essencial estabelecer o alvo da avaliação, as actividades específicas a serem avaliadas, a forma como essas actividades se devem desenvolver e o objectivo preciso do desenvolvimento dessas actividades.

Segundo Novaes (2000), os principais critérios a considerar, no âmbito das decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação, são os seguintes: 1) **objectivo da avaliação**; 2) **posição do avaliador** (interno ou externo, em relação ao objecto a avaliar); 3) **enfoque prioritário** (interno, de compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação e comparação de impactos e intervenções); 4) **metodologia predominante** (quantitativa, qualitativa, situacional, experimental); 5) **forma de utilização da informação** produzida; 6) **contexto da avaliação** (natural ou controlado); 7) **temporalidade da avaliação** (pontual, corrente, contínua); 8) **tipo de juízo formulado** (comprovação ou negação de hipóteses, recomendações ou normas).

De acordo com Akerman e Nadanovsky (1992), apesar de demonstrada a sua importância, a avaliação da qualidade em saúde não deve ser considerada como um fim em si mesma, mas sim como um meio, que permite a elaboração de um julgamento explícito, a partir do qual se pode desencadear a transformação na direcção da qualidade previamente pretendida. Deste modo, a avaliação da qualidade deve ser considerada como uma oportunidade de mudança.

Segundo Lima e Lima (1998), a avaliação da qualidade apresenta três perspectivas mais relevantes: a) a dos **clientes internos**; b) a dos **clientes utilizadores**; c) a da **sociedade em geral**.

No âmbito do presente estudo, pretende abordar-se a qualidade ao nível dos resultados dos cuidados de saúde prestados, pela focalização no utilizador e avaliação do seu nível de satisfação com o serviço de saúde utilizado.

Dependendo o seu significado de um conjunto de factores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais, a qualidade não deve ser avaliada

apenas em termos técnicos, pelos profissionais de saúde, tornando-se imprescindível conhecer as percepções individuais e sociais (Fekete, 2000).

De acordo com Pisco e Biscaia (2001), a integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde e da sociedade nos processos de tomada de decisão, no respeito das suas necessidades e expectativas, constitui-se actualmente como uma exigência natural.

A percepção dos utilizadores dos serviços de saúde torna-se, deste modo, essencial no processo de melhoria contínua da qualidade em saúde, sendo necessário focar a importância dos estudos de satisfação dos utentes, relativamente aos serviços que recebem (Lobo, 2008).

2.3.2. Avaliação da Qualidade Percebida e Satisfação

Os estudos de satisfação dos utilizadores destacaram-se na literatura principalmente a partir da década de 70, nos EUA e Reino Unido, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade, sendo que, deste ponto de vista, a satisfação do utilizador se constitui como um objectivo dos serviços de saúde, que deve ser pesquisado como forma de promoção do aperfeiçoamento e melhoria contínua dos serviços (Esperidião e Trad, 2006).

De acordo com Donabedian (1990), os profissionais de saúde devem considerar as preferências e opiniões, quer dos pacientes, quer da sociedade em geral, no processo de avaliação e garantia da qualidade. Deste modo, a definição de indicadores de qualidade deve passar pela utilização de medidas que considerem a satisfação dos pacientes com os serviços, dado que não se pode ter um serviço de elevada qualidade quando o utilizador, e alvo desse serviço, não se encontra satisfeito com o mesmo (Akerman e Nadanovsky, 1992).

A satisfação dos utentes, no sector da saúde, pode definir-se como a avaliação dos cuidados de saúde recebidos, englobando reacções emocionais e cognitivas (Fitzpatrick, 1997 como citado em Lobo, 2008).

De acordo com Hiidenhovi, Nojonen e Laippala (2002), constituindo-se os pacientes como os consumidores dos serviços de saúde, que tiram conclusões sobre a sua qualidade, baseados na sua experiência de interacção com os mesmos, a satisfação destes tem sido utilizada como indicador da qualidade dos serviços de saúde e como uma medida dos seus resultados, sendo que segundo estes autores, citando Sitzia e Wood (1997), milhares de pesquisas de satisfação são anualmente publicadas.

No entanto, os estudos de satisfação tendem a apresentar alguns problemas associados, tais como a ausência de uma base conceptual clara, a falha frequente em captar os valores, sentimentos e experiências dos utilizadores, bem como a apresentação continuada de um efeito de elevação das taxas de satisfação, que tende a traduzir uma imagem muito positiva dos serviços avaliados (Hiidenhovi et al., 2002; Esperidião e Trad, 2005, 2006).

Satisfação, tal como já referido, é um conceito próximo e relacionado ao de qualidade percebida, sendo que ao avaliar a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, estamos simultaneamente a proceder à avaliação da qualidade percebida pelos mesmos, na experiência de interação com o serviço.

Existem diversos métodos que podem ser utilizados para avaliação da satisfação do utilizador e da qualidade percebida, nomeadamente os baseados no paradigma da desconformidade; os baseados na ampliação deste paradigma, levando em conta outros componentes da formação da satisfação do consumidor; os baseados na utilização de métodos de equações estruturais para a avaliação da satisfação (Marchetti e Prado, 2001).

Apesar de se verificar, ainda, a ausência de consenso entre os estudiosos, relativamente às metodologias mais adequadas e confiáveis para a avaliação da satisfação, verifica-se que os métodos mais utilizados são de natureza quantitativa, predominando os questionários e as escalas, sendo que, os mais difundidos são os baseados e derivados do paradigma da desconformidade, tais como a escala Servqual e a escala Servperf (Esperidião e Trad, 2005; Marchetti e Prado, 2001).

2.3.2.1 Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry: Escala Servqual

Parasuraman et al. (1985), na sua pesquisa, identificam três características básicas da qualidade em serviços: a) a qualidade em serviços é de avaliação mais complexa que a qualidade de produtos; b) a qualidade percebida resulta da comparação entre as expectativas do utilizador e o desempenho do serviço; c) as avaliações da qualidade não dependem somente do resultado do serviço, envolvendo também o processo de prestação do mesmo.

Parasuraman et al. (1985), considerando estas características, desenvolveram um modelo da qualidade percebida, designado por Modelo GAP, anteriormente abordado, segundo o qual a qualidade percebida pelos utilizadores de um serviço é influenciada por um conjunto de lacunas associadas aos prestadores. No decorrer do processo de prestação do serviço e após o mesmo, o cliente compara a sua expectativa com o seu

juízo do desempenho, para cada item da avaliação da qualidade, formando, deste modo, a qualidade percebida do serviço (Parasuraman et al., 1985, 1988). Deste modo, a qualidade percebida num serviço é função da discrepância existente entre as expectativas do utilizador do serviço e as suas percepções relativamente ao serviço recebido, sendo que, segundo Parasuraman et al. (1985, 1988) essas expectativas são formadas em função das necessidades pessoais dos utilizadores, das experiências do passado e comunicações externas, vindas quer do prestador de serviço, quer de outras fontes.

De acordo com Miguel e Salomi (2004), este modelo descreve as discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços, dividindo-as em dois segmentos: a) o **contexto da gestão**, direccionando a análise de cada GAP para a melhoria da prestação de serviços; b) o **contexto do cliente**, demonstrando como este avalia a qualidade através dos eventos de satisfação dos vários itens que compõem as dimensões da qualidade do serviço adquirido.

O GAP, ou diferença entre expectativas e desempenho, além de ser uma medida da satisfação do utilizador, constitui-se também como uma medida da qualidade do serviço, relativamente a uma dimensão específica (Miguel e Salomi, 2004).

Ainda, estes autores concluíram que os utilizadores usam os mesmos critérios para chegar a um juízo sobre a qualidade do serviço, independentemente do tipo de serviço considerado, sendo que o que varia é a natureza das características a serem avaliadas (Parasuraman et al., 1985).

Estes critérios foram generalizados em categorias designadas por dimensões da qualidade (Salomi et al., 2005). Parasuraman et al. (1985, 1988), inicialmente identificaram dez dimensões ou determinantes da qualidade: 1) Confiança; 2) Capacidade de resposta/Presteza; 3) Competência; 4) Acessibilidade; 5) Cortesia; 6) Comunicação; 7) Credibilidade; 8) Segurança; 9) Compreensão e conhecimento do cliente; 10) Aspectos tangíveis.

Tomando como base estas dimensões da qualidade, estes autores desenvolveram um instrumento designado Servqual, utilizando em cada dimensão da qualidade vários itens ou ocorrências de satisfação (Parasuraman et al., 1988; Wisniewski e Donnelly, 1996; Miguel e Salomi, 2004).

Deste modo, e pelo refinamento da escala inicial, de noventa e sete itens, distribuídos por dez dimensões da qualidade, alcançou-se um resultado com vinte e dois itens de satisfação, distribuídos por cinco dimensões da qualidade (Parasuraman et al., 1988): 1) **Aspectos tangíveis** (*tangibles*) – são demonstrativos das instalações, equipamentos e do pessoal envolvido; 2) **Confiança** (*reliability*) – capacidade de prestar um serviço

prometido de modo confiável e preciso; 3) **Capacidade de resposta/Presteza** (*responsiveness*) – relaciona-se com a capacidade e motivação para a prestação um determinado serviço, em tempo útil; 4) **Fiabilidade/Segurança** (*assurance*) – relaciona-se com o conhecimento e cortesia dos profissionais, e a sua capacidade em inspirar confiança e segurança; 5) **Empatia** (*empathy*) – capacidade de prestar atenção individual e personalizada aos clientes.

Os itens de satisfação são expressos mediante afirmações ou negações, representando as características específicas de cada dimensão da qualidade, sendo respondidos pelos utilizadores dos serviços de duas formas, uma relativamente às suas expectativas e outra ao desempenho do serviço, através de uma escala de Likert de sete pontos, que varia desde “discordo fortemente” - (1), a “concordo fortemente” - (7) (Parasuraman et al., 1988; Wisniewski e Donnelly, 1996; Miguel e Salomi, 2004).

Parasuraman et al. (1988) referem, ainda, que a escala Servqual foi concebida de modo a ser aplicável de modo abrangente, num largo espectro de serviços, no entanto, a sua estrutura básica poderá ser adaptada, se necessário, de modo a encaixar-se nas especificidades de uma investigação, ou nas características particulares de uma organização.

A escala Servqual pode, ainda, apresentar-se de acordo com uma versão ponderada, na qual se considera a importância relativa, atribuída pelo utilizador, a cada uma das dimensões da qualidade. Parasuraman et al. (1991), na reavaliação da escala Servqual, acrescentaram uma questão, onde solicitam aos respondentes que distribuam 100 pontos pelas cinco dimensões da qualidade, de acordo com a importância que estes lhes atribuem, sendo que esta se constitui como a escala Servqual ponderada.

2.3.2.2. Modelo de Cronin e Taylor: Escala Servperf

Cronin e Taylor (1992), no estudo conceptual e metodológico sobre a qualidade nos serviços, partindo dos trabalhos de Parasuraman, Zeithaml e Berry e da escala Servqual, testam um novo instrumento de medição da qualidade percebida nos serviços, baseada apenas no desempenho e estudam a significância das relações entre qualidade do serviço, satisfação do utilizador e intenções de retorno. Desenvolvem, deste modo, uma nova escala de aferição da qualidade nos serviços, designada por Servperf.

Esta escala mantém as cinco dimensões da qualidade, bem como os vinte e dois itens, da escala Servqual. Sendo eliminadas as expectativas enquanto determinantes da satisfação percebida, os utilizadores apenas se manifestam relativamente ao desempenho actual do serviço prestado (Cronin e Taylor, 1992).

Dos seus trabalhos, Cronin e Taylor (1992) concluem que a escala Servperf explica melhor as variações da qualidade nos serviços do que as escalas Servqual e Servqual ponderada. Deste modo, e tendo em conta a literatura existente, defendem a conceptualização e operacionalização da qualidade nos serviços como uma atitude e não em função de um modelo de satisfação, como se verifica na escala Servqual.

No que se refere à relação entre satisfação e qualidade percebida, Cronin e Taylor (1992, 1994) referem que apesar da literatura mais recente indicar a satisfação como um antecedente da qualidade percebida, os resultados empíricos deste estudo suportam a noção, já proposta por Parasuraman et al. (1985, 1988), de que a qualidade percebida do serviço conduz à satisfação do utilizador.

No que se refere à intenção de retorno dos utilizadores, estes autores concluem que apesar da qualidade do serviço exercer influência sobre essa intenção, é a satisfação que apresenta um efeito mais forte e consistente nas intenções dos utilizadores em regressarem ao serviço (Cronin e Taylor, 1992, 1994).

Deste modo, Cronin e Taylor (1992, 1994) argumentam a maior eficiência da escala Servperf, quando comparada à Servqual, enfatizando a vantagem inerente, de reduzir a metade o número de itens a serem avaliados.

Mais, estes autores referem, ainda, que a escala Servqual, sendo baseada num modelo de satisfação, será mais adequada para aferição da mesma, ao passo que a escala Servperf, considerando a qualidade percebida como uma atitude relativa ao desempenho, é a mais apropriada para avaliação da qualidade dos serviços.

Tal como ocorre com a escala Servqual, também se torna possível a utilização de uma escala Servperf ponderada (Cronin e Taylor, 1992; Salomi et al., 2005).

2.3.3. Aplicação dos Principais Modelos no Contexto da Saúde

Tendo em conta tudo o que foi referido, pode verificar-se que a satisfação dos consumidores e a qualidade se constituem como pontos essenciais na área dos serviços, sendo que o mesmo se aplica ao contexto da saúde.

Conhecer a percepção dos utilizadores, a respeito da qualidade de um serviço prestado, pode constituir-se como um bom ponto de partida para o desenvolvimento de acções que conduzam a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento dos clientes para melhor orientar as suas estratégias e acções, como por parte dos próprios profissionais, que entendendo a qualidade sob a óptica dos

utilizadores, estarão mais preparados para dar resposta às suas expectativas (Fadel e Regis Filho, 2006).

De acordo com Eiriz e Figueiredo (2004), as organizações prestadores de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendem a procurar uma orientação acrescida para o mercado, sendo que, nesta orientação emerge a importância da satisfação e da qualidade, como percebida pelos utentes.

Segundo Pascoe (1983), a satisfação do paciente com os cuidados pode servir como antevisão de comportamentos relacionados à saúde. De acordo com Fitzpatrick (1991), a satisfação constitui-se como uma medida importante dos resultados de saúde, sendo que permite prever o comportamento dos pacientes, no que concerne ao seguimento dos tratamentos prescritos, à mudança de prestador de cuidados de saúde, bem como à melhoria do seu estado geral de saúde.

Vuori (1991) considera que, tendo em conta a ideologia da democracia, os pacientes devem ter poder de influência nas decisões e actividades que os afectam. Deste modo, segundo o mesmo autor, a medida da satisfação dos pacientes efectiva este princípio, de participação da comunidade nos serviços de saúde.

No entanto, apesar das distinções já referidas, entre os conceitos de satisfação e qualidade percebida, verifica-se que, no que concerne aos estudos empíricos no sector dos serviços, qualidade e satisfação tendem a ser operacionalizadas do mesmo modo e a ser tratadas como sinónimos (Ruyter et al., 1997).

A escala Servqual foi proposta como uma forma abrangente de medição da satisfação e qualidade nos serviços, podendo também ser utilizada nos serviços de saúde (Ramsaran-Fowdar, 2005; Parasuraman et al., 1988; Lee et al., 2000).

O mesmo se verifica com a escala Servperf, que mantém as cinco dimensões da escala Servqual. Aliás, de acordo com Bowers (2000 como citado em Miranda 2010), o tipo de modelo de avaliação a utilizar deve depender dos objectivos do estudo, sendo que em estudos de áreas específicas, como a saúde, onde se avalia a qualidade de serviços prestados de modo contínuo, deve utilizar-se o modelo Servperf.

Verifica-se, deste modo, que apesar das escalas Servqual e Servperf se constituírem como as escalas mais utilizadas para a medição da qualidade e satisfação em serviços, não existe, no entanto, consenso sobre a superioridade de cada uma em relação à outra (Jain e Gupta, 2004).

Segundo Jain e Gupta (2004), no âmbito da sua pesquisa de comparação entre estas escalas, no que concerne à validade convergente e discriminada, capacidade de explicação de variações globais de qualidade e à facilidade na recolha de dados, a

escala Servperf ponderada emerge como a escolha acertada. No entanto, segundo estes autores, em termos de capacidade diagnóstica, a escala Servqual apresenta-se como a melhor, sendo que, pelo facto de incluir uma aferição de expectativas, bem como a diferença entre as mesmas e o desempenho, promove uma melhor identificação das falhas de qualidade, devendo ser a escolhida quando se pretende fazer um diagnóstico de intervenções necessárias. Ainda, estes autores referem que, em consonância com estudos anteriores, a adição das ponderações às escalas de medição, não aumenta nem a sua validade nem a sua capacidade de explicação das variações da qualidade, embora contribua para o aumento da capacidade diagnóstica de ambas as escalas.

Segundo Lee et al. (2000), parece existir um consenso na literatura no que concerne ao facto destas escalas não se constituírem como uma medida genérica da qualidade em todos os serviços, sendo que dimensões adicionais específicas poderão ser utilizadas, de modo a entender totalmente determinados serviços, ou seja, poderão surgir adaptações, em função do sector em estudo.

Existem vários estudos, no âmbito da satisfação e da qualidade nos serviços de saúde, que recorreram a estas escalas de medição, bem como vários estudos dirigidos à verificação da sua adaptabilidade às particularidades dos cuidados de saúde. No entanto, a escala Servqual tem sido a mais aplicada e estudada, por diferentes investigadores na área da saúde, sendo que, em resultado dos diversos estudos desenvolvidos, se verifica que a sua validade não se encontra completamente estabelecida neste sector (Lee et al., 2000).

Apesar da escala Servqual se apresentar robusta na medição da qualidade em serviços, os serviços de saúde diferem daqueles testados por Parasuraman, Zeithaml e Berry, aquando da sua concepção (Ramsaran-Fowdar, 2005). Deste modo, os serviços de saúde caracterizam-se por um maior envolvimento do utilizador do serviço e por uma interacção mais longa entre utilizador e profissional de saúde, o que poderá contribuir para um comportamento diferente dos utilizadores neste tipo de serviços, bem como para a existência de determinantes da qualidade específicos (Ramsaran-Fowdar, 2005).

Swartz e Brown (1989) referem que a análise GAP é uma forma simples e adequada de identificação de inconsistências entre o prestador de serviços e as percepções dos clientes sobre a performance dos mesmos. Ainda, estes autores verificaram que a interacção com o médico se constitui como o factor mais importante na avaliação da qualidade do serviço pelos clientes.

Carman (1990 como citado em Lee, et al., 2000) estabeleceu que o número das dimensões da qualidade, da escala Servqual, não se mantinha constante nos diferentes serviços estudados.

Babakus e Mangold (1992), na avaliação da aplicação da escala Servqual ao ambiente hospitalar, introduzem algumas modificações para adaptação específica a este sector e concluem que a escala Servqual é confiável e válida, quando aplicada neste contexto. Ainda, referem que a escala adaptada produziu uma medida unidimensional das expectativas e percepções dos pacientes, sugerindo a necessidade de mais estudos, no que se refere às questões das dimensões da qualidade. Mais, reafirmam ainda que a escala Servqual deverá ser utilizada apenas para avaliação da qualidade funcional, sendo que para avaliação da qualidade técnica, indispensável na área da saúde, deverão ser aplicados outros instrumentos.

Vandamme e Leunis (1993 como citados em Miranda 2010) consideram que, pela imparidade e especificidade dos serviços de saúde, não se adequa a generalização da escala Servqual aos mesmos.

Bowers et al. (1994), citados por Ramsaran-Fowdar (2005) e Pakdil e Harwood (2005), referem a existência de duas dimensões adicionais dos cuidados de saúde, não captadas pela escala Servqual: dimensão cuidar, que inclui o envolvimento pessoal da componente humana do serviço, bem como emoções em relação ao paciente; e dimensão resultados para o paciente, que inclui a reacção do mesmo ao resultado final da intervenção médica.

Hart (1996) considera, como ponto forte da escala Servqual, a sua ampla utilização em vários sectores distintos, fornecendo uma base de comparação entre diferentes contextos. No entanto, refere também o debate em torno dos seus aspectos conceptuais e empíricos, mostrando reservas no que concerne à aplicação desta escala no contexto dos cuidados de saúde.

Lam (1997), no estudo da aplicabilidade da escala Servqual, para aferir as percepções dos pacientes com a qualidade dos cuidados de saúde em Hong Kong, conclui que esta demonstra ser uma escala consistente e confiável para medir a qualidade dos serviços de saúde, embora não se confirmem as cinco dimensões que a constituem.

Lee et al. (2000), no estudo de três métodos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, sob a perspectiva de médicos, utilizaram uma versão alterada, de sete dimensões, da escala Servqual, também utilizada nos estudos de Walbrigde e Delene (1993), que estudaram a atitude dos médicos face à qualidade dos serviços. Esta escala continha as dimensões originais da escala Servqual, bem como duas dimensões adicionais, para avaliação dos serviços de saúde: uma dimensão designada por núcleo dos serviços médicos, sugerida por Haywood-Farmer e Stuart (1989), relacionada com os aspectos médicos centrais do serviço, a sua efectividade e benefícios para o paciente; e uma outra dimensão designada por profissionalismo e competência, sugerida

por Swartz e Brown (1989), relacionada com o conhecimento, perícia técnica, treino e experiência. Estes autores verificaram a existência de diversas correlações inter-dimensionais, o que sugere que, num sentido prático, as dimensões da qualidade possam não ser separáveis entre si. Deste modo, e não tendo sido estabelecida a validade discriminada das dimensões da qualidade utilizadas, estes autores sugerem a reunião contínua de esforços, para o desenvolvimento de uma escala de qualidade de serviços adequada à área da saúde.

Sohail (2003), no seu estudo de qualidade dos serviços em hospitais da Malásia, com recurso à escala Servqual, verificou a sua unidimensionalidade e consistência interna, mas não conseguiu confirmar nenhuma das cinco dimensões genéricas da escala.

Como resultado do seu estudo, na identificação dos atributos da qualidade nos cuidados de saúde, Ramsaran-Fowdar (2005) verificou a adequabilidade das dimensões da escala Servqual (tangibilidade, confiança, fiabilidade/segurança, capacidade de resposta/presteza e empatia), tendo identificado alguns itens adicionais dentro de cada uma das dimensões genéricas da qualidade, bem como duas dimensões adicionais, específicas às configurações dos serviços de saúde: resultados do núcleo médico, a dimensão mais importante para os pacientes; e profissionalismo/habilidades/competência. A autora conclui, deste modo, que as dimensões da escala Servqual e Servperf não podem ser replicadas na sua totalidade, no âmbito dos serviços de saúde, referindo, ainda, que os resultados deste estudo vão de encontro aos obtidos por Walbridge e Delene (1993), que exploraram as determinantes da qualidade da escala Servqual, considerando o ponto de vista de duzentos e doze médicos.

Pakdil e Harwood (2005), no estudo da satisfação dos pacientes com uma clínica de avaliação pré-operatória, com a utilização da escala Servqual, confirmam a utilidade da mesma na detecção das discrepâncias entre as preferências dos pacientes e a sua experiência efectiva. Assinalam, também, que as maiores expectativas demonstradas pelos pacientes se relacionavam com a cedência de informação adequada, sendo que, os autores referem que os seus resultados vão de encontro aos de Chung et al. (1999), que detectaram que um dos preditores mais importantes da satisfação dos pacientes é a qualidade da interacção com o profissional de saúde.

González-Valentín et al. (2005), no estudo da satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem, num Hospital Universitário Regional do Sul de Espanha, utilizando a escala adaptada e validada por Scardina (1994), para uso nos cuidados de enfermagem, estabelecem a confiança e validade do questionário Servqual, embora refiram a incapacidade de reprodução das cinco dimensões originais, no âmbito da amostra estudada. Ainda, concluem que os únicos factores significativamente associados com a

baixa satisfação dos pacientes são o género feminino, elevado grau de instrução académica, baixa satisfação global com o hospital e o desconhecimento do nome do enfermeiro prestador dos cuidados.

Johnston (2005 como citado em Miranda, 2010), num estudo desenvolvido em quatro hospitais públicos no Brasil, com recurso às escalas Servqual e Servperf, conclui que a escala Servperf, baseada apenas na performance, obtém uma maior percentagem de validação dos itens, constituindo-se como uma das mais fortes para aferição dos atributos da qualidade.

Gupta (2008), no estudo dos constituintes da qualidade nos serviços de saúde, através de entrevistas a profissionais de saúde, identificou setenta factores relevantes para a avaliação dos cuidados de saúde, ao invés dos vinte e dois da escala Servqual original.

Yesilada e Direktor (2010), no estudo da satisfação dos pacientes em hospitais públicos e privados do norte do Chipre, através de uma análise factorial, não confirmaram as cinco dimensões genéricas da escala Servqual, tendo sido identificadas apenas três dimensões: confiança, empatia e tangibilidade. Ainda, estes autores concluem que as discrepâncias entre expectativas e desempenho são menores nos hospitais privados, sendo que, nos hospitais públicos os aspectos tangíveis não exercem influência significativa na satisfação dos pacientes.

Pela análise dos exemplos descritos, pode verificar-se a existência de contradições sobre a aplicação das escalas Servqual e Servperf no contexto da saúde. No entanto, no que se refere à Servqual, embora a sua validade possa não estar completamente estabelecida e não exista consenso relativamente às dimensões que a devem constituir, esta continua a ser amplamente estudada e utilizada para avaliação da satisfação e qualidade percebida no sector da saúde.

2.3.4. Estudos de Satisfação e Qualidade Percebida na Saúde

São diversos os estudos localizados, no âmbito da revisão da literatura, que se debruçam sobre esta problemática. No entanto, não se tratando do objectivo deste trabalho, a análise exaustiva de todos eles, resolveu-se destacar os seguintes:

- Lopes (2007a), no seu estudo da medição da percepção da qualidade de serviço em ambiente de prestação de cuidados de saúde, refere o Servqual como o modelo de medição da qualidade do processo de *delivering* melhor validado e o mais testado em diferentes campos de actividade, incluindo o da saúde, recorrendo ao mesmo como instrumento de recolha de dados. Este autor testa a escala Servqual, adaptada por Babakus e Mangold (1992), como escala de medição da qualidade do serviço e

satisfação em oncologia, na óptica do cliente. No entanto, os problemas apontados por outros autores ao Servqual surgiram, sendo que a escala foi reformulada e desenvolveu-se uma nova ferramenta, o Oncerqual, uma ferramenta de medição da qualidade de serviços e satisfação, já bastante diferente do Servqual. Abandonou-se o conceito *gap*, que não tem aplicação em ambiente extremo, abandonou-se a escala de 7 pontos e incluíram-se novas questões, apenas aplicáveis ao quadro hospitalar da oncologia, obtendo-se um questionário com dezasseis categorias, distribuídas por seis factores (simpatia e atenção, profissionalismo dos funcionários, controlo da informação pelo paciente, confiança, gestão dos tempos de espera, relacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde), com uma escala de Likert de 10 pontos. Ainda, este autor conclui que os efeitos de idade e escolaridade têm elevada impactação na percepção da qualidade do serviço e satisfação. De encontro aos resultados de Larson (1999), as pessoas idosas dão pontuações mais altas do que as mais novas. As pessoas com baixa escolaridade tendem a apresentar melhores avaliações de qualidade do serviço que lhes é proporcionado, do que os que desfrutam de média ou alta escolaridade;

- Cabral (2007), na avaliação da qualidade percebida dos serviços hospitalares, recorre à aplicação da escala Servqual, com algumas adaptações específicas, mas mantendo as cinco dimensões, e utilizando uma escala de Likert de cinco pontos. A autora refere que, de encontro aos resultados de Bowers et al. (1994), os pacientes apresentam dificuldades na avaliação da qualidade técnica, por não conseguirem avaliar a sofisticação dos equipamentos do hospital, considerando, também, que a escala Servqual exige um nível de entendimento, que dependendo do caso, pode não ser compatível com o grau de instrução dos inquiridos. Ainda, as dimensões mais valorizadas pelos pacientes foram a Segurança, Responsividade e Empatia, sendo que uma experiência negativa pode ofuscar a pontuação de vários momentos positivos;

- Santos et al. (2007), na abordagem qualitativa dos determinantes da satisfação com os Centros de Saúde em Portugal, estudou dezasseis e refere que em termos de resultados dos estudos de satisfação dos utentes, a tendência aponta resultados elevados de satisfação, sendo que no que concerne a Portugal, os cidadãos tendem a ter uma opinião global menos positiva que a de outros cidadãos europeus. No entanto, esta tendência generalizada para a obtenção de resultados de satisfação elevados, tem aumentado a reflexão sobre os aspectos teóricos e metodológicos desses estudos. Estes autores referem também uma ligação entre os conceitos de satisfação dos utentes e satisfação profissional, que se influenciam mutuamente, afectando, em última análise, todo o funcionamento de um sistema de saúde. No que se refere aos resultados, os autores identificam três grandes vectores de satisfação dos utentes, nomeadamente factor humano, flexibilidade dos serviços prestados pelos Centros de Saúde e relação de proximidade destes com a comunidade, demonstrando, os utentes, insatisfação com os

tempos de espera para marcação da consulta e atendimento no dia da mesma. Verificou-se, assim, que os utentes valorizam uma relação personalizada com os profissionais de saúde e revelam satisfação quando o Centro de Saúde, os médicos ou enfermeiros são pró-activos com a sua saúde;

- Silva et al. (2011), no estudo da satisfação dos utentes da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), estudaram seis dimensões do desempenho das organizações: aspectos físicos, capacidade de resposta, credibilidade e confiança, empatia, garantia de segurança com profissionalismo e disponibilidade dos serviços. Este questionário, designado por HQual, foi desenvolvido por Carlos Silva, da Universidade de Évora, e derivou da adaptação do modelo Servperf, tendo em conta as pospostas de adaptações aos serviços hospitalares e de saúde sugeridos por outros autores, tendo sido utilizado na monitorização de três anos da relação entre a qualidade e satisfação dos utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora e ex Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Miranda, 2010; Almeida et al., 2011b). Ainda na mesma altura do estudo da ULSBA, e nesta linha de investigação, da qualidade de serviço, foi também desenvolvido um estudo semelhante na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Relativamente aos resultados, segundo Silva et al. (2011), denota-se uma avaliação positiva do desempenho organizacional dos Centros de Saúde e dos Hospitais da ULSBA, embora os utentes considerem a existência de aspectos de melhoria, no que concerne aos tempos de espera, disponibilidade de serviços e capacidade de resposta. Ainda, os atributos mais valorizados pelos utentes dos Centros de Saúde foram a confiança nos enfermeiros, o profissionalismo e competência dos mesmos e a fácil comunicação com os profissionais, sendo os menos valorizados relativos aos tempos de espera; os atributos mais valorizados pelos utentes dos Hospitais foram a confiança nos enfermeiros, confiança nos médicos e profissionalismo e competência dos enfermeiros, sendo os menos valorizados, e como tal os que mais contribuem para a insatisfação, os relacionados com os tempos de espera. No que se refere aos Centros de Saúde, os autores referem uma matriz global de qualidade dos serviços e satisfação apoiada em quatro factores: garantia da segurança com profissionalismo e empatia, disponibilidade dos serviços prestados, capacidade de resposta, aspectos físicos das instalações; de modo geral, tendo em conta todos os utentes da ULSBA, o modelo da percepção da qualidade e satisfação é diferente do anterior, apoiando-se em quatro factores distintos, nomeadamente no aspecto do local com bons profissionais, garantia da segurança e empatia dos prestadores, empatia e profissionalismo dos prestadores indirectos e capacidade de resposta/tempo de espera;

- Aguiar (2010), na avaliação da qualidade e importância da humanização, na unidade de transplante renal do Hospital de Santa Cruz, recorre à escala Servperf (Cronin e Taylor,

1992, 1994), acrescentando uma nova dimensão designada por humanização. A autora conclui que tanto os utentes, como os profissionais de saúde, atribuem uma elevada importância e esta última dimensão; as dimensões garantia e confiança encontram-se directamente relacionadas com o nível de escolaridade dos utentes; o número de idas ao hospital influencia a dimensão empatia; tanto utentes quanto profissionais se mostram insatisfeitos com a tangibilidade, obtendo maior satisfação com as dimensões confiança e humanização. A autora conclui ainda, que a satisfação global dos utentes é independente do género, idade, nível de escolaridade, tempo de transplante e número de idas ao hospital.

2.4. Aspectos Conceptuais e Metodológicos da Qualidade em Radiologia

2.4.1. Qualidade em Radiologia

As instituições que prestam serviços de saúde, tais como os serviços de Radiologia, devem ser concebidas com o propósito de satisfazer as necessidades dos pacientes, actuando num ambiente onde a distinção é efectuada pela competência e pela qualidade (Rosa, Queiroz, Queiroz e Hekis, 2011).

De acordo com a ERS (2009b), a imagiologia corresponde ao conjunto de técnicas de investigação diagnóstica, que proporcionam imagens visuais de diversas partes do corpo humano, integrando quer técnicas da Radiologia, quer Técnicas da Medicina Nuclear. O conjunto de técnicas que pertence à Radiologia engloba a Radiologia Convencional, Ecografia, Tomografia Axial Computorizada e Ressonância Magnética.

No caso dos serviços de Radiologia, os processos produtivos têm uma componente técnica de equipamentos específicos, de elevado custo de investimento, bem como uma componente de recursos humanos considerada o elemento fundamental na organização de prestação, constituída por médicos radiologistas e técnicos de radiologia, com uma formação de base que os habilita técnica e legalmente a prestar um conjunto de serviços de diagnóstico por imagem, enquadráveis em diferentes grupos de técnicas (ERS, 2009b).

A Radiologia constitui-se, deste modo, como uma especialidade médica, altamente dependente da tecnologia e de equipas multidisciplinares de profissionais qualificados, responsável pela realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, específicos e de valor monetário substancial, que requerem, de modo geral, a utilização de radiações ionizantes para a sua efectivação.

Os serviços de Radiologia têm vindo a adquirir uma importância crescente, à medida que a prática da medicina se tem alterado e se tem tornado cada vez mais dependente da imagem diagnóstica, dos tratamentos planeados, das terapias guiadas por imagiologia e da monitorização imagiológica de patologias (Kelly, Cronin e Dunnick, 2007). Segundo Kelly et al. (2007), a alteração da prática médica e o papel crescente que a Radiologia tem desempenhado nos cuidados de saúde prestados aos pacientes, têm levado a um aumento anual de 2,5% a 6%, no uso dos serviços de Radiologia, nos EUA.

Estando definida no sector da prestação de cuidados de saúde, de forma mais acentuada que noutras áreas, a necessidade de garantia de requisitos mínimos de qualidade e segurança, verifica-se que, as especificidades relevantes da Radiologia, agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes (ERS, 2009b).

Khan et al. (2009) referem que o objectivo clínico de um departamento de Radiologia consiste no fornecimento de serviços de imagiologia de elevada qualidade e com uma boa relação custo-efectividade, suportados por processos bem concebidos, com afectação eficiente de recursos e uma monitorização efectiva de desempenho.

De modo geral, a conceptualização da qualidade, tanto no contexto da saúde em geral, como no sector específico da Radiologia, tende a ser efectuada da perspectiva técnica (Ondategui-Parra, Erturk e Ros, 2006). Assim sendo, tradicionalmente, o principal foco dos programas de garantia de qualidade tem sido a qualidade técnica, ao nível da monitorização de equipamentos, introdução de procedimentos de prevenção e redução de erros, bem como implementação dos requisitos e regulamentos governamentais e relativos a processos de certificação e acreditação (Ondategui-Parra et al., 2006).

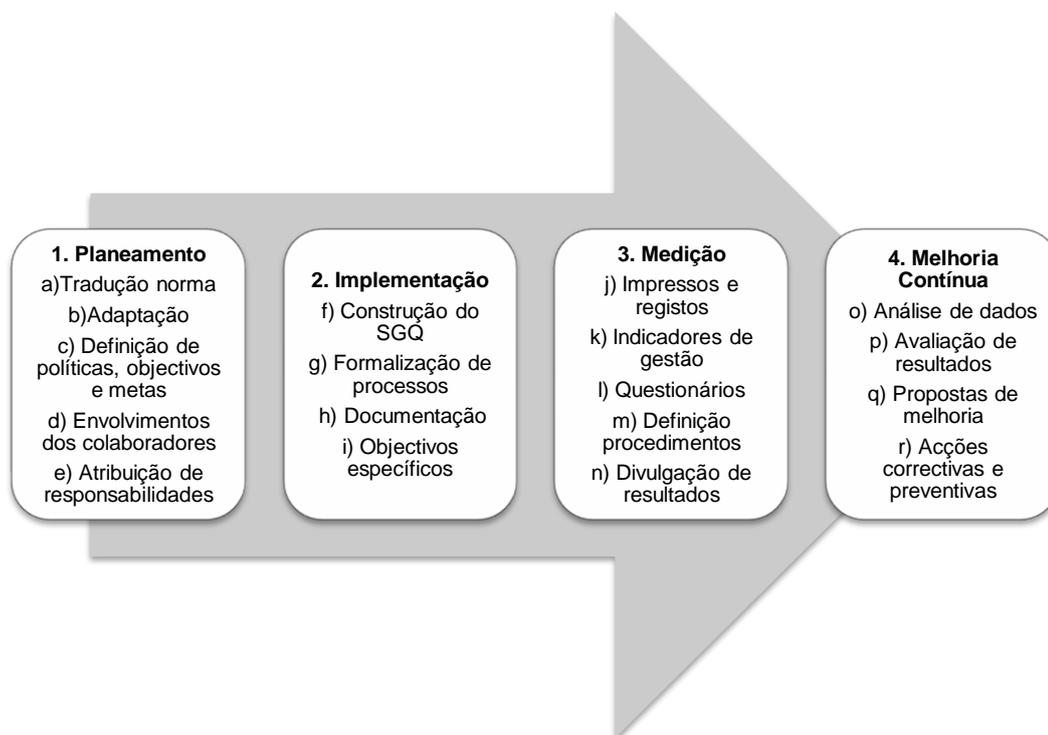
No entanto, segundo Ondategui-Parra et al. (2006), considerando a abordagem mais holística da gestão da qualidade, centrada na melhoria contínua de processos e na resposta às expectativas dos clientes, torna-se essencial a avaliação da qualidade dos serviços de Radiologia, segundo a perspectiva dos utilizadores do mesmo.

Segundo Mamede, Cortês e Macedo (2010) os objectivos da qualidade em Radiologia englobam a satisfação dos colaboradores do serviço e restantes envolvidos, melhorias das condições de trabalho, melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente, promover a satisfação dos utentes com o serviço, promover o conforto dos mesmos durante a permanência no serviço, salvaguardar a saúde de trabalhadores e utentes, melhoria da imagem do prestador de serviços.

A implementação de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) permite a formalização destes objectivos, sendo que em Portugal o referencial normativo mais utilizado, para certificação destes sistemas em serviços de saúde, é a ISO 9001-2008 (Mamede et al.,

2010). Ainda, Mamede et al. (2010) refere o planeamento, implementação, medição e melhoria contínua, como os elementos principais da metodologia de implementação de um SGQ, de acordo com a Figura 7.

Figura 7. Metodologia de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.



Fonte: Adaptado de Mamede et al., 2010.

No entanto, quando se aborda a gestão da qualidade em Radiologia, torna-se necessário compreender os seus conceitos essenciais: qualidade do serviço, controlo de qualidade, garantia de qualidade e melhoria da qualidade (Hoe, 2007).

Segundo Hoe (2007), deve estabelecer-se a distinção entre a qualidade do serviço e a prestação do mesmo. Embora ambas estejam relacionadas e sejam necessárias para a satisfação dos utilizadores, a qualidade do serviço constitui-se como um dos componentes da prestação do serviço, considerando-se como um serviço de qualidade aquele que atende e supera as necessidades e expectativas dos seus clientes.

Ainda, segundo o mesmo autor, uma boa qualidade do serviço, não é equivalente a um bom controlo de qualidade ou a garantia de qualidade. Um atendimento de qualidade é aquele que dá resposta constante e consistente às necessidades dos seus utilizadores; controlo de qualidade consiste no processo de verificação de conformidade dos equipamentos de aquisição e processamento de imagem com os requisitos; a garantia

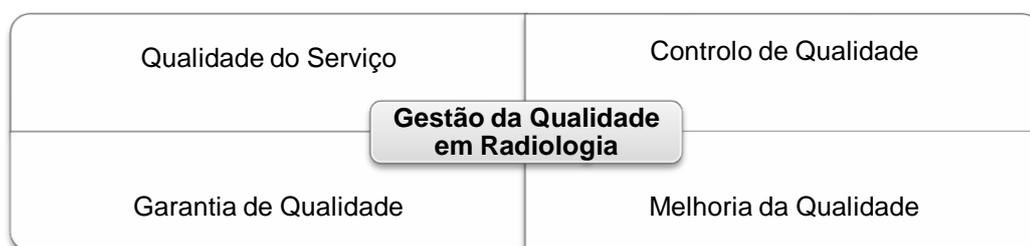
de qualidade relaciona-se com a introdução de normas de orientação e padronização, cuja implementação e seguimento pode ser feita através de processos de certificação e acreditação, como forma de demonstração externa de padrões de qualidade (Hoe, 2007).

No concerne ao nosso país, o Despacho n.º 258/2003, do gabinete do Secretário de Estado da Saúde, objectivando a credibilização e a possibilidade de acreditação de serviços, estabelece um manual de boas práticas, que define as regras e os processos de garantia de qualidade, a serem seguidos pelas unidades privadas de saúde, que recorram ao uso de radiações ionizantes, ultra-sons e campos magnéticos com fins diagnósticos e terapêuticos.

Segundo Hoe (2007), a melhoria contínua da qualidade em Radiologia consiste num processo que incide sobre as tarefas relacionadas com a prestação de cuidados, de modo a promover a melhoria no atendimento, bem como a melhoria permanente dos indicadores de desempenho.

O interesse pelos aspectos do desempenho dos serviços de Radiologia tem crescido progressivamente, quer em função do controlo externo exercido pelas entidades reguladoras e agências de acreditação e certificação, quer em função das motivações internas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e redução de custos associados (Ondategui-Parra et al., 2004b).

Figura 8. Principais conceitos utilizados na Gestão da Qualidade em Radiologia.



Fonte: Adaptado de Hoe, 2007.

Ondategui-Parra et al., (2004a), após uma extensa revisão da literatura, com o objectivo de desenvolver uma visão global sobre o desenvolvimento e implementação de um sistema de avaliação da performance em Radiologia, conclui que o número de publicações relativamente aos indicadores de performance em serviços de Radiologia é muito limitado.

Indicadores de performance são ferramentas objectivas, que permitem descrever as acções de uma organização, em termos de desempenho desejado, desempenho real, e discrepância existente entre ambos (Ondategui-Parra et al., 2004b). Possibilitam, também, a avaliação do progresso de uma organização na efectivação dos seus objectivos de melhoria contínua, sendo que as principais categorias de indicadores utilizados em Radiologia consistem em aspectos de: a) **produtividade**, b) **financeiros**, c) **segurança do paciente**, d) **acesso**, e) **satisfação dos utilizadores** (Ondategui-Parra et al., 2004a).

De acordo com Ondategui-Parra et al. (2004b), os mais utilizados nos departamentos de Radiologia são os de produtividade.

Segundo Hoe (2007) o processo de melhoria contínua da qualidade do serviço e da sua prestação, em Radiologia, compreende os seguintes passos: a) **Identificar os utilizadores do serviço**, de modo a poder determinar as suas necessidades; b) **Compreender o modo como os utilizadores do serviço o avaliam**; c) **Perceber como identificar as necessidades dos utilizadores e como proceder à avaliação da sua satisfação**.

Quadro 1. Utilizadores do Serviço de Radiologia.

Utilizadores do Serviço de Radiologia	
Internos	Externos
- Todos os profissionais do Serviço de Radiologia	- Pacientes, seus acompanhantes e familiares - Médicos prescritores - Outros serviços de saúde e os seus profissionais - Administrações hospitalares - Entidades com acordos de convenção - Agencias reguladoras

Fonte: Adaptado de Hoe, 2007.

No que concerne ao primeiro ponto, em Radiologia, para além do paciente submetido ao procedimento, há que considerar também o médico prescritor do mesmo (Hoe, 2007). No entanto, para além destes, existem vários tipos de utilizadores, internos e externos (Quadro 1), cuja relação com o serviço é determinante para atingir e manter uma boa performance (Alderson, 2000; Hoe, 2007). Relativamente ao segundo ponto, a confiança,

capacidade de resposta, segurança, empatia e tangibilidade, constituem-se como os principais factores determinantes da satisfação com os serviços de Radiologia; no que concerne ao terceiro ponto, verifica-se que a identificação de necessidades e expectativas é um processo dinâmico, em virtude da sua mudança constante ao longo do tempo, podendo, no entanto, ser avaliado através da realização de pesquisas e aplicação de questionários apropriados (Hoe, 2007).

Em Portugal, tendo em conta a especificidade dos regulamentos e normativos legais em vigor, verifica-se que a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade em Radiologia não se constitui como uma imposição legal, embora seja referida no Manual de Boas Práticas em Radiologia (Mamede et al., 2010). No entanto, a sua implementação, quando efectivada, acaba por contribuir para a operacionalização de procedimentos que promovem o cumprimento de todos os requisitos legais aplicáveis a este sector, relativamente às normas de protecção e segurança radiológica, controlo de qualidade de equipamentos, barreiras de protecção radiológica e licenciamento de instalações e equipamentos (Mamede et al., 2010).

Integrando-se a Radiologia, no sector dos serviços e no contexto da saúde, a procura por qualidade constitui-se como um componente essencial e estratégico, inerente às mudanças verificadas quer ao nível social, quer ao nível dos actuais sistemas de saúde. Segundo Rosa et al. (2011, p. 3) torna-se “necessário associar um atendimento personalizado, num ambiente agradável, com profissionais qualificados, oferecendo um serviço eficaz e competente”.

Deste modo, o processo de avaliação dos serviços prestados assume um papel determinante, na melhoria contínua da qualidade, bem como no aumento da efectividade dos seus resultados. Neste contexto, e no âmbito da actual abordagem holística da gestão qualidade, a aferição da satisfação e qualidade, como percebida pelos utilizadores dos serviços, torna-se fundamental.

2.4.2. Avaliação da Satisfação e Qualidade Percebida em Radiologia

Segundo Hoe (2007), tal como anteriormente mencionado, existem cinco factores principais determinantes da satisfação dos clientes com o serviço de Radiologia: a confiança, capacidade de resposta, segurança, empatia e tangibilidade. Para Hoe (2007) e Alderson (2000), as dimensões da qualidade das escalas Servqual e Servperf, adaptam-se ao sector da radiologia, sendo que:

a) **Confiança** – consiste na capacidade de fornecer o serviço prometido, de modo confiável e preciso, sendo que quando aplicada à Radiologia se relaciona com a

obtenção do exame acertado e das incidências adequadas à informação clínica disponível, bem como com a execução correcta e precisa do relatório clínico, que deve ser elaborado no contexto clínico que deu origem à prescrição, devendo dar resposta ao problema clínico do paciente;

b) **Capacidade de Resposta** – consiste na motivação e capacidade de ajudar os clientes prontamente, sendo que aplicada à Radiologia significa acesso ao procedimento e ao relatório posteriormente efectuado, ou seja, rapidez no agendamento dos procedimentos, bem como rapidez na entrega dos exames relatados;

c) **Segurança** – relaciona-se com o sentimento de comodidade e confiança dos clientes, relativamente à qualidade e competência do prestador de serviços, sendo que aplicada à Radiologia, implica que os profissionais não devem apenas demonstrar competências técnicas, mas também competências de relacionamento interpessoal, quer com os utentes submetidos aos procedimentos, quer com os médicos prescritores, sendo que o resultado destas interacções é representativo da qualidade do prestador do serviço;

d) **Empatia** – relaciona-se com atendimento personalizado ao cliente, com o cuidado e atenção mostrados aos utentes, apresentando especial importância no contexto da saúde, em virtude da vulnerabilidade emocional de grande parte dos pacientes; esta dimensão vem reforçar a importância das competências de relacionamento interpessoais de todos os profissionais do serviço de Radiologia;

e) **Tangibilidade** – relaciona-se com a aparência física do departamento e das instalações, bem como com a qualidade dos equipamentos e dos exames realizados, sendo que em Radiologia, as questões relacionadas com os equipamentos acabam por se tornar complexas, devido aos elevados custos monetários associados, devendo garantir-se, no entanto, o uso correcto dos mesmos, bem como a elevada qualidade do trabalho produzido.

Relativamente à avaliação da satisfação e qualidade percebida em Radiologia, durante e revisão da literatura foram localizados alguns estudos abrangendo esta temática.

O estudo mais antigo localizado, realizado por Ferreira e Rodrigues (2000), consiste numa avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de urgência da unidade de imagiologia, do Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada. Este estudo realizou-se pela aplicação de um questionário efectuado para o efeito, englobando, segundo as autoras, questões relativas a variáveis sócio-demográficas, acolhimento, instalações, relações interpessoais e assuntos diversos (intenção de retorno ao serviço, entre outros). Embora as autoras tenham considerado como limitação do estudo, a amostra muito diminuta, e como tal não representativa da população em estudo, as mesmas, após tratamento estatístico dos dados, referem nas conclusões que o sexo, idade, condições das

instalações e relações interpessoais se constituíram como os factores de maior relevo no condicionamento das respostas positivas, por parte dos inquiridos.

Costa (2009), no estudo de satisfação dos pacientes de uma clínica de imagiologia em Porto Alegre, relativamente aos exames de ultrassonografia, realizou inicialmente uma pesquisa qualitativa, pela aplicação de entrevistas, de modo a identificar os factores valorizados pelos clientes no âmbito de um exame médico e, numa segunda fase, procedeu à realização de uma pesquisa quantitativa, pela aplicação de um questionário, formulado a partir dos dados recolhidos na primeira pesquisa.

Esta autora refere que quando perguntado aos pacientes o que estes valorizavam num exame médico, estes destacaram o atendimento como o primeiro factor a ser levado em conta, no entanto referiram também factores relacionados ao ambiente envolvente (aspecto, limpeza, organização e conforto), factores relacionados com os equipamentos, qualificação do médico e a sua experiência profissional. Os indicadores da pesquisa foram construídos com base nas respostas dos pacientes, agrupados nas seguintes dimensões: atendimento na recepção, atendimento médico, exame médico, diagnóstico, ambiente da clínica, localização da clínica e motivos de escolha da clínica. Após tratamento dos dados obtidos, a autora verificou que, de modo geral, os clientes se encontravam satisfeitos com a clínica estudada, sendo que, de encontro ao verificado na pesquisa qualitativa, apontaram o atendimento, tanto médico, como dos restantes funcionários, como o principal factor determinante na qualificação do serviço médico.

Almeida et al. (2010b) realizaram um estudo sobre a percepção da qualidade e satisfação, segundo os utentes da consulta externa, em dois serviços de Radiologia distintos, o do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e o do Hospital de Faro, sendo o primeiro certificado. Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado um questionário baseado na escala Servperf, sujeito, no entanto, a algumas modificações, com adaptações parciais dos modelos Oncerqual e HQual, anteriormente referidos, e adaptação das questões ao contexto da Radiologia. O questionário aplicado consistiu de três partes: a) a primeira constituída por 25 itens, distribuídos por sete dimensões da qualidade (tangibilidade, capacidade de resposta, fiabilidade, empatia, segurança, profissionalismo e competência, aspectos gerais), com o objectivo de avaliar a percepção do utentes, relativamente às mesmas, através de uma escala de Likert de cinco pontos; b) a segunda parte teve como objectivo avaliar a satisfação geral dos utentes, com o desempenho global dos serviços de Radiologia; c) a terceira parte teve como objectivo a caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, em termos de sexo, idade, nível de instrução, situação profissional e área geográfica de residência.

Após o tratamento dos dados, os autores concluem que não se confirmam as dimensões originais da escala Servperf, sendo que a qualidade dos serviços de Radiologia foi

explicada tendo como base cinco, de seis novas dimensões aferidas: capacidade de resposta empática com eficiência e segurança, atenção personalizada em termos gerais, rigor do serviço de Radiologia, segurança e confiança empática, aparência física das instalações, tempo de espera. Também, identificam como atributos mais valorizados a aparência e fardamento dos Técnicos de Radiologia, a boa vontade destes profissionais em ajudar os pacientes e o profissionalismo e competência destes profissionais, sendo que, como atributos menos valorizados surgem aspectos relacionados com a explicação detalhada dos exames, condições de ruído na sala de espera e tempo disponível para dedicação a cada utente. Ainda, os autores verificam que os níveis de satisfação e percepção da qualidade, em termos gerais, apresentam-se mais influenciados pelos atributos associados à atenção personalizada em termos gerais e à ausência de rigor do serviço de Radiologia. Por último, verificou-se que não existem diferenças significativas nos níveis de percepção entre os dois hospitais, sendo que a implementação de um sistema de gestão da qualidade, não teve tradução no aumento da satisfação e qualidade, como percebidas pelos utentes.

Miranda (2010), no estudo para compreender os atributos da qualidade percebida pelos utentes, de três serviços de imagiologia, pertencentes a um Hospital Privado da região de Lisboa, recorreu a um inquérito por questionário, com cinco dimensões – aspectos físicos, confiança/fiabilidade, capacidade/prontidão de resposta, garantia/segurança/sensibilidade, empatia – baseado numa adaptação da escala Servperf (Cronin e Taylor, 1994), tendo em conta a proposta de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005), a proposta de avaliação da qualidade dos serviços de Radiologia de Hoe (2007) e as dimensões da qualidade e satisfação do modelo HQual, de Silva et al. (2009). No que concerne às variáveis sócio-demográficas, os utentes são inquiridos relativamente ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e área de residência.

A autora conclui a existência de uma forte correlação entre a qualidade percebida em geral e a satisfação dos utentes. No âmbito do estudo, não se verificaram as cinco dimensões do modelo Servperf, sendo que foi validado um modelo mais reduzido, de análise da qualidade percebida pelos utentes dos serviços de imagiologia em estudo, no que concerne ao desempenho dos mesmos. Tendo em conta uma abordagem global, verificou-se uma média elevada de satisfação global, bem como uma média elevada de qualidade geral proporcionada pelo serviço de imagiologia. Ainda, a autora verificou que em termos globais, nas três unidades os aspectos de privacidade durante o exame, a aparência dos Técnicos de Radiologia e a experiência profissional aliada à segurança durante a execução dos exames se constituem como os factores mais valorizados pelos inquiridos.

Silva e Rodrigues (2011), com o objectivo de conhecer a satisfação dos pacientes dos serviços privados de Radiologia, procederam à realização de um estudo no concelho de Vila Real, recorrendo a uma amostra de duzentos e treze pacientes, que recorreram a três serviços privados de Radiologia. Como instrumento de recolha de dados, os autores referem o uso de um formulário estruturado em quatro grupos: 1) caracterização sócio-demográfica da amostra; 2) dados sobre a relação do paciente com o serviço (tipo exame, número de vezes que lá esteve, tempo de espera para realização do exame, entre outros); 3) dimensões da qualidade, que traduzem o nível de satisfação do cliente (atendimento, dimensão funcional técnica e médica, amenidades, condições sala de espera); 4) questões sobre intenção de retorno, recomendação do serviço, informação cedida, sugestões e opiniões dos pacientes.

Os autores verificaram que a maioria dos pacientes inquiridos realizaram exames de mamografia e mais de 50% aguardaram mais de uma semana pela realização do procedimento. Ainda, os inquiridos mostraram-se satisfeitos com a qualidade na maioria dos serviços prestados, manifestando intenção de retorno e recomendação do mesmo, apesar de referirem a existência de lacunas, no que concerne à relação e comunicação, organização dos serviços, informação e apoio, bem como à organização do espaço físico. Mais, verificou-se que os utentes do sexo feminino apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões estudadas; o grupo etário ≥ 81 apresenta uma média mais elevada relativamente à dimensão amenidades e o grupo etário 31-40 apresenta média mais elevada relativamente à dimensão atendimento e dimensão funcional dos técnicos; a satisfação aumenta inversamente ao tempo de espera pelo exame; no que concerne às sugestões, as mais enumeradas foram a diminuição da lista de espera, tempo de espera para realização de exame e tamanho da sala de espera.

3. Metodologia

3.1. Delimitação do Contexto da Investigação

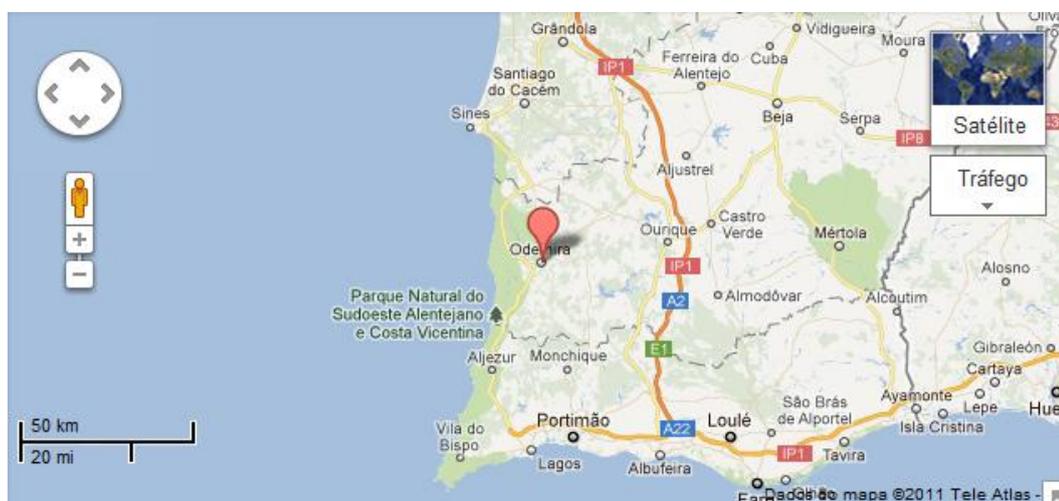
O processo de investigação é orientado em função da problemática em estudo, operacionalizando-se através das escolhas metodológicas (Tavares, 2007; Bell, 2008).

Considerando-se um procedimento como uma forma de progredir em direcção a um objectivo, os métodos podem ser considerados como procedimentos específicos, ou seja, percursos diferentes, concebidos para melhor adaptação ao fenómeno em estudo (Quivy, 2003).

No âmbito deste processo, torna-se importante definir e circunscrever no espaço geográfico, social e temporal, o campo das análises empíricas (Quivy, 2003). No âmbito deste estudo, o contexto da investigação circunscreve-se ao Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde de Odemira.

O concelho de Odemira fica situado no Sudoeste Alentejano, com uma extensão de 17251,5km², constitui-se como o concelho com maior dimensão territorial do país, e conta com uma população de 26106 habitantes, organizada em 17 freguesias, cuja distância média à sede do concelho é de 25km (Conselho Local de Acção Social de Odemira, 2005).

Figura 9. Localização geográfica de Odemira.



Fonte: Google Maps.

De acordo com o Conselho Local de Acção Social de Odemira (2005), no Pré-Diagnóstico do Concelho de Odemira, esta constitui-se como uma população envelhecida, isolada, com baixa escolaridade e baixos níveis de rendimento. Relativamente à saúde, e segundo o mesmo documento, o Centro de Saúde de Odemira, actualmente incluído no ACES Alentejo Litoral, funciona como unidade coordenadora da prestação de serviços de saúde no concelho, a partir do qual funciona o sistema público de assistência médica. Como unidades funcionais, o Centro de Saúde apresenta uma UCC e uma UCSP, tendo anexado um Serviço de Urgência Básica (SUB), em funcionamento permanente, 24h por dia. De acordo com a Plataforma Supra Concelhia do Baixo Alentejo (2009), a distância de Odemira ao Hospital mais próximo é de 78km, sendo o tempo médio de viagem de 69 minutos. Segundo dados da Câmara Municipal de Odemira, os indicadores de utilização dos serviços de saúde do Concelho apresentam valores mais elevados que os do continente, facto que poderá ser explicado pelo envelhecimento da população e pelo acréscimo significativo da mesma nos períodos festivos e de veraneio junto ao litoral.

Tendo em conta o Despacho nº 18459/2006, do Gabinete do Ministro da Saúde, que aprova a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência, a rede de serviços de urgência integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica. O SUB constitui-se como o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, com o nível de cariz médico não cirúrgico (à excepção de pequena cirurgia), podendo estar sediado numa área de influência que abranja uma população superior a 40000 habitantes, em que, pelo menos, para uma parte, a acessibilidade em condições normais, seja superior a sessenta minutos, relativamente ao serviço de urgência médico-cirúrgica ou polivalente mais próximo. O SUB permite o atendimento das situações urgentes, com maior proximidade às populações, funcionando 24h por dia e dispondo de dois Médicos, dois Enfermeiros, um Assistente Operacional, um Administrativo e um Técnico de Radiologia, por equipa, como recursos humanos mínimos.

De acordo com o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, que regula o estatuto da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, o Técnico de Radiologia procede à “realização de todos os exames na área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes”. Num SUB, o Técnico de Radiologia dispõe de, apenas, um equipamento de Radiologia Geral, que lhe permite executar exames de radiologia simples osteoarticular, tórax e abdómen.

No Centro de Saúde de Odemira, o Serviço de Radiologia encontra-se em funcionamento permanente, contando com um equipamento de Radiologia Geral Digital e com cinco Técnicos de Radiologia, que desempenham as suas funções em turnos rotativos de oito horas. O Serviço de Radiologia dá resposta às solicitações de exames urgentes internos do SUB, às solicitações de exames urgentes externos, que provêm tanto do Centro de Saúde como das suas extensões, disponibilizando, também, durante os dias úteis, uma agenda de programação de exames não urgentes.

Durante o ano de 2011, foram realizados, no Serviço de Radiologia do Centro de Saúde de Odemira, um total de 6142 exames, a um número aproximado de 5119 utentes. Esses dados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese do número de exames e utilizadores do Serviço de Radiologia do Centro de Saúde Odemira.

Ano 2011		
Número Exames	Número Utentes	Número Exames/Utente
6142	5119	1,2

Fonte: Registos internos do Serviço de Radiologia do Centro de Saúde de Odemira.

Apesar do Serviço de Radiologia do Centro de Saúde de Odemira, se apresentar como a única alternativa, no que concerne à prestação de serviços de Radiologia Médica, no âmbito deste concelho, há que referir que, segundo os registos internos do mesmo, nos últimos dois anos, o número de utilizadores, deste Serviço de Radiologia, teve uma diminuição de aproximadamente 50%, em virtude da suspensão do serviço de exames relatados. Este facto tem levado os utilizadores habituais, deste Serviço de Radiologia, a deslocaram-se a instituições alternativas, aquando da prescrição de exames com solicitação expressa de relatório escrito.

Será neste contexto, que se irá proceder ao desenvolvimento do presente estudo.

3.2. Tema, Questão, Objectivos e Hipóteses de Investigação

A investigação científica, de um modo geral, consiste num processo que permite a resolução de problemas associados a fenómenos do mundo real, permitindo a aquisição de conhecimentos e obtenção de respostas de forma ordenada e sistemática,

possibilitando a descrição, explicação e predição de factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 1999).

Segundo Silva e Pinto (1990, p. 14), “o social é irreduzível ao individual”, sendo a consolidação desta tese considerada essencial às ciências sociais. A investigação em ciências sociais pode ser caracterizada como um processo no qual o “investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p.15).

De modo a conseguir essa “elucidação do real” há que seguir um procedimento científico, que se apresenta como forma de progressão até ao objectivo, constituindo-se em três actos: ruptura com ideias pré-concebidas e falsas evidências, construção da problemática e modelo de análise e verificação (Quivy e Campenhoudt, 2003). Estes três actos incluem sete etapas: elaboração da questão de partida, exploração, construção da problemática, construção do modelo de análise, observação, análise da informação e conclusões (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Por seu lado, Fortin (1999) define três fases comportadas pelo processo de investigação: fase conceptual, de formulação e documentação de ideias de modo ordenado; fase metodológica, na qual se determinam os métodos a utilizar para obter resposta às questões ou hipóteses colocadas; e fase empírica, que consiste na execução do plano enunciado na fase anterior. As etapas, englobadas em cada uma destas fases, podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2. Etapas do processo de investigação.

FASE CONCEPTUAL	FASE METODOLÓGICA	FASE EMPÍRICA
<ul style="list-style-type: none">• Escolha e formulação de um problema de investigação• Revisão da literatura pertinente• Elaboração de um quadro de referência• Enunciação das questões, objectivos e hipóteses	<ul style="list-style-type: none">• Escolha de um desenho de investigação• Definição da população e amostra• Definição das variáveis• Escolha dos métodos de colheita e análise de dados	<ul style="list-style-type: none">• Colheita de dados• Análise de dados• Interpretação de resultados• Comunicação dos resultados

Fonte: Adaptado de Fortin, 1999.

Uma investigação empírica consiste numa investigação em que se realizam observações com o objectivo de melhorar o conhecimento do fenómeno a estudar; não se circunscrevendo a um processo de aplicação de conhecimentos, implica também um processo de planificação e criatividade controlada (Hill e Hill, 2002).

Quando se fala de investigação, existem dois pontos essenciais a considerar. O primeiro consiste em identificar o problema e o segundo em decidir como o abordar, tornando-se essencial uma boa articulação entre ambos (Deshaies, 1992).

Um problema de investigação pode ser definido como uma situação necessitada de solução, melhoramento ou modificação (Fortin, 1999). Tomar consciência de um problema, formulá-lo com clareza e trabalhar para o resolver, constituem as fases essenciais de um procedimento metodológico (Deshaies, 1992).

A metodologia irá proporcionar ao investigador equacionar e escolher os meios para o desenvolvimento da sua investigação (Deshaies, 1992). Deve ser delineada em função dos objectivos da investigação, do tipo de resultados esperados e do tipo de análise que se pretende efectuar (Albarello et al., 2005).

Deste modo, o processo de investigação é orientado e desenvolvido em função da problemática em estudo, no entanto, o mesmo operacionaliza-se através do recurso a opções metodológicas (Tavares, 2007; Bell, 2008).

Assim sendo, torna-se necessária uma reflexão sobre aquilo que se procura saber e a melhor forma de o conseguir (Quivy, 2003).

A questão de investigação constitui-se como um ponto de partida para a investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003). Esta permite enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida, através da qual se tenta exprimir, de modo claro e preciso, o que se procura estudar, elucidar e compreender melhor (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Segundo Fortin (1999, p. 51), “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Englobada no tema da Qualidade dos Serviços de Saúde, a questão preliminar de investigação enunciada no âmbito deste estudo é a seguinte:

Qual o nível de satisfação e qualidade percebida pelos utentes, que recorrem ao Serviço de Radiologia, de um Centro de Saúde no Alentejo?

Em virtude da demanda crescente por serviços de qualidade, as instituições de saúde ambicionam alcançar um patamar máximo de qualidade dos serviços que prestam. Sendo os utentes cada vez mais incluídos neste processo, a aferição do indicador de

satisfação dos utilizadores constitui-se como uma das formas de captação da qualidade dos serviços (Silva et al., 2011). Conhecendo as percepções dos utilizadores, torna-se possível conhecer a realidade de um serviço e equacionar melhorias de desempenho que favoreçam uma maior satisfação e qualidade percebida na sua óptica.

Partindo da questão de investigação descrita, foi enunciado o objectivo geral da dissertação. Segundo Fortin (1999, p. 100) o “objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”. No âmbito do presente estudo consiste em:

Avaliar o nível de satisfação e qualidade percebida pelos utentes do Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde em estudo.

Decorrente do objectivo geral e da consolidação teórica, foram definidos os objectivos específicos (OE):

OE1: Determinar o nível de satisfação dos utentes do Serviço de Radiologia;

OE2: Compreender as percepções da satisfação, no que se refere às características globais do Serviço de Radiologia;

OE3: Identificar os factores mais pertinentes para a satisfação, na óptica dos utentes;

OE4: Verificar as diferenças entre os níveis de satisfação manifestados em exames agendados e de urgência;

OE5: Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas nos níveis gerais de satisfação;

OE6: Analisar as intenções de retorno e recomendação do Serviço, por parte dos seus utilizadores;

OE7: Estudar a associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço;

OE8: Estudar a estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida do serviço estudado.

Segundo Verma e Beard (1981 como citados em Bell, 2008, p. 39) uma hipótese consiste numa “proposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente”. Estas determinam afirmações sobre o relacionamento entre as variáveis, estabelecendo-se como linhas orientadoras da investigação (Bell, 2008).

Segundo Hill e Hill (2002), a hipótese estabelece a ponte entre a parte teórica e a parte empírica de uma investigação, devendo justificar o trabalho desta última parte.

As hipóteses de investigação (HI) explicitadas, tendo em conta a consolidação teórica, no âmbito do presente estudo, são as seguintes:

HI1: Os utentes do Serviço de Radiologia encontram-se satisfeitos com os serviços prestados;

HI2: Os utentes do Serviço de Radiologia encontram-se satisfeitos, no que se refere às características gerais do Serviço de Radiologia;

HI3: Existem factores mais valorizados que outros para a satisfação dos utentes;

HI4: Existem diferenças entre os níveis de satisfação manifestados em exames de urgência e exames marcados;

HI5: Existem diferenças na satisfação geral, em função das variáveis sócio-demográficas;

HI6: Os utilizadores manifestam intenção de retorno ao Serviço de Radiologia, bem como recomendação do mesmo;

HI7: Existe associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço;

HI8: A estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida, do serviço estudado, difere das dimensões apresentadas pelo modelo de medida utilizado.

No Quadro 3, podem encontrar-se, de modo resumido e articulado a questão de investigação, objectivos e hipóteses, enunciadas no âmbito desta investigação.

Quadro 3. Síntese da questão, objectivos e hipóteses de investigação.

Questão de Investigação	
Qual o nível de satisfação e qualidade percebida pelos utentes, que recorrem ao Serviço de Radiologia, de um Centro de Saúde no Alentejo?	
Objectivo Geral	
Avaliar o nível de satisfação e qualidade percebida pelos utentes do Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde em estudo.	
Objectivos Específicos	Hipóteses de Investigação
OE1: Determinar o nível de satisfação dos utentes do Serviço de Radiologia.	HI1: Os utentes do Serviço de Radiologia encontram-se satisfeitos com os serviços prestados.
OE2: Compreender as percepções da satisfação, no que se refere às características globais do Serviço de Radiologia.	HI2: Os utentes do Serviço de Radiologia encontram-se satisfeitos, no que se refere às características gerais do Serviço de Radiologia.
OE3: Identificar os factores mais pertinentes para a satisfação, na óptica dos utentes.	HI3: Existem factores mais valorizados que outros para a satisfação dos utentes.
OE4: Verificar as diferenças entre os níveis de satisfação manifestados em exames agendados e de urgência.	HI4: Existem diferenças entre os níveis de satisfação manifestados em exames de urgência e exames marcados.
OE5: Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas nos níveis gerais de satisfação.	HI5: Existem diferenças na satisfação geral, em função das variáveis sócio-demográficas.
OE6: Analisar as intenções de retorno e recomendação do Serviço, por parte dos seus utilizadores.	HI6: Os utilizadores manifestam intenção de retorno ao Serviço de Radiologia, bem como recomendação do mesmo.
OE7: Estudar a associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço.	HI7: Existe associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço.
OE8: Estudar a estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida do serviço estudado.	HI8: A estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida, do serviço estudado, difere das dimensões apresentadas pelo modelo de medida utilizado.

Fonte: Elaboração própria.

3.3. Tipo de Estudo

De modo a proceder ao estudo da satisfação e qualidade percebida pelos utentes de um Serviço de Radiologia de um Centro de Saúde, procedeu-se à realização de um estudo descritivo-correlacional, de modo a determinar e descrever as relações entre as variáveis em estudo (Fortin, 1999).

Dada a inexistência de um estudo deste género, englobando quer o Serviço de Radiologia, quer o Centro de Saúde em estudo, a realização de um estudo descritivo-correlacional permite descrever a população-alvo, no que respeita aos aspectos particulares que se pretendem abordar, possibilitando a identificação e descrição das relações, de interacção e possível associação, entre os vários factores em estudo (Fortin, 1999).

A investigação quantitativa constitui-se como um processo sistemático de recolha de dados observáveis e generalizáveis (Fortin, 1999). No âmbito do presente trabalho, operacionalizou-se a problemática através da realização de um estudo de caso, com recursos ao paradigma quantitativo.

No âmbito do paradigma quantitativo, os investigadores recolhem factos e estudam a relação entre eles, realizando medições, com recurso a técnicas científicas que conduzam a conclusões quantificáveis e, se possível, generalizáveis (Bell, 2008).

Um estudo de caso é um método de investigação que permite a concentração num determinado aspecto de um problema, favorecendo o seu estudo aprofundado e centrando-se sobretudo na interacção de factores e acontecimentos, sendo especialmente indicado para investigadores isolados (Bell, 2008).

Associada a esta abordagem, pode também referir-se a questão da generalização dos resultados, que poderá ser limitada ou não ser possível de realizar, devido à questão da representatividade quando se estudam situações particulares (Bell, 2008).

No entanto, apesar da frequente impossibilidade de generalização ser apontada como uma desvantagem deste tipo de estudos, alguns autores consideram que a possibilidade de generalizar um estudo de caso a outros exemplos não deve à partida ser descartada, sendo que a mesma depende da sua semelhança com outros estudos do mesmo tipo (Bell, 2008).

Os estudos de caso podem combinar uma grande variedade de métodos, sendo que se torna necessário decidir quais os métodos mais adequados aos objectivos e conceber os instrumentos de recolha de informação mais apropriados (Bell, 2008).

No âmbito da presente investigação, consideram-se como objecto de estudo os utilizadores do Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde em estudo, ou seja, os utentes que recorrem a este Serviço de Radiologia, para realização de procedimentos diagnósticos de Radiologia Geral.

3.4. Universo e Amostra

A População ou Universo em estudo consiste no conjunto total dos casos, sobre os quais se pretendem tirar conclusões, sendo o objectivo da investigação que define a sua natureza e dimensão (Hill e Hill, 2002). Engloba todos os elementos, ou conjuntos de unidades, que se pretendem estudar e que poderiam ser observadas individualmente no estudo, partilhando características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo, para o qual se pretendem fazer generalizações (Fortin, 1999). No âmbito deste estudo, o universo é constituído pelos utentes do Serviço de Radiologia de um Centro de Saúde no Alentejo.

Quando se torna impossível o acesso à totalidade do universo, deve ser definida uma amostra, ou seja devem considerados, estudados e analisados apenas uma parte dos casos que constituem o universo do estudo (Hill e Hill, 2002). De acordo com Fortin (1999), uma amostra constitui-se como um subconjunto de uma população, ou de um grupo de indivíduos, que fazem parte da mesma população, devendo esta ser representativa do universo em estudo.

As conclusões retiradas do estudo da amostra podem, em caso de representatividade da mesma, ser extrapoladas para o universo. Uma amostra ideal deverá ser representativa, apresentando uma elevada semelhança com o universo, nas características relevantes ao estudo, constituindo-se, deste modo, como um microcosmo do mesmo (Hill e Hill, 2002).

Relativamente aos métodos de amostragem, existem duas grandes categorias de amostras: as probabilísticas e as não probabilísticas (Fortin, 1999).

Na amostragem probabilística são retirados de modo aleatório e em número suficiente os elementos a constituir a amostra, sendo que cada elemento da população tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero, de ser escolhido, aquando da tiragem ao acaso para fazer parte da amostra, o que assegura uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população (Fortin, 1999). Na amostragem não probabilística procura-se reproduzir a população levando em conta todas as suas características conhecidas, sendo que cada elemento da população não tem uma probabilidade igual para ser escolhido para constituir a amostra, o que acarreta o risco de este tipo de amostra ser menos representativa que a probabilística (Fortin, 1999).

A amostra aleatória consiste na extracção ocasional, da população em estudo, de um número de indivíduos fixados como efectivo da amostra, constituindo-se como a única amostra estatisticamente representativa (Albarelo et al., 2005).

Neste caso, não sendo possível o estudo directo de todo o universo em estudo, este foi estudado através de uma amostra probabilística aleatória simples, do universo dos utilizadores do Serviço de Radiologia em estudo.

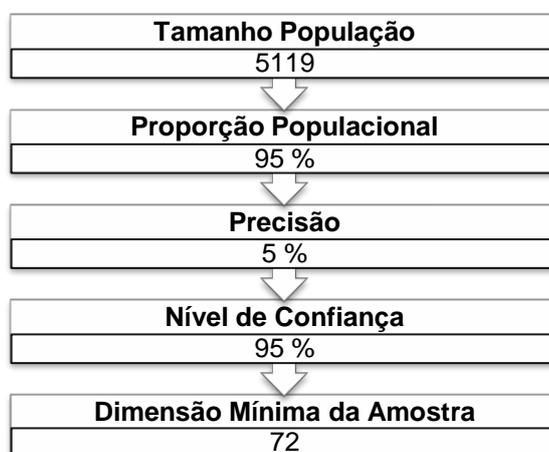
Quanto ao tamanho da amostra, o numero de elementos para a sua constituição é uma decisão importante e para a qual não existe fórmula simples de determinação (Fortin, 1999). Vários factores devem ser considerados para determinar o tamanho da amostra, entre eles o objectivo de estudo, a homogeneidade da população e o tipo de tratamento estatístico a ser efectuado (Fortin, 1999). No entanto, o investigador deve ter uma amostra suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas, sendo que, geralmente, grandes amostras conduzem a melhores aproximações relativamente às características e parâmetros da população (Fortin, 1999).

Dependendo a qualidade e a validade dos resultados de um inquérito da dimensão da amostra inquirida, o tamanho adequado da mesma pode ser verificado através da fórmula do erro-tipo sobre a estimativa de uma proporção (Ghiglione e Matalon, 2001).

Considerando a fórmula: $\sigma = \sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}$, onde π corresponde à proporção real, n

corresponde à dimensão da amostra e σ corresponde ao desvio padrão da distribuição da amostragem do parâmetro π , existem 95% de hipóteses de um valor observado numa amostra de dimensão n esteja contido no intervalo $\pm 1,96 \sigma$ (Ghiglione e Matalon, 2001). Verifica-se, deste modo, que a tamanho da amostra de dimensão n é determinado em função da proporção suposta e da precisão desejada.

Figura 10. Dimensão mínima da amostra.



Fonte: Elaboração própria.

Pela observação da Figura 10, pode verificar-se que, para uma população de 5119 indivíduos, considerando uma proporção populacional de 95%, uma precisão de 5% e um nível de significância de 95%, a amostra mínima a considerar é de 72 indivíduos.

No âmbito do presente estudo, a amostra foi constituída por um total de 204 indivíduos.

3.5. Recolha de Dados

Qualquer investigação empírica pressupõe um processo de recolha de dados, sendo que estes últimos se constituem como informação, sob a forma de observações ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis (Hill e Hill, 2002).

O processo de recolha de dados consiste na colheita, de forma sistemática, da informação desejada, junto dos sujeitos em estudo, recorrendo aos instrumentos de medida seleccionados para este fim (Fortin, 1999).

Para obter informação é necessário que se efectue uma observação, que pode ser directa, se o próprio investigador proceder directamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos em estudo, ou indirecta, caso o investigador se dirija aos sujeitos em estudo, para recolha da informação pretendida, sendo que, a observação pode também ser qualificada como extensiva ou intensiva, de acordo com a incidência sobre grandes grupos ou sobre indivíduos (Deshaires, 1992; Quivy e Campenhoudt, 2003).

A pesquisa envolve o uso de técnicas de exploração ou métodos de recolha de dados, bem como a organização e sistematização da informação recolhida, tendo em vista a sua análise e interpretação (Deshaires, 1992).

As técnicas científicas de exploração podem ser consideradas ferramentas de observação, que podem estar ligadas tanto à observação directa, como indirecta, e ter orientação qualitativa ou quantitativa (Deshaires, 1992).

No presente estudo, foi realizada uma análise intensiva dos diversos aspectos da problemática, através da observação focada num universo específico. Neste âmbito, duas técnicas de investigação foram aplicadas, com o objectivo de produzir informação mais ampla e variada subjacente ao aprofundamento do tema.

Na primeira etapa do processo de pesquisa recorreu-se à técnica da pesquisa documental, através da revisão bibliográfica.

A pesquisa documental permite verificar o estado da questão em estudo, o alargamento do quadro teórico, a localização comparativa da problemática e o conhecimento de resultados previamente existentes (Albarello, 2005). A recolha ou pesquisa documental

implica fontes escritas e não escritas, sendo que a recolha bibliográfica, pode ser considerada uma técnica particular de pesquisa documental, limitada exclusivamente às fontes escritas, publicadas ou não, que permitem compreender, contextualizar e problematizar um fenómeno (Tavares, 2007; Albarello, 2005).

No âmbito desta primeira etapa, foram realizadas reuniões de aconselhamento, com especialistas, sobre o tema em estudo. Este aconselhamento objectivou e permitiu a obtenção de informações determinantes, que se tornaram essenciais no estabelecimento de uma linha orientadora, no que se refere à bibliografia mais relevante, que possibilitou o aprofundamento e consolidação teórica da problemática em estudo.

Na segunda etapa, objectivando a verificação das hipóteses, recorreu-se à observação de modo indirecto, através de uma técnica de investigação de carácter quantitativo, o inquérito por questionário.

A abordagem quantitativa permite recolher dados e estudar as relações, entre os mesmos, objectivando a obtenção de conclusões quantificadas e generalizáveis (Bell, 2008).

“O inquérito pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar” (Ghiglione, 2001, p. 7), constituindo-se o questionário como “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”, que permite a organização, normalização e controlo de dados, permitindo que a informação seja recolhida de modo rigoroso (Fortin, 1999, p. 249).

O inquérito apresenta como objectivo a obtenção de informações, que possam ser descritas, analisadas e relacionadas; o estabelecimento de modelos de análise; e a realização de comparações (Bell, 2008). O mesmo, pela obtenção de dados de natureza quantitativa, permite que se procurem generalizações e regularidades de modo a verificar as tendências predominantes (Tavares, 2007).

Num inquérito, a informação pode ser recolhida em questionários preenchidos pelos inquiridos (auto-preenchimento), ou através de questionários, esquemas ou listas de verificação geridos pelo próprio investigador (Bell, 2008). No presente estudo recorreu-se à aplicação de questionários de auto-preenchimento. No entanto, há que referir que, no caso de respondentes com níveis baixos ou ausência de escolaridade, foi prestada assistência no preenchimento do questionário, quer pela leitura das questões, quer pelo registo das respostas.

A recolha de dados, através da observação indirecta, pela utilização da técnica do inquérito, tem associada uma dificuldade advinda da resistência natural dos elementos em estudo, que pode manifestar-se através de uma fraca adesão, cuja consequência

poderá encontrar-se ao nível do comprometimento dos resultados, caso não se obtenham respostas suficientes para uma análise válida (Quivy e Campenhoudt, 2003).

De modo a conseguir uma máxima colaboração por parte dos elementos em estudo, o investigador deve convence-los da importância do estudo, bem como da essencialidade da sua participação no mesmo, criando nos inquiridos uma atitude favorável que vença a sua inércia natural (Quivy e Campenhoudt, 2003). No âmbito do presente estudo, este papel foi desempenhado quer pelo Técnico de Radiologia, que executou os exames, quer pelo investigador, que acompanhou todo o processo de recolha de dados. Os utentes foram abordados após a execução do exame radiológico, sendo-lhes entregue o questionário e fornecida uma breve explicação do seu propósito e importância.

Ainda, as respostas ao inquérito foram anónimas, de modo a preservar a privacidade dos participantes e a motivar a honestidade nas respostas (Fortin, 1999).

3.5.1. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados consiste numa ferramenta que permite recolher a informação necessária (Bell, 2008).

Seja qual for o instrumento de recolha de dados a ser utilizado, o mesmo deve ser analisado de modo crítico, avaliando a sua qualidade, ou seja, determinando até que ponto o mesmo é fiável e válido (Bell, 2008; Carolino, 2003).

A fiabilidade consiste na capacidade de fornecer resultados semelhantes sob condições constantes e a validade consiste na capacidade de descrever ou medir aquilo a que se propõe, sendo que um instrumento que não é fiável também não é válido, podendo, no entanto, ser fiável sem ser necessariamente válido (Bell, 2008; Hill e Hill, 2002). Deste modo, a existência de fiabilidade adequada é essencial, sendo que, no entanto, a mesma não é suficiente para garantir a validade adequada.

No que se refere à fiabilidade, a medida de uma variável latente é fiável se for consistente, sendo que a consistência pode ser definida de três modos diferentes: consistência em termos de estabilidade temporal das medidas; em termos de equivalências de medidas obtidas por versões alternativas; consistência interna (Hill e Hill, 2002).

No que concerne à validade, podem ser referidos três tipos principais de validade: validade de conteúdo, teórica e prática, sendo que a mesma é caracterizada em graus, e não pela sua presença ou ausência (Hill e Hill, 2002).

O instrumento de recolha de dados, a ser utilizado no presente estudo, consiste na adaptação do questionário concebido, utilizado e avaliado por Miranda (2010)³, no estudo dos atributos da qualidade percebida pelos utentes de três Serviços de Imagiologia, de um Hospital Privado.

Podem enumerar-se algumas diferenças entre os Serviços de Radiologia de carácter privado: geridos com base nas condições do mercado, visando obtenção de lucros monetários, com acesso condicionado e, geralmente, baseado em convenções e protocolos com diferentes entidades; e de carácter público: geridos com fundos estatais através do SNS, sem objectivos de lucro monetário, apresentando uma abrangência universal e tendencial gratuidade da prestação de serviços.

Apesar destas diferenças, em termos de origem de fundos, modos de gestão, universalidade, acessibilidade e preços praticados, e tendo em conta a opinião de especialistas na matéria, consultados acerca desta questão, considerou-se a igualdade da importância dos aspectos medidos, pela estrutura principal do questionário referido, bem como a pertinência da sua aplicabilidade, quer em Serviços de Radiologia de carácter privado, quer de carácter público.

No entanto, a consideração desta pertinência, não excluiu a realização de adaptações específicas ao instrumento de recolha de dados, de modo a torná-lo mais adequado, quer aos objectivos do presente estudo, quer à nova realidade em estudo. Estas alterações serão, posteriormente, abordadas de modo detalhado.

A estrutura principal do instrumento consiste numa adaptação da escala Servperf, que mede a satisfação e qualidade percebida em função do desempenho do serviço. O seu desenvolvimento, segundo Miranda (2010), teve como base a escala Servperf, de Cronin e Taylor (1992, 1994); as dimensões da qualidade e satisfação do modelo de questionário HQual, desenvolvido por Silva et al. (2009), da Universidade de Évora; a proposta de avaliação da qualidade dos Serviços de Radiologia, de Hoe (2007); os estudos de Ramsaran-Fowdar (2005), sobre os atributos da qualidade nos serviços de saúde; bem como as entrevistas exploratórias realizadas por Miranda (2010).

O questionário a ser utilizado, neste estudo, encontra-se dividido em duas partes. A primeira consiste na aferição da satisfação e qualidade percebida, através de 27 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (1 = Discorda totalmente, 5 = Concorda totalmente), bem como questões gerais, abertas e fechadas, sobre a qualidade e satisfação com o Serviço de Radiologia e intenções de retorno e recomendação do mesmo. A segunda parte do questionário consiste, essencialmente, num conjunto de

³ Foi previamente solicitada e obtida a autorização da autora, para a utilização do questionário, no âmbito do presente estudo.

questões que permitem a caracterização sócio-demográfica dos utilizadores do Serviço de Radiologia, permitindo também distinguir o tipo de exame realizado (agendado ou urgência).

O questionário, cuja estrutura principal é utilizada neste estudo, obteve um valor médio de consistência interna de *alpha* de Cronbach muito bom (0,953), para os 22 determinantes da qualidade adaptados da escala Servperf, e um valor de consistência interna razoável/aceitável ao nível das dimensões das escalas parcelares (Miranda, 2010).

No entanto, em virtude de no presente estudo se considerarem todos os 27 determinantes utilizados na estrutura principal do questionário, bem como pela sua aplicação a uma realidade distinta, o mesmo foi também, no âmbito desta investigação, sujeito a uma validação de consistência interna ou fiabilidade da estrutura utilizada. Esses dados serão abordados mais adiante, no âmbito do presente relatório.

Encontrando-se fundamentado num conjunto sólido de antecedentes, quer teóricos, quer empíricos, pela aplicação e validação anterior da sua estrutura principal em Serviços de Radiologia, pela confirmação da sua pertinência através da consulta efectuada a diversos peritos e pelo pré-teste realizado no actual contexto de aplicação, considera-se a adequabilidade do questionário adaptado, utilizado neste estudo.

3.5.2. Dimensões e Variáveis em Estudo

Segundo Silva e Pinto (1990), a criação de conhecimento específico, sobre a realidade social, envolve a tradução dos conceitos da teoria mais geral e abstracta, em elementos e proposições que permitem a verificação, de modo mais directo, dos processos sociais e das suas configurações particulares.

Frequentemente, em ciências sociais, os conceitos e as suas dimensões não se expressam em termos evidentemente observáveis, que possam ser medidos de modo directo (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Deste modo, a construção de um conceito consiste, em primeiro lugar, na determinação das dimensões que o constituem e, seguidamente, em precisar os indicadores/atributos/características, que por se constituírem como manifestações objectivamente observáveis, irão permitir a medição dessas dimensões (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Uma variável latente pode ser definida como uma variável que, não podendo ser observada ou medida directamente, pode ser definida a partir de um grupo de outras

variáveis, passíveis de observação e medida directa, e que em conjunto determinam a sua medida (Hill e Hill, 2002).

A satisfação e a qualidade percebida, constituindo-se como os conceitos em estudo no âmbito do presente trabalho, não sendo passíveis de observação e medição directa, são considerados como uma variável latente, cuja aferição é efectuada através de várias dimensões, que englobam diversos atributos/indicadores passíveis de medição directa.

As dimensões da satisfação e qualidade percebida de serviços em estudo, avaliadas através do questionário utilizado, são seis. As primeiras cinco dimensões são comuns ao modelo Servperf e ao modelo HQual. Foi, no entanto, acrescentada a esta estrutura base, uma sexta dimensão, inexistente no modelo Servperf, mas semelhante à sexta dimensão apresentada no modelo HQual. As dimensões em estudo, avaliadas pelo presente questionário são as seguintes (Miranda, 2010):

- 1) **Aspectos físicos/Tangibilidade** – abrange aspectos relacionados com as instalações, a sua aparência, limpeza, equipamentos e apresentação dos funcionários;
- 2) **Capacidade de Resposta/Sensibilidade/Receptividade** – abrange aspectos relacionados com a capacidade de prestação de serviços que vão de encontro ao prometido, com a demonstração de interesse na resolução de problemas, aplicação dos procedimentos e manutenção dos dados e registos dos clientes;
- 3) **Credibilidade/Fiabilidade** – abrange aspectos relacionados com a ajuda ao cliente e a eficiência na prestação do serviço, tais como a disponibilidade, empenho e rapidez no atendimento, bem como solicitude e eficiência na resolução de problemas;
- 4) **Relação com os doentes/Empatia** – abrange aspectos associados à atenção e ao interesse demonstrados aos clientes, tais como o atendimento personalizado/individualizado, contentamento das necessidades específicas, comunicação e acesso;
- 5) **Garantia/Segurança com Profissionalismo e Competência** – abrange aspectos relacionados com o comportamento e competência dos funcionários, tais como a sua educação, cortesia e capacidade de transmissão de credibilidade e segurança cliente;
- 6) **Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia** – abrange aspectos relacionados com a acessibilidade e disponibilidade do Serviço de Radiologia, bem como aspectos particulares do contacto do utente com o mesmo.

Cada uma destas dimensões engloba várias variáveis em estudo (Quadro 4). No entanto, estas seis dimensões, da estrutura base do questionário, não englobam a totalidade das mesmas, dado que o questionário aplicado se prolonga para além destas.

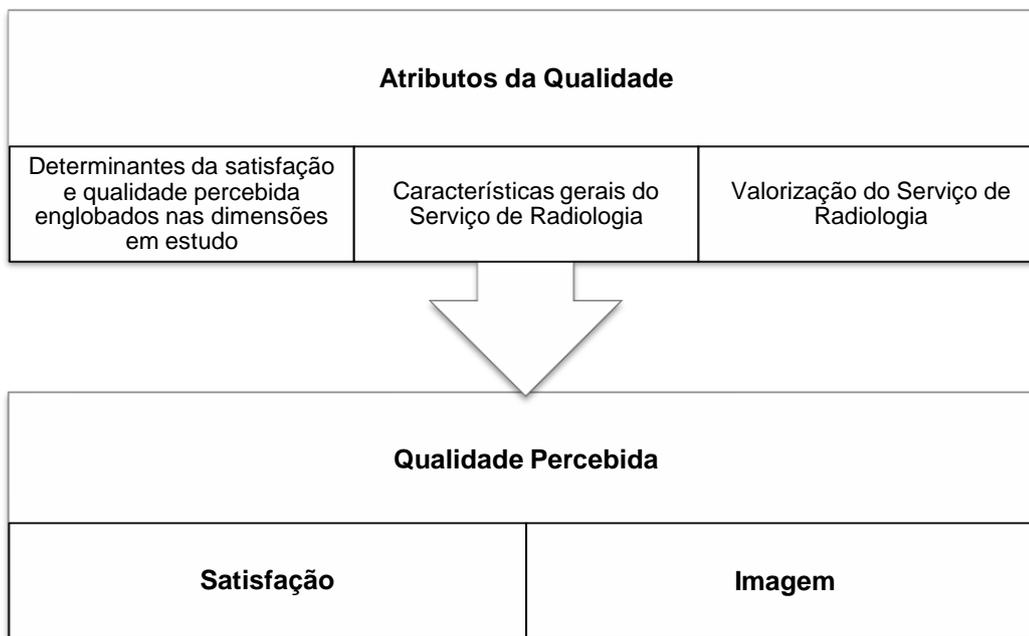
“Variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação, podendo exprimir graus, quantidades, diferenças” (Fortin, 1999, p. 37). Considera-se como variável dependente a que sofre o efeito das alterações verificadas na variável independente, ou seja, a que é influenciada (Fortin, 1999).

Os atributos da qualidade, na sua totalidade, englobam as variáveis da qualidade em estudo e vão determinar a qualidade percebida pelos utentes, sendo responsáveis pelos níveis de satisfação e pela imagem transmitida pelo mesmo (Miranda, 2010).

Segundo o questionário utilizado e o estudo desenvolvido, os atributos da qualidade, consistem em (Figura 11):

- a) Determinantes da satisfação e qualidade percebida englobados nas dimensões em estudo;
- b) Características gerais do Serviço de Radiologia;
- c) Valorização do Serviço de Radiologia.

Figura 11. Modelo Conceptual.



Fonte: Adaptado de Miranda, 2010.

Segundo Fortin (1999), uma teoria consiste numa generalização abstracta, que apresenta uma explicação sistemática sobre o modo como os fenómenos se relacionam

entre si, sendo que, fornecendo uma perspectiva de abordagem ao problema de investigação, é a partir da mesma que as hipóteses de investigação são formuladas, testadas empiricamente, e que os conceitos são definidos.

Os modelos conceptuais assemelham-se a estas, sendo mais abstractos, mas fornecendo uma perspectiva geral do fenómeno em estudo (Fortin, 1999).

De acordo com o modelo conceptual descrito, consideram-se como as variáveis em estudo, que se pretendem explicar, ou seja, como variáveis dependentes, as percepções relativas aos atributos da qualidade.

As variáveis da estrutura dos determinantes da satisfação e qualidade percebida podem ser encontradas no Quadro 4.

As escalas de medida referem-se à classificação de uma medida que, consoante os *scores* obtidos, reflectem uma categoria/qualidade ou um valor numérico/qualidade, sendo que podem ser referidas quatro, por ordem crescente de precisão: 1) nominal – representa categorias mutuamente exaustivas e exclusivas (cada elemento deve pertencer a uma e só uma categoria), onde os números não têm valor quantitativo, mas representativo de classes diferentes; 2) ordinal – os números continuam a não ter valor quantitativo, mas a sua atribuição permite quer a representatividade, quer a classificação das diferentes categorias segundo uma ordem de grandeza; 3) intervalo – os números apresentam valor quantitativo, sendo os intervalos entre eles considerados como iguais, podendo ser adicionados e subtraídos, mas sem serem considerados absolutos, visto que o cálculo se faz a partir de um zero arbitrário; 4) razão – os números apresentam valor quantitativo, a escala possui um zero absoluto, que corresponde à ausência de fenómeno, sendo que os números representam a quantidade real da característica medida, podendo ser submetidos a todas as operações matemáticas (Fortin, 1999).

As percepções relativas às questões, expressas no Quadro 4, constituem-se como variáveis qualitativas, medidas em escala ordinal.

Quadro 4. Variáveis atributos das dimensões da satisfação e qualidade percebida.

Tangibilidade
P1.1. O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos. P1.2. O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.). P1.3. Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.). P1.4. O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.
Fiabilidade/Credibilidade
P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo). P1.12. O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil. P1.16. Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica, Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema). P1.24. O Serviço de Radiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados). P1.25. O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).
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.
Capacidade de Resposta/Sensibilidade/Receptividade
P1.10. O Serviço de Radiologia 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.
Empatia
P1.6. O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa. P1.8. O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos). P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia. P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar. P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.
Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis. P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames. P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa com antecedência os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame. P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado. P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.

Fonte: Adaptado de Miranda, 2010.

As variáveis que permitem a caracterização da amostra, entre as quais as sócio-demográficas, são consideradas, para efeitos deste estudo, como variáveis independentes (Quadro 5).

Quadro 5. Variáveis independentes.

Tipo de Exame	<ul style="list-style-type: none">• Com opções Urgente e Marcado/Agendado;• Variável qualitativa medida em escala nominal.
Respondente do Questionário	<ul style="list-style-type: none">• Com opções de resposta Próprio e Outro;• Variável qualitativa medida em escala nominal.
Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Com opções Feminino e Masculino;• Variável qualitativa medida em escala nominal.
Idade	<ul style="list-style-type: none">• Variável quantitativa, medida em escala de razão;• Por motivos de facilidade na caracterização da amostra, esta variável, contínua, será transformada numa variável em classes e analisada como variável qualitativa medida em escala ordinal.
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none">• Inclui opções de resposta de estado civil solteiro, casado, viúvo e divorciado ou separado;• Variável qualitativa medida em escala nominal.
Área Geográfica de Residência	<ul style="list-style-type: none">• Permite compreender o acesso aos cuidados de saúde por parte dos inquiridos, apresentando como opções vila de Odemira, concelho de Odemira, distrito de Beja e outros;• Variável qualitativa medida em escala nominal.
Grau de Ensino Concluído	<ul style="list-style-type: none">• Corresponde ao grau de ensino completo, apresentando como opções a ausência de escolaridade, 4ª classe, 2º ciclo, ensino básico, ensino secundário e estudos superiores;• Variável qualitativa medida em escala ordinal.
Situação Profissional	<ul style="list-style-type: none">• Consiste na ocupação ou actividade exercida, formalmente reconhecida, ou, ausência da mesma, apresentando como opções reformado, estudante, desempregado, trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria;• Variável qualitativa medida em escala nominal.

Fonte: Adaptado de Miranda, 2010.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado de modo quantitativo, com recurso ao SPSS, de modo a permitir a descrição, análise, comparação e associação estatística entre as variáveis em estudo.

3.5.3. Adaptações ao Questionário e Pré-Teste

Segundo Ghiglione e Matalon (2001), um inquérito encontra-se totalmente dependente da linguagem. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003), o questionário é, de modo

geral, destinado aos indivíduos inquiridos, lido e preenchido pelos mesmos, tornando-se importante a clareza e precisão das questões, que devem ser formuladas de forma a serem interpretadas, do mesmo modo, por todos os respondentes.

Segundo Hill e Hill (2002), quando se recorre à aplicação de um questionário a uma amostra retirada de um universo distinto daquele para o qual o mesmo foi desenvolvido, torna-se importante verificar a relevância, clareza e a compreensão das questões aplicadas aos respondentes do novo universo de estudo.

No âmbito deste estudo, procedeu-se à aplicação de um questionário, previamente validado num contexto semelhante, a uma realidade distinta. Em função desta realidade distinta, procederam-se a ligeiras alterações semânticas no questionário, a alterações na escala de medição e eliminaram-se algumas questões, não pertencentes à estrutura principal do questionário, por não se enquadrarem nos objectivos propostos.

Uma das alterações efectuadas ao questionário foi a substituição da palavra “imagiologia” por “radiologia”. No questionário desenvolvido por Miranda (2010), a autora faz referência a “Serviço de Imagiologia” e “Técnico de Imagiologia”. Tendo em conta a definição de Imagiologia, da ERS (2009), previamente descrita, a Imagiologia inclui, para além das técnicas de imagem da Radiologia, também os procedimentos de Medicina Nuclear. Neste caso específico, tratando-se de um serviço que apenas dispõe de exames diagnósticos de Radiologia Convencional/Geral, considerou-se mais acertada a substituição da designação de “Serviço de Imagiologia” por uma menos abrangente de “Serviço de Radiologia”. Considera-se, ainda, que esta designação se encontra em maior conformidade com a nomenclatura utilizada para referência do serviço específico, quer na instituição, quer na população em estudo.

De acordo com o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, que regula o estatuto da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, o profissional responsável pela realização de todos os exames na área da radiologia de diagnóstico médico é o Técnico de Radiologia. Deste modo, considerou-se mais acertada a substituição, no questionário, de “Técnico de Imagiologia” por “Técnico de Radiologia”.

De acordo com o Conselho Local de Acção Social de Odemira (2005), a população de Odemira constitui-se como uma população com baixos níveis de escolaridade. Assim sendo, tendo em conta este facto, e de modo a maximizar quer a compreensão das questões, quer a facilidade de preenchimento do questionário, procederam-se a ligeiras alterações semânticas, às questões da estrutura principal do questionário, bem como algumas alterações à escala de medição utilizada.

Acrescentou-se no questionário, em adição à palavra “consecutivos”, um sinónimo, a palavra “seguidos”. Substituiu-se a palavra “previamente” pela expressão “com

antecedência”. Ainda, e tal como sugerido em Almeida et al. (2010a), em adição à palavra “padronizados”, acrescentou-se a palavra “organizados”. Eliminou-se a expressão “boa capacidade tecnológica”, mantendo a expressão “bons equipamentos” e, da expressão “instalações físicas”, eliminou-se a palavra “físicas”. Considerou-se que estas alterações podem contribuir para facilitar a compreensão das questões, pelos inquiridos da população em estudo.

No questionário original, onde se solicitava aos respondentes para atribuir um número de 1 a 10, escrevendo o mesmo em frente à afirmação, colocou-se uma escala de Likert, com espaços em branco, tal como no modelo HQual, solicitando aos respondentes apenas a colocação de um X. Ainda, em alternativa à escala de Likert de 10 pontos, do questionário original, optou-se, tal como no modelo HQual, por uma escala de 5 pontos. Considerou-se que estas alterações, de redução da escala de medição e mudança do procedimento de atribuição da classificação, contribuem para facilitar e aligeirar o processo de preenchimento do questionário.

Ainda, na primeira parte do questionário, foram eliminadas as questões relativas às entidades convencionadas para a realização dos exames; ao conhecimento, recomendação e motivos para a escolha do Serviço de Radiologia; e experiências anteriores com o Serviço de Radiologia. Optou-se pela eliminação destas questões por não irem de encontro aos objectivos previamente enunciados para o presente estudo, sendo que, a manutenção das mesmas iria apenas contribuir para alongar o tempo necessário ao preenchimento, sem adicionar informações consideradas relevantes.

Outras referências, eliminadas das questões da estrutura original do questionário, prendem-se com exames relatados, preenchimento do consentimento informado e técnicas de diagnóstico imagiológico, diferentes da Radiologia Geral. A eliminação destas referências encontra-se associada ao facto das mesmas não se adaptarem à realidade actualmente em estudo, dado o Serviço de Radiologia não prestar o serviço de relatório escrito dos exames, não ser solicitado o preenchimento escrito de consentimento informado, e não se encontrarem disponíveis outras técnicas de imagiologia, para além da Radiologia Geral.

Na segunda parte do questionário, foi acrescentada uma questão, relevante para a realidade do Serviço de Radiologia em estudo. Sendo que, neste serviço, são realizados exames de urgência e exames agendados, é solicitado aos inquiridos que especifiquem o tipo de exame que lhes foi prescrito.

No que se refere ao respondente do questionário, que originalmente apresentava três opções de resposta (próprio, acompanhante ou outro), as mesmas foram reduzidas, de modo a simplificar a questão, mantendo apenas duas opções (próprio ou outro).

Na questão relativa à área geográfica de residência, as opções originais (distrito, concelho, freguesia, lugar) foram substituídas, de modo a apresentarem uma melhor aplicabilidade à realidade em estudo (vila Odemira, concelho Odemira, distrito Beja, outros) e de modo a promover a melhor compreensão da questão pelos inquiridos.

Realizadas estas breves adaptações ao questionário, para melhor adequabilidade à realidade em estudo, e antes da sua aplicação definitiva, no âmbito do estudo, o mesmo foi submetido a um pré-teste.

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra (10 a 30 sujeitos), que reflecta a diversidade do universo em estudo (Fortin, 1999). O pré-teste permite analisar o entendimento e a compreensão das questões, bem como o tempo necessário ao preenchimento do questionário, permitindo corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a formulação e ordenação das questões (Fortin, 1999; Bell, 2008).

No âmbito do presente estudo, o pré-teste consistiu na aplicação do questionário a um grupo de dez pessoas que são ou foram utilizadoras do Serviço de Radiologia em estudo. No pré-teste elaborado verificou-se que os respondentes demonstraram alguma dificuldade na compreensão de perguntas específicas, sendo que apenas se efectuaram algumas alterações semânticas às questões enunciadas, como forma de maximizar o entendimento das mesmas.

Verificou-se que a maioria dos respondentes manifestou dificuldades na compreensão das palavras “percepção” e “apercebida”. Deste modo, as mesmas foram substituídas pela palavra “opinião”, considerada mais adequada e de fácil compreensão pelos respondentes. A pergunta 1.27 é referida por alguns respondentes como pouco clara e confusa. Em função destas opiniões, a mesma, embora mantendo o mesmo objectivo, foi reformulada, de modo a facilitar a sua compreensão.

Na segunda parte do questionário, os respondentes manifestaram algumas dificuldades na compreensão das questões referentes ao tipo de exame, respondente do questionário e grau de ensino concluído.

Deste modo, a expressão “tipo de exame” foi substituída por “deslocação ao serviço de Radiologia por...”, mantendo as duas opções originais (exame urgência e exame marcado); a expressão “respondente do questionário” foi substituída por “o respondente do questionário foi...”, mantendo as duas opções originais (próprio ou outro); as opções relativas ao grau de ensino concluído foram simplificadas, apresentando as opções “sem escolaridade”, “ensino primário (4ª classe)”, 2º Ciclo (6ª classe), “ensino básico (9º Ano)”, “ensino secundário (12º Ano)” e “estudos superiores”.

Pode encontrar-se no Quadro 6, a síntese das alterações efectuadas ao questionário original, podendo encontrar-se o questionário alterado no Apêndice 5.

Quadro 6. Síntese das alterações efectuadas ao questionário original.

Questionário Original	Questionário Adaptado
Imagiologia	Radiologia
P1. As frases seguintes referem a sua percepção ...	P1. As frases seguintes referem a sua opinião ...
P1.1. O Serviço de Imagiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	P1.1. O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.
P1.2. O Serviço de Imagiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.).	P1.2. O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).
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).	P1.7. No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.
P1.8. O Serviço de Imagiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos.	P1.8. O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos) .
P1.12. O Serviço de Imagiologia disponibiliza a entrega do exame relatado em tempo útil.	P1.12. O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.
P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar, designadamente ajudam no preenchimento do consentimento informado.	P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.
P1.24. O Serviço de Imagiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados.	P1.24. O Serviço de Radiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).
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.	P1.27. Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos, para prestar um serviço de melhor qualidade.
P3.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Imagiologia apresenta foi...	P3.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresentou foi...

(continua)

Quadro 6A. Síntese das alterações efectuadas ao questionário original (continuação).

Questionário Original	Questionário Adaptado
P4. Tendo em conta a qualidade global a percebida dos serviços prestados...	P4. Tendo em conta a sua opinião sobre a qualidade global dos serviços prestados...
P5. Assinale a entidade convencionada que utiliza para execução de exames no Serviço de Imagiologia (ADSE; Seguros; etc).	Eliminada
P6. Assinale como conheceu o Serviço de Imagiologia e se foi recomendado? (através de amigos; médico assistente; publicidade).	Eliminada
P7. Assinale o que o influenciou para realizar os exames neste Serviço de Imagiologia?	Eliminada
-----	PB1. Deslocação ao Serviço de Radiologia por... (exame urgente ou exame marcado/agendado).
Respondente do questionário: (próprio, acompanhante ou outro)	PB2. O respondente do questionário foi... (próprio ou outro)
PB1. Já realizou alguma vez exames similares neste Serviço de Imagiologia?	Eliminada
PB2. Já realizou exames similares em outro Serviço de Imagiologia?	Eliminada
PB2.1. Em caso afirmativo, especifique o local.	Eliminada
PB6. Área geográfica da Residência: (Distrito, Concelho, Freguesia ou Lugar).	PB6. Área geográfica da Residência: (Vila Odemira, Concelho Odemira, Distrito Beja ou Outros).
PB7. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou: [sem escolaridade, 1ºciclo (4ª classe), 2ºciclo (6ª classe), ensino secundário complementar, curso técnico-profissional, bacharelato ou curso médio, licenciatura, pós-graduação ou mestrado ou doutoramento].	PB7. Grau de ensino concluído: [sem escolaridade, ensino primário (4ª classe), 2ºciclo (6ª classe), ensino básico (9ºAno), ensino secundário (12ºAno), ensino superior].

Fonte: Elaboração própria.

3.5.4. Procedimento de Recolha de Dados

O procedimento de recolha de dados iniciou-se em Janeiro de 2012, prolongando-se durante um período temporal de trinta dias, cujo término se verificou durante o mês de Fevereiro, e ao longo do qual foram recolhidos 204 questionários válidos.

Durante este procedimento, os responsáveis pela entrega dos questionários aos respondentes, bem como posterior recolha dos mesmos, foram os Técnicos de

Radiologia, bem como o investigador, que procedeu ao acompanhamento do processo de recolha dados. A escolha dos Técnicos de Radiologia deriva do facto destes serem os profissionais que procedem à execução dos exames radiológicos, sendo os que apresentam um contacto mais próximo e prolongado com os utilizadores do serviço, usufruindo de acesso privilegiado aos utentes, posição e conhecimentos para os informar devidamente sobre a investigação e motivar à participação no estudo. No entanto, a presença do investigador durante a recolha de dados mostrou-se determinante neste processo, assumindo, o mesmo, as tarefas de entrega, apoio aos respondentes e recolha dos questionários nos períodos de maior fluxo de trabalho no serviço, que limitaram a disponibilidade do Técnico de Radiologia para a realização dessas tarefas.

Após a realização do exame radiológico, quer os Técnicos de Radiologia, quer o investigador, com uma breve explicação do estudo em curso, solicitaram a participação dos inquiridos no mesmo, entregando o questionário a todos os pacientes que se disponibilizaram a participar. De modo a uniformizar o procedimento, foi levada a cabo uma reunião individual, do investigador com cada um dos Técnicos de Radiologia, antes do início da recolha dados, onde foi comunicado um protocolo comum de actuação, com as orientações a seguir no âmbito deste processo.

Foram entregues questionários a todos os pacientes, com idade superior a 18 anos, que concordaram participar no estudo, bem como aos acompanhantes dos pacientes de idade inferior a 18 anos, e dos pacientes não autónomos, que mostraram a mesma disponibilidade. Alguns pacientes, com idade inferior aos 18 anos, também participaram no estudo, tendo preenchido os questionários, após mostrarem disponibilidade para participação no estudo e tendo sido obtida autorização prévia por parte dos respectivos acompanhantes.

Após o preenchimento, os questionários ou foram entregues aos Técnicos de Radiologia, que por sua vez os encaminharam para o investigador, para posterior análise, ou directamente ao investigador, nos casos em que foi o mesmo a solicitar a participação dos indivíduos no estudo.

Ainda, e tal como já mencionado, no âmbito do processo de recolha de dados, foram realizadas reuniões com os Técnicos de Radiologia, que desempenham funções no Serviço de Radiologia em estudo, de modo a solicitar a sua participação e cooperação, no mesmo, tendo sido transmitido, a todos, um protocolo comum de actuação, com as orientação básicas a serem seguidas neste procedimento.

No entanto, previamente a esta reunião, e de modo a poder dar seguimento à recolha de dados, foram solicitadas várias autorizações. Foi solicitada a autorização formal, por

escrito, ao director executivo do ACES Alentejo Litoral, que aprovou o estudo e o questionário a ser aplicado (Apêndices 2, 3 e 4), bem como as autorizações informais da Técnica de Radiologia responsável pelo serviço em estudo, da Coordenadora do SUB e da Coordenadora da UCSP de Odemira.

Após a sua recolha, de modo a proceder à verificação das hipóteses de investigação e atingir os objectivos específicos inicialmente propostos, os dados foram compilados numa base de dados e tratados estatisticamente através do SPSS.

3.6. Linhas Gerais do Tratamento de Dados

O tratamento dos dados obtidos foi realizado com recurso ao SPSS, versão 17, de modo a permitir a descrição, análise, comparação e associação estatística entre as variáveis em estudo.

O SPSS constitui-se como o *software* de manipulação, análise e apresentação de resultados, predominantemente utilizado no âmbito das Ciências Sociais e Humanas (Maroco, 2010).

No tratamento de dados, relativos ao presente estudo foram abordadas, quer a estatística descritiva, quer a estatística indutiva, sendo utilizadas técnicas de análise univariadas, bivariadas e multivariadas. Na análise univariada cada variável é tratada de modo isolado, na análise bivariada procede-se ao estabelecimento de relações entre duas variáveis e na análise multivariada estabelecem-se relações entre mais de duas variáveis (Pestana e Gageiro, 2003).

De acordo com Miranda (2010), nos estudos realizados nesta área, bem como em outros que recorrem a medidas psicométricas, verifica-se, em determinados casos, o tratamento de variáveis ordinais segundo uma perspectiva métrica. No presente estudo foi seguida esta abordagem, sendo que as variáveis ordinais foram tratadas de acordo com o seu formato de origem, bem como, em determinadas situações, segundo uma perspectiva quantitativa.

No âmbito do presente estudo, o protocolo de tratamento de dados seguido foi o seguinte:

- Análise descritiva das variáveis sócio-demográficas, através da análise das frequências e medidas de tendência central;
- Análise descritiva dos atributos da satisfação e qualidade percebida, através da análise de frequências de resposta e das medidas de tendência central e dispersão;

- Estudo da hierarquia desses atributos, através do teste de Friedman;
- Análise descritiva das dimensões da qualidade, através da análise das medidas de tendência central;
- Análise descritiva das características gerais do serviço estudado, através da análise de frequências e medidas de tendência central e dispersão;
- Estudo comparativo das diferenças na satisfação e qualidade gerais, em função da prioridade do exame, através do teste de Mann-Whitney;
- Estudo comparativo das diferenças na satisfação e qualidade gerais, em função das variáveis sócio-demográficas, através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis;
- Análise descritiva das intenções de retorno e recomendação do serviço, através da análise das frequências;
- Estudo da associação entre as características gerais e intenções de retorno e recomendação, através do coeficiente de correlação de Spearman;
- Estudo dos índices de satisfação globais e por dimensão;
- Análise da consistência interna da estrutura dos atributos da qualidade e satisfação percebida, através do cálculo do *alpha* de Cronbach, global e por dimensão;
- Análise factorial exploratória da estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida;
- Estudo da consistência interna factorial, através do cálculo do *alpha* de Cronbach;
- Estudo da associação factorial, com as características gerais do serviço e intenções de retorno e recomendação, através do coeficiente de correlação de Spearman.

Centrando-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas, a estatística descritiva tem como objectivo a descrição das características de uma amostra, através de indicadores estatísticos, tais como a média, moda e desvio padrão (Pestana e Gageiro, 2003; Hill e Hill, 2000).

Por outro lado, a estatística indutiva permite que, tendo como base as unidades observadas, se possam realizar inferências para a população de onde se extraíram essas unidades/amostra, quer através de intervalos de confiança, quer através de testes paramétricos (estatísticas que lidam com parâmetros e assumem uma distribuição normal da variável no universo) ou não paramétricos (não lidam com parâmetros, não assumindo a distribuição normal da variável no universo), quando aplicados a amostras aleatórias (Pestana e Gageiro, 2003).

Quando existe uma relação de dependência entre duas variáveis, avalia-se o grau de associação entre as mesmas, recorrendo a diferentes medidas, consoante o tipo de variáveis em questão (Pestana e Gageiro, 2003).

As medidas de associação permitem quantificar a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis, sem, no entanto, permitir a inferência sobre relações causais entre as mesmas (Maroco, 2010). O coeficiente de correlação de Spearman é uma medida aplicada para estudar a associação entre variáveis qualitativas, constituindo-se, no caso de variáveis quantitativas, como alternativa não paramétrica ao coeficiente de correlação de Pearson (Pestana e Gageiro, 2003).

O teste de Friedman consiste num teste de análise de variância, não paramétrico e multivariado, que permite estudar um único factor, relativamente a duas ou mais amostras emparelhadas (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2003). Este baseia-se nas ordens de caso e compara as pontuações médias de cada variável em análise (Pestana e Gageiro, 2003).

Este implica a formulação de duas hipóteses, uma nula (H_0) e outra alternativa (H_1), com uma regra de decisão sustentada pelo do valor da estatística de teste (valor p), relativamente ao nível de significância α enunciado (α), sendo que, se o valor da estatística de teste for inferior ao nível de significância, a hipótese nula é rejeitada (valor $p < \alpha \Rightarrow$ rejeita-se H_0) (Pestana e Gageiro, 2003; Maroco, 2010).

O teste de Mann-Whitney é utilizado para estudar as diferenças entre duas amostras independentes e o de Kruskal-Wallis utilizado para estudar diferenças entre mais de duas amostras amostras independentes.

Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis são testes não paramétricos, que assumem que as distribuições das variáveis, podendo não ter distribuição normal, assumem a mesma forma (Pestana e Gageiro, 2003). Estes são utilizados como alternativa aos testes paramétricos, quando não se verificam os seus pressupostos de aplicabilidade, podendo ser aplicado a variáveis qualitativas ordinais (Pestana e Gageiro, 2003). Estes testes, ao invés de se basearem em parâmetros da distribuição normal, baseiam-se na ordenação das variáveis (Pestana e Gageiro, 2003).

Tal como o teste de Friedman, estes testes implicam a formulação de hipóteses, obedecendo à mesma regra de decisão enunciada anteriormente (Pestana e Gageiro, 2003; Maroco, 2010).

Uma tarefa essencial na construção de um questionário de aferição de uma variável latente envolve, entre outras, a determinação e análise da sua fiabilidade ou consistência (Hill e Hill, 2002). Segundo a definição técnica de fiabilidade, a mesma pode ser aferida subtraindo a 1, o valor do quociente entre a variância do erro de medição e a variância

dos valores observados, sendo que no caso de obtenção de um valor numérico igual a 1, nos encontramos em presença de uma fiabilidade perfeita (Hill e Hill, 2002).

O *alpha* de Cronbach pode ser definido como a correlação esperada entre a escala de medida usada e outras hipotéticas do mesmo universo, com o mesmo número de itens, constituindo-se como uma das medidas mais usadas para a aferição da consistência interna de um grupo de variáveis/itens (Pestana e Gageiro, 2003).

O *alpha* de Cronbach pode variar entre 0 e 1, sendo que quando é inferior a 0,6 a consistência interna é inadmissível, encontrando-se entre 0,6 e 0,7 a consistência interna é fraca, entre 0,7 e 0,8 a consistência interna é razoável, entre 0,8 e 0,9 a consistência interna é boa e, sendo superior a 0,9 a consistência interna é considerada muito boa (Pestana e Gageiro, 2003).

A análise factorial constitui-se como uma técnica de análise exploratória de dados, que objectiva a análise estrutural de um conjunto de variáveis relacionadas entre si, permitindo a sua redução a um pequeno número de factores que as representam (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2003). Estes factores constituem-se como as novas variáveis, sendo definidos por combinações lineares das variáveis analisadas, fornecendo, em teoria, uma explicação do modo como as mesmas se correlacionam (Hill e Hill, 2002).

Em termos rigorosos, a análise factorial apenas se aplica a variáveis métricas, no entanto, em ciências sociais é bastante utilizada para analisar correlações entre variáveis medidas através de escalas de avaliação (Hill e Hill, 2002).

Na análise factorial recorreu-se ao método das componentes principais, que é o mais comumente utilizado (Maroco, 2011). O método das componentes principais é um procedimento estatístico multivariado, cujo objectivo é transformar um conjunto de p variáveis iniciais, quantitativas e correlacionadas entre si, num conjunto menor de k componentes principais, ou seja, num conjunto menor de variáveis, não correlacionadas entre si (Hill e Hill, 2002; Pestana e Gageiro, 2003). As componentes principais constituem-se como combinações lineares das variáveis iniciais, que não podendo superar o número das mesmas, reduzem a complexidade de interpretação dos dados (Hill e Hill, 2002; Pestana e Gageiro, 2003).

Os coeficientes, também designados por pesos ou *loadings*, vão definir as novas variáveis, sendo escolhidos de modo a que as variáveis derivadas (componentes principais), explicando a máxima variação nos dados originais, não se encontrem correlacionadas entre si (Pestana e Gageiro, 2003).

O primeiro pressuposto associado a esta técnica encontra-se relacionado com o tamanho da amostra, sendo que a mesma deverá ser suficientemente grande para

garantir que, numa segunda análise, se possam manter os mesmos factores (Hill e Hill, 2002; Pestana e Gageiro, 2003). Esta análise, constituindo-se como uma técnica multivariada requer uma amostra grande, sendo que o rácio entre o número de casos e o número de variáveis deve ser de, pelo menos, 5/1 (Hill e Hill, 2002).

Ainda, para que esta técnica tenha utilidade na estimação de factores comuns, torna-se necessário que as correlações entre as variáveis sejam elevadas o suficiente (Maroco, 2010). Caso contrário, existindo pouca correlação entre as variáveis, os factores específicos explicam a maior proporção da variância, tornando-se os factores comuns pouco importantes e, deste modo, a análise factorial pouco útil (Maroco, 2010). Para tal verificação pode recorrer-se ao teste de esfericidade de Bartlett e ao método de Kaiser-Meyer-Olkin, que são dois procedimentos estatísticos que permitem a aferição da qualidade da correlação entre as variáveis (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2003).

O teste de esfericidade de Bartlett é menos utilizado porque é muito sensível à dimensão da amostra, conduzindo, em amostras grandes, a que se considerem (pela rejeição da hipótese nula) a existência de correlações significativas, mesmo quando estas se apresentam muito reduzidas (Maroco, 2010). Ainda, este teste é muito sensível à violação dos pressupostos da distribuição normal multivariada das variáveis analisadas (Maroco, 2010).

O método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), também designado por medida da adequação da amostragem de KMO, constitui-se como o método de utilização mais generalizado, constituindo-se como uma medida da homogeneidade das variáveis que compara correlações simples com correlações parciais observadas entre as variáveis (Maroco, 2010). Não existindo um teste rigoroso para os valores KMO, estes variam entre 0 e 1, podendo ser considerados do seguinte modo: com valores iguais ou inferiores a 0,5 é inaceitável a recomendação à análise factorial; com valores a partir de 0,5, até 0,6 (inclusive) é má, mas aceitável a recomendação à análise factorial; com valores a partir de 0,6, até 0,7 (inclusive) é medíocre a recomendação relativamente à análise factorial; com valores a partir de 0,7, até 0,8 (inclusive) recomendação à análise factorial é média; com valores a partir de 0,8, até 0,9 (inclusive) é boa a recomendação relativa à análise factorial; com valores a partir de 0,9, até 1 (inclusive), a recomendação relativamente à análise factorial é excelente (Pestana e Gageiro, 2003).

Após verificação da adequabilidade da aplicação da análise factorial, procedeu-se à extracção de factores, pelo método dos componentes principais, de acordo com o critério de Kaiser. Segundo o critério de Kaiser, o número de factores extraídos deverá ser igual ao número de valores próprios superiores a um (Pestana e Gageiro, 2003).

Ainda, o SPSS utiliza métodos de rotação das variáveis que, pelo aumento dos *loadings* (pesos) elevados e pela diminuição dos coeficientes baixos, procura a eliminação dos valores intermédios, tornando mais fácil a interpretação dos factores (Pestana e Gageiro, 2003).

Os métodos de rotação ortogonal produzem factores não correlacionados entre si, que são interpretados pelos seus *loadings* (pesos) e que se aproximam de zero ou de ± 1 (Pestana e Gageiro, 2003).

O Varimax é um método de rotação ortogonal que minimiza o número de variáveis com *loadings* elevados dentro de um factor, sendo que cada componente principal se aproxima de ± 1 quando existe associação entre ambas, e de zero quando não se verifica essa associação (Pestana e Gageiro, 2003). Segundo Maroco (2010) devem considerar-se significativos os *loadings* superiores a 0,4, em valor absoluto.

Os factores extraídos foram sujeitos a um teste de consistência interna e guardados, para na matriz de dados do SPSS, para posterior tratamento estatístico.

4. Análise e Discussão de Resultados

4.1. Caracterização do Perfil e Dados Sócio-Demográficos dos Inquiridos

No âmbito do presente estudo, durante o procedimento de recolha de dados, foram obtidos 204 questionários válidos. Incluídas, no questionário respondido, encontram-se questões relativas ao perfil e aos dados sócio-demográficos dos indivíduos inquiridos, cujas respostas forneceram dados relativos às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, área geográfica de residência, grau de ensino concluído e situação profissional.

Ainda, foram recolhidos dados que permitem caracterizar os indivíduos relativamente à deslocação ao Serviço de Radiologia, para realização de exame urgente ou para realização de exame marcado, bem como dados que permitem caracterizar os utentes relativamente à sua autonomia, no que concerne ao preenchimento dos questionários, permitindo distinguir os questionários respondidos na primeira pessoa, dos respondidos por outros/acompanhantes.

A variável sexo consiste numa variável qualitativa e dicotómica, com opções masculino e feminino, medida em escala nominal. No que se refere a esta variável, durante o procedimento de recolha de dados, foram obtidas 202 respostas válidas. Considerando os dados obtidos e descritos na Tabela 2, pode verificar-se que 42,6% das respostas obtidas referem-se a utentes do sexo masculino e 57,4% das respostas obtidas referem-se a inquiridos do sexo feminino. Verifica-se, deste modo, que existe uma predominância de inquiridos do sexo feminino, constituindo-se este como o grupo modal.

Tabela 2. Frequências relativas à variável sexo.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Sexo	Feminino	116	57,4	57,4
	Masculino	86	42,6	100,0
Total		202	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário.

No que concerne à variável idade, esta constitui-se como uma variável quantitativa, medida em escala de razão. Na Tabela 3, podem observar-se os dados relativos à média de idades da amostra, verificando-se que a média de idades é igual a 50 anos, com um desvio padrão de 25,267 anos.

Tabela 3. Estatística descritiva relativa à variável idade.

	Número de Casos	Média	Desvio Padrão
Idade	200	50	25,267
Total	200	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

No entanto, apesar de a idade ser uma variável quantitativa, de modo a facilitar a caracterização do perfil da amostra, esta variável contínua foi categorizada e transformada numa variável qualitativa ordinal, cujas respostas foram distribuídas pelas diferentes classes formadas, correspondentes aos diferentes grupos etários. Foram criadas cinco categorias de grupos etários, de modo a englobar os dados recolhidos referentes à idade: idade igual ou inferior a 20 anos, idade compreendida entre os 21 e os 34 anos, idade compreendida entre os 35 e os 50 anos, idade compreendida entre os 51 e os 64 anos e idade igual ou superior a 65 anos.

Pela análise da Tabela 4, pode verificar-se que, no que se refere à variável idade, foram obtidas 200 respostas válidas, que foram distribuídas pelas classes etárias anteriormente descritas.

Tabela 4. Frequências relativas aos grupos etários.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Idade	=<20	37	18,5	18,5
(Grupos Etários)	21 a 34	21	10,5	29
	35 a 50	40	20	49
	51 a 64	32	16	65
	65 ou +	70	35	100
Total		200	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Verifica-se que a maior percentagem de respostas obtidas, correspondente a 35%, se refere ao grupo etário de idade igual ou superior a 65 anos, constituindo-se este como a

classe modal. Ainda, a maioria dos inquiridos, com uma percentagem igual a 51%, apresentam idade igual ou superior a 51 anos.

No que concerne à variável estado civil, a mesma constitui-se como uma variável qualitativa, medida em escala nominal e apresentando quatro categorias de resposta: solteiro (a), casado (a) ou união de facto, divorciado (a) ou separado (a) e viúvo (a). Pela análise da Tabela 5, pode verificar-se que para esta variável, durante o procedimento de recolha de dados, foram obtidas 201 respostas válidas, sendo que a maior percentagem de respostas, igual a 42,3%, corresponde à categoria de estado civil casado (a) ou em união de facto. Verifica-se, assim, que esta se constitui como a classe modal da variável estado civil, pela obtenção da maioria das respostas, em comparação às restantes classes.

Tabela 5. Frequências relativas à variável estado civil.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Estado Civil	Solteiro (a)	75	37,3	37,3
	Casado (a) ou União de facto	85	42,3	79,6
	Divorciado (a) ou Separado (a)	10	5	84,6
	Viúvo (a)	31	15,4	100
Total		201	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

A variável área geográfica de residência consiste numa variável qualitativa, medida em escala nominal, apresentando-se com quatro categorias distintas de resposta: vila de Odemira, concelho de Odemira, distrito de Beja e outros. Pela análise da Tabela 6, pode verificar-se que, no que concerne a esta variável, foram obtidas 200 repostas válidas durante o processo de recolha de dados. Ainda, pela análise desta mesma tabela, pode observar-se que 14,5% dos inquiridos são residentes na vila de Odemira. No entanto, o grupo modal, que apresenta a maior percentagem de resposta, é o correspondente à categoria do concelho de Odemira, que apresenta uma percentagem de respostas igual a 82% e se refere aos inquiridos que, embora habitem fora da vila, residem na extensão do concelho de Odemira.

Tabela 6. Frequências relativas à variável área geográfica de residência.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Área Geográfica de Residência	Vila Odemira	29	14,5	14,5
	Concelho Odemira	164	82	96,5
	Distrito Beja	0	0	96,5
	Outro	7	3,5	100
Total		200	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Verifica-se, deste modo, que a maioria dos inquiridos, 96,5%, residem na proximidade geográfica do serviço onde se deslocaram para realização dos exames radiológicos, mais precisamente no âmbito da extensão geográfica do concelho de Odemira, sendo esta percentagem obtida através do somatório da percentagem de residentes especificamente na vila de Odemira (14,5%) e da percentagem de residentes noutras localidades deste mesmo concelho (82%).

Quanto à variável grau de ensino concluído, verifica-se que a mesma corresponde a uma variável qualitativa, medida em escala ordinal, apresentando seis categorias de resposta: sem escolaridade, ensino primário (4ª classe), 2º ciclo (6ª classe), ensino básico (9º ano), ensino secundário (12º ano) e estudos superiores.

Tabela 7. Frequências relativas à variável grau de ensino concluído.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Grau de Ensino Concluído	Sem escolaridade	54	27,6	27,6
	Ensino Primário (4ª Classe)	51	26,0	53,6
	2º Ciclo (6ª Classe)	17	8,7	62,2
	Ensino Básico (9º Ano)	36	18,4	80,6
	Ensino Secundário (12º Ano)	33	16,8	97,4
	Estudos Superiores	5	2,6	100,0
Total		196	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 7, pode observar-se que, no decorrer do processo de recolha de dados, foram obtidas 196 respostas válidas, para a caracterização desta variável na

amostra. Ainda, pela análise da mesma tabela, verifica-se que a maior percentagem de respostas, 27,6%, se verifica na categoria sem escolaridade. Esta categoria, apresentando o maior número de respostas, apresenta-se como a classe modal, sendo imediatamente sucedida pela categoria ensino primário (4ª classe), com uma percentagem de respostas igual a 26%.

Verifica-se, deste modo, que a maioria dos inquiridos, 53,6%, ou referem ausência ou níveis muito baixos de escolaridade, sendo que, no âmbito da amostra estudada, apenas 2,6% das respostas correspondem a inquiridos com ensino superior concluído.

Relativamente à variável situação profissional, a mesma consiste numa variável qualitativa, medida em escala nominal, apresentando seis categorias de resposta: desempregado (a), reformado (a), estudante, trabalhador (a) por conta de outrem, trabalhador (a) por conta própria e outra situação. Pela análise da Tabela 8, pode observar-se que, referentes à situação profissional, foram obtidas 198 respostas válidas. Ainda, pela análise da mesma tabela, pode verificar-se uma percentagem de respostas igual a 37,9% para a categoria correspondente a reformado (a), que corresponde à classe modal, seguida de uma percentagem de respostas igual a 22,7%, correspondente à categoria de trabalhador(a) por conta de outrem.

Tabela 8. Frequências relativas à variável situação profissional.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Situação Profissional	Desempregado(a)	25	12,6	12,6
	Reformado(a)	75	37,9	50,5
	Estudante	30	15,2	65,7
	Trabalhador(a) por conta de outrem	45	22,7	88,4
	Trabalhador(a) por conta própria	15	7,6	96,0
	Outra situação	8	4	100,0
Total		198	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Assim sendo, verifica-se que, relativamente à situação profissional, a classe correspondente aos reformados, se constitui como a classe modal, pela obtenção da maioria das respostas, quando comparada às restantes opções de resposta.

Abordando a variável relativa ao motivo da deslocação ao Serviço de Radiologia, esta constitui-se como uma variável qualitativa, medida em escala nominal, apresentando

duas categorias de resposta: exame urgente e exame marcado. Pela análise da Tabela 9, pode verificar-se que foram obtidas 203 respostas válidas a esta questão, sendo que a classe modal, que apresenta uma maior percentagem de respostas, corresponde à categoria relativa à deslocação ao Serviço de Radiologia para realização de exame urgente. Verifica-se, deste modo, que a maioria dos inquiridos, 75,4%, se deslocou ao Serviço de Radiologia para realização de exames radiológicos prescritos com carácter de urgência.

Tabela 9. Frequências relativas à variável deslocação ao Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Deslocação ao Serviço de Radiologia	Exame Urgente	153	75,4	75,4
	Exame Marcado/Agendado	50	24,6	100
Total		203	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

No que concerne à variável relativa ao respondente do questionário, esta apresenta-se como uma variável qualitativa, medida em escala nominal, com as seguintes opções de resposta: próprio e outro/acompanhante. No que se refere a esta variável, durante o procedimento de recolha de dados, foram obtidas 200 respostas válidas à mesma. Considerando os dados obtidos e descritos na Tabela 10, pode observar-se que 82,5% das respostas obtidas se referem a utentes que preencheram o questionário de modo autónomo. Verifica-se, deste modo, que, a maioria dos utentes, deram resposta na primeira pessoa às questões colocadas.

Tabela 10. Frequências relativas à variável respondente do questionário.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Respondente do Questionário	Próprio	165	82,5	82,5
	Outro/Acompanhante	35	17,5	100
Total		200	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Partindo das informações recolhidas através de 204 questionários válidos, tendo em conta a análise das tabelas e todo o anteriormente descrito, pode verificar-se que a amostra estudada se caracteriza por uma maioria de indivíduos de sexo feminino (57,4%), apresentando 35% dos inquiridos idade igual ou superior a 65 anos e a maioria destes, 51%, uma idade igual ou superior a 51 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se uma prevalência de inquiridos casados ou em união de facto (42,3%), sendo que, no que se refere à área geográfica de residência, a grande maioria dos inquiridos (96,5%) é residente na extensão territorial do concelho de Odemira. Ainda, no que se refere aos níveis de escolaridade, verifica-se que se trata de uma amostra com baixos níveis de escolaridade, sendo que 27,6% dos inquiridos afirmam não possuir qualquer grau de escolaridade concluído. No que se refere à situação profissional, 37,9% dos inquiridos refere estar reformado, o que surge em consonância com os dados obtidos relativamente ao grupo etário predominante (igual ou superior a 65 anos). Mais, verifica-se que a maioria dos inquiridos (75,4%) se deslocou ao Serviço de Radiologia para realização de exames radiológicos prescritos com carácter de urgência, sendo que 82,5% dos utentes foram autónomos para responder, na primeira pessoa, às questões colocadas.

Comparando estes dados com os obtidos no estudo realizado por Miranda (2010), de onde se procedeu à adaptação do instrumento de recolha de dados utilizado, verificam-se, tal como preconizado no capítulo das opções metodológicas, algumas diferenças entre as duas realidades, destacando-se, pela comparação, as idades mais baixas da maioria dos inquiridos e a predominância de elevados níveis de escolaridade na amostra estudada por Miranda (2010).

4.2. Percepções sobre o Serviço de Radiologia

No âmbito deste estudo, procedeu-se ao estudo da satisfação e qualidade percebida de um Serviço de Radiologia, através de um questionário que engloba os vinte e sete atributos, da sua estrutura principal em seis dimensões em estudo: aspectos físicos/tangibilidade, capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade, credibilidade/fiabilidade, relação com os doentes/empatia, garantia/segurança com profissionalismo e competência, acesso e contacto com o Serviço de Radiologia.

Estes atributos, constituindo-se como variáveis qualitativas ordinais, foram apresentados de modo a serem avaliados através de uma escala de Likert, com cinco opções de resposta, onde 1 = “discordo totalmente”, 2 = “concordo pouco”, 3 = “concordo”, 4 = “concordo bastante” e 5 = “concordo totalmente”.

No que se refere aos aspectos físicos e tangibilidade, os resultados podem ser encontrados na Tabela 11. Pela análise desta tabela, pode verificar-se que a maioria dos inquiridos, 53,2%, “concorda bastante” com o facto de o Serviço de Radiologia possuir bons equipamentos, constituindo-se esta, por possuir a maior percentagem de respostas, como a classe modal. Relativamente ao ambiente físico e limpeza das instalações, a maior percentagem de respostas recai, igualmente, sobre a mesma classe, sendo que 44,8% dos inquiridos “concordam bastante” com facto de o serviço apresentar boas instalações. Ainda, a maioria dos inquiridos, 84,7%, “concordam totalmente” com a boa aparência e devido fardamento dos Técnicos de Radiologia, sendo que, relativamente à boa localização, informação e sinalética do serviço, a maior percentagem de respostas, 40,6%, recai sobre a opção “concordo bastante”.

Tabela 11. Frequências relativas à tangibilidade.

Tangibilidade	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.	203	0	1	11,8	53,2	34
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).	203	0,5	2,5	9,9	44,8	42,4
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	202	0,5	0,5	2	12,4	84,7
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	202	0,5	2,5	19,3	40,6	37,1

Fonte: Inquérito por questionário.

Relativamente aos dados obtidos na dimensão fiabilidade/credibilidade, os resultados encontram-se expressos na Tabela 12. Pela análise desta tabela pode verificar-se que a maioria dos inquiridos “concorda totalmente” que os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (53,7%), que os exames são entregues em tempo útil (63,5%), que o serviço demonstra interesse na resolução dos problemas dos utentes (61,9%), que o Serviço de Radiologia é de confiança por apresentar procedimentos padronizados (59,9%) e que o mesmo transmite rigor na organização administrativa. Observa-se assim que, no que concerne a esta dimensão, em todos os itens avaliados, a classe modal, pela maior percentagem de respostas conseguidas, correspondeu ao “concordo totalmente”.

Tabela 12. Frequências relativas à fiabilidade/credibilidade.

Fiabilidade/Credibilidade	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	203	0,5	1	9,4	35,5	53,7
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.	200	0	0,5	4	32	63,5
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	202	0	0	8,9	29,2	61,9
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	202	0	0	6,4	33,7	59,9
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	197	0	1	9,6	38,6	50,8

Fonte: Inquérito por questionário.

Os dados relativos à dimensão garantia/segurança com profissionalismo e competência, podem observados na Tabela 13.

Tabela 13. Frequências relativas à garantia/segurança.

Garantia/Segurança	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
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.	203	0	0	8,4	31	60,6
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	201	0	0	4,5	34,3	61,2
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	204	0	0	3,4	20,6	76
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	202	0	0	7,4	29,7	62,9

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise desta tabela verifica-se que a maioria dos inquiridos “concorda totalmente” que os Técnicos de Radiologia prestam um serviço preciso e confiável (60,6%), garantindo a segurança e o conforto durante o período de permanência dos utentes no serviço (61,2%), apresentando experiência e segurança na realização dos exames (76%)

e que todos os profissionais do Serviço de Radiologia apresentam capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro (62,9%). Verifica-se assim, que tal como na dimensão anterior, em todos os itens avaliados nesta dimensão, a classe modal, com maior percentagem de respostas, corresponde ao “concordo totalmente”.

Considerando a dimensão relativa à capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade, os resultados podem ser observados na Tabela 14. Pela análise desta tabela verifica-se que, tal como ocorrido nas duas dimensões anteriormente referidas, para todos os itens avaliados, a classe modal, a que apresenta maior percentagem de respostas registadas, corresponde ao “concordo totalmente”. Deste modo, verifica-se que a maioria dos inquiridos “concorda totalmente” que o serviço de radiologia é exacto na transmissão de informações relativas à data e horário da realização dos exames (63,9%) e que os Técnicos de Radiologia reduzem ao máximo os tempos dos exames (69,2%), tendo sempre boa vontade em ajudar, demonstrando simpatia e atenção (81,9%) e não deixando de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando ocupados (70,4%).

Tabela 14. Frequências relativas à capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade.

Capacidade de Resposta/ Sensibilidade/Receptividade	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	191	0	1	8,4	26,7	63,9
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	201	0	0,5	6	24,4	69,2
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.	204	0	0,5	2,9	14,7	81,9
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	199	0	1,5	6,5	21,6	70,4

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere à dimensão relação com os doentes/empatia, os resultados podem ser observados na Tabela 15, voltando a verificar-se que para todos os itens avaliados, a classe modal corresponde a “concordo totalmente”. Assim, a maioria dos inquiridos “concorda totalmente” que o Serviço de Radiologia é claro e preciso na transmissão das informações aos utentes (52%) e possibilita aos utentes a marcação de vários exames consecutivos para o mesmo dia (52,5%), que o atendimento na recepção é feito com atenção e cortesia (57,1%), que os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a

ajudar (71,7%), promovendo a privacidade dos utentes na realização dos exames (63,4%).

Tabela 15. Frequências relativas à relação com os doentes/empatia.

Relação com os Doentes/Empatia	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	200	0	0	12,5	35,5	52
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	179	0	0,6	11,7	34,6	52,5
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	203	0	1,5	12,8	28,6	57,1
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	198	0	0,5	5,1	22,7	71,7
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	202	0,5	0	3,5	32,7	63,4

Fonte: Inquérito por questionário.

Os dados relativos à dimensão acesso e contactos com o Serviço de Radiologia podem ser encontrados na Tabela 16. Pelos resultados expressos pode observar-se que, no que se refere à sala de espera, a maioria dos inquiridos, 51,2%, “concorda bastante” que a mesma apresenta boas condições e níveis de ruído aceitáveis. Ainda, a maioria dos inquiridos “concorda totalmente” que o Serviço de Radiologia se disponibiliza a proceder à marcação de vários exames para o mesmo dia (57,9%), que o Serviço de Radiologia avisa com antecedência as eventuais alterações à data e horário dos exames marcados (61%) e que, de modo geral, se confirmam as expectativas relativamente à capacidade de resposta do serviço prestado (57,1%). No que se refere à comparação do Serviço de Radiologia em estudo com outros, a maioria dos inquiridos, 52,8%, “concorda bastante” relativamente ao facto deste apresentar melhores recursos técnicos e humanos, para prestar um serviço de melhor qualidade.

Tabela 16. Frequências relativas ao acesso e contacto com o Serviço de Radiologia.

Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia	Número de Casos	Percentagem				
		1	2	3	4	5
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.	203	2,5	6,4	16,3	51,2	23,6
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	190	0	0,5	10	31,6	57,9
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	182	0	0	12,6	26,4	61
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	203	0	1	7,4	34,5	57,1
P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.	199	1,5	1	13,1	52,8	31,7

Fonte: Inquérito por questionário.

Tendo em conta as tabelas apresentadas e tudo o que foi descrito, pode verificar-se que a apreciação do serviço, por parte dos inquiridos, é bastante positiva. Para cada um dos atributos, incluídos nas dimensões aspectos físicos/tangibilidade e acesso e contacto com o serviço de Radiologia, as maiores percentagens de resposta distribuíram-se entre o “concordo bastante” e “concordo totalmente”. No entanto, para cada um dos atributos incluídos nas dimensões fiabilidade/credibilidade, garantia/segurança, capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade e relação com os doentes/empatia, verifica-se que as maiores percentagens de resposta se verificaram na categoria de resposta “concordo totalmente”.

Ainda, no seguimento de vários estudos realizados neste âmbito, apresentam-se, na Tabela 17, alguns indicadores estatísticos, referentes aos dados obtidos por dimensão. Pela análise da Tabela 17 verifica-se que a dimensão que apresenta um *score* médio de resposta mais elevado, ou seja, que apresenta uma maior média amostral é a Capacidade de Resposta (4,64), sendo que a dimensão com menor *score* médio de resposta, ou seja, que apresenta um menor valor de média amostral é o Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia (4,28).

Tabela 17. Estatística descritiva das dimensões da satisfação e qualidade percebida.

Dimensões Estudadas	Média	Moda	Desvio Padrão	Coefficiente Variação (%)
Tangibilidade	4,36	5	0,706	16,19
Fiabilidade/Credibilidade	4,49	5	0,662	14,74
Garantia/Segurança	4,59	5	0,594	12,94
Capacidade Resposta	4,64	5	0,627	13,51
Empatia	4,49	5	0,687	15,31
Acesso e Contacto	4,28	5	0,759	17,73

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere à moda, verifica-se que, em todas as dimensões, pelo maior número de respostas registadas, a classe modal corresponde à categoria 5, sinónimo da opção de resposta “concordo totalmente”.

No que concerne ao desvio padrão, relativo à média amostral, o mesmo constitui-se como uma medida de dispersão absoluta, dado apresentar-se na mesma unidade da variável a que se refere (Pestana e Gageiro, 2003). No entanto, segundo Pestana e Gageiro (2003), para estudar comparativamente duas ou mais distribuições torna-se vantajosa a utilização de medidas de dispersão relativas, independentes da unidade da variável.

Uma destas medidas é o coeficiente de variação, que se obtém multiplicando por 100% o quociente entre o desvio padrão e a média amostral, sendo que, se o valor obtido for igual ou inferior a 15%, a dispersão é considerada fraca, se o valor obtido se encontrar entre 15% e 30%, a dispersão é considerada média e, se o valor obtido for superior a 30%, a dispersão é considerada elevada (Pestana e Gageiro, 2003).

Deste modo, verifica-se, pela análise da Tabela 17, que a dimensão que denota uma maior heterogeneidade, em termos de respostas, é a correspondente ao Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia, apresentando um maior valor de coeficiente de variação (17,73%). Por outro lado, o menor valor de coeficiente de variação corresponde à dimensão Garantia/Segurança (12,94%), denotando, deste modo, uma menor dispersão de respostas e maior homogeneidade nas percepções dos inquiridos. Verifica-se, assim, que as dimensões Garantia/Segurança, Capacidade de Resposta e Fiabilidade/Credibilidade, com valores de coeficiente de variação inferiores a 15%, apresentam uma fraca dispersão das respostas (Pestana e Gageiro, 2003). No entanto, as dimensões Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia, Tangibilidade e Empatia, apresentando coeficientes de variação superiores a 15%, apresentam uma dispersão de respostas considerada média (Pestana e Gageiro, 2003).

4.3. Aspectos Gerais do Serviço de Radiologia

No questionário distribuído, para recolha de dados, foram incluídas questões sobre a opinião dos inquiridos relativamente aos aspectos gerais do Serviço de Radiologia em estudo.

Relativamente às questões sobre os aspectos gerais do Serviço de Radiologia, os respondentes foram inquiridos acerca da qualidade geral do serviço, da satisfação geral obtida com o serviço, da imagem geral apresentada pelo serviço e da resposta do serviço em caso da existência de reclamações ou problemas. Estes itens foram apresentados de modo a serem avaliados através de uma escala de Likert, com cinco opções de resposta, e que se estendem desde o 1 (muito mau), até ao 5 (muito bom).

No que se refere à qualidade geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia, os dados obtidos podem ser observados na Tabela 18. Pela análise desta tabela, pode verificar-se que foram obtidas 203 respostas válidas, sendo que a maioria dos inquiridos, 52,7%, considera “muito boa” a qualidade geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia.

Tabela 18. Frequências relativas à qualidade geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	Muito Mau	0	0	0
	Mau	1	0,5	0,5
	Suficiente	17	8,4	8,9
	Bom	78	38,4	47,3
	Muito Bom	107	52,7	100,0
Total		203	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário.

Em relação à satisfação geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia, os resultados obtidos podem ser encontrados na Tabela 19. Pela análise da mesma tabela, pode verificar-se que, durante o procedimento de recolha de dados, foram obtidas 203 respostas válidas a esta questão, sendo que a maioria dos inquiridos, 58,6%, refere como “muito boa” a satisfação geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia em estudo.

Tabela 19. Frequências relativas à satisfação geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	Muito Mau	0	0	0
	Mau	0	0	0
	Suficiente	9	4,4	4,4
	Bom	75	36,9	41,4
	Muito Bom	119	58,6	100,0
Total		203	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere à imagem geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia, os resultados obtidos podem ser encontrados na Tabela 20. Pela análise desta mesma tabela, pode observar-se que, durante o procedimento de recolha de dados, se obtiveram 202 respostas válidas, sendo que a maioria dos inquiridos, 55,4%, considera “muito boa” a imagem geral apresentada pelo Serviço de Radiologia em estudo.

Tabela 20. Frequências relativa à imagem geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P3.3 - A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresentou foi...	Muito Mau	0	0	0
	Mau	0	0	0
	Suficiente	13	6,4	6,4
	Bom	77	38,1	44,6
	Muito Bom	112	55,4	100,0
Total		202	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário.

Quanto à resposta do Serviço de Radiologia, em caso de reclamação ou problema, os resultados obtidos encontram-se expressos na Tabela 21. Pela análise desta tabela, pode verificar-se que foram recebidas 126 respostas válidas a esta questão, sendo que a maior percentagem de respostas recai sobre a classe correspondente à resposta “bom”. Assim sendo, 44,4 % dos inquiridos refere que a resposta do Serviço de Radiologia, em

caso de reclamação ou problema, é “boa”, recaindo 43,7 % das respostas sobre a opção “muito bom”.

Tabela 21. Frequências relativas à resposta do Serviço de Radiologia em caso de reclamação ou problema.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P3.4 - Em caso de reclamação/problema no Serviço de Radiologia, a resposta à mesma pelo Serviço de Radiologia foi...	Muito Mau	0	0	0
	Mau	2	1,6	1,6
	Suficiente	13	10,3	11,9
	Bom	56	44,4	56,3
	Muito Bom	55	43,7	100,0
Total		126	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Apesar das variáveis anteriormente apresentadas, relativas às características gerais do Serviço de Radiologia, se constituírem como variáveis qualitativas, medidas em escala ordinal, tal como no seguimento de vários estudos realizados nesta área, e como referido por Miranda (2010), as mesmas também foram tratadas segundo uma perspectiva métrica. Os resultados deste tratamento encontram-se na Tabela 22.

Pela análise da Tabela 22, pode verificar-se que no que se refere à qualidade geral, satisfação geral e imagem geral, proporcionada pelo Serviço de Radiologia, a moda corresponde a 5, ou seja, a classe modal é a correspondente ao “muito bom”. No que se refere à resposta do Serviço de Radiologia em caso de reclamação ou problema, a moda corresponde a 4, ou seja, a classe modal é a correspondente ao “bom”.

Ainda, pela análise desta mesma tabela, pode verificar-se a existência de uma média elevada, correspondente a 4,54, para a satisfação geral proporcionada pelo Serviço de Radiologia, seguida de uma média de 4,49 para a imagem geral, de uma média de 4,43 para a qualidade geral proporcionada pelo serviço e de uma média de 4,30 para a resposta do Serviço de Radiologia em caso de reclamação ou problema.

Tabela 22. Estatística descritiva das características gerais do Serviço de Radiologia.

	Número de Casos	Média	Moda	Desvio Padrão	Coefficiente Variação (%)
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	203	4,43	5	0,667	15,06
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	203	4,54	5	0,582	12,82
P3.3 - A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresentou foi...	202	4,49	5	0,617	13,74
P3.4 - Em caso de reclamação/problema no Serviço de Radiologia, a resposta à mesma pelo Serviço de Radiologia foi...	126	4,30	4	0,719	16,72

Fonte: Inquérito por questionário.

Verifica-se assim, que apesar dos *scores* de resposta elevados em relação a todas estas variáveis, e apesar de superior a 4, a média mais baixa de resposta, no que concerne às características gerais do Serviço de Radiologia, recai sobre a resposta do serviço às reclamações ou problemas. Este valor de *score* mais baixo vai de encontro aos resultados obtidos por Miranda (2010), no estudo dos atributos da qualidade percebida pelos utentes de três Serviços de Imagiologia de um Hospital Privado, cujo questionário foi adaptado e utilizado no presente estudo. Ainda, e também de acordo com os resultados obtidos por Miranda (2010), verifica-se que apesar da existência de *scores* de resposta muito próximos entre a qualidade geral e a satisfação geral, esta última apresenta uma média amostral ligeiramente superior à primeira.

Quanto à homogeneidade das respostas, e de modo a poder compará-las entre os diferentes atributos, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de variação, que corresponde à multiplicação por 100%, do quociente entre o desvio padrão e a média amostral, constituindo-se como uma medida de dispersão relativa (Pestana e Gageiro, 2003; Maroco, 2010).

Deste modo, verifica-se que, quer a satisfação (12,82%), quer a imagem em geral (13,74%), apresentam uma dispersão fraca de respostas, sinónimo de maior homogeneidade nas percepções manifestadas. Já a qualidade geral (15,06%) e a resposta às reclamações (16,72%), com coeficientes de variação superiores a 15%, apresentam uma dispersão média de respostas, denotando uma menor homogeneidade relativa às percepções dos inquiridos.

Verifica-se assim, que de acordo com os resultados apresentados e com tudo o que foi descrito, se confirma a hipótese de investigação, que afirma a satisfação dos utentes do serviço, no que se refere às características gerais do mesmo (H12).

4.4. Intenções de Retorno, Recomendação e Aspectos Adicionais

Em adição às questões que abordaram os aspectos gerais do Serviço de Radiologia, no questionário distribuído para recolha de dados, foram também incluídas outras questões, quer sobre as intenções de retorno dos inquiridos a este mesmo serviço, quer sobre as intenções de recomendação do mesmo, a amigos e/ou familiares. Ainda, sob a forma de uma questão aberta, os respondentes foram inquiridos sobre aspectos ou situações adicionais, não mencionadas, que tivessem marcado a sua interação com o Serviço de Radiologia em estudo.

No que se refere às intenções de retorno dos inquiridos ao Serviço de Radiologia em estudo, os resultados podem ser encontrados na Tabela 23. Esta é uma variável qualitativa, apresentando quatro opções de resposta: sim, provavelmente sim, provavelmente não e não.

Tabela 23. Frequências das intenções de retorno ao Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P4.1 - No caso de ter necessidade, voltaria a este serviço de Radiologia?	Sim	172	84,3	84,3
	Provavelmente Sim	23	11,3	95,6
	Provavelmente Não	2	1,0	96,6
	Não	7	3,4	100
	Total	204	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 23, pode verificar-se que foram obtidas 204 respostas válidas a esta questão, sendo que a grande maioria dos inquiridos, 84,3%, manifesta intenção de retorno ao serviço em caso de necessidade, em contraste com 3,4% de inquiridos que referem que não voltariam a recorrer a este serviço. Deste modo, pode verificar-se que a classe correspondente ao “sim”, apresentando a maior percentagem de respostas, se constitui como a classe modal.

No que concerne às intenções de recomendação a outros, do Serviço de Radiologia em estudo, os resultados podem ser encontrados na Tabela 24. Esta é uma variável

qualitativa, apresentando, tal como a questão anterior, quatro opções de resposta: sim, provavelmente sim, provavelmente não e não. Pela análise da Tabela 24, pode verificar-se que foram obtidas 204 respostas válidas a esta questão, sendo que a maioria dos inquiridos, 77,9%, manifesta intenção de recomendação a outros, do Serviço de Radiologia em estudo, em contraste com uma percentagem de 2,9% que não o recomendariam. Assim sendo, pode verificar-se que a classe correspondente ao “sim”, apresentando a maior percentagem de respostas, se constitui como a classe modal.

Tabela 24. Frequências das intenções de recomendação do Serviço de Radiologia.

		Número de Casos	Percentagem	Percentagem Cumulativa
P4.2 – Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Radiologia?	Sim	159	77,9	77,9
	Provavelmente Sim	32	15,7	93,6
	Provavelmente Não	7	3,4	97,1
	Não	6	2,9	100
	Total	204	100	

Fonte: Inquérito por questionário.

Tendo em conta o que foi descrito, bem como os dados expressos nas Tabelas 23 e 24, pode verificar-se que a grande maioria dos inquiridos demonstra quer interesse em voltar ao Serviço de Radiologia em caso de necessidade, quer intenção de o recomendar a outros, sendo que, no entanto, a percentagem de intenção de retorno (84,3%) é superior à percentagem de intenção de recomendação do serviço (77,9%). Estas questões permitem obter uma resposta indirecta relativamente à satisfação e fidelização dos utentes (Miranda, 2010), sendo que, pelos valores apresentados, permitem antever resultados positivos dentro deste âmbito.

De acordo com os resultados apresentados, bem como com o que foi descrito, considera-se confirmada a hipótese de investigação que prevê a manifestação da intenção de retorno e recomendação do serviço, por parte dos inquiridos (HI6).

No que se refere à questão aberta, inserida no questionário, que aborda os aspectos ou situações adicionais, não mencionados, que marcaram a interacção dos inquiridos com o Serviço de Radiologia, verificou-se uma adesão muito reduzida, com apenas duas respostas registadas. No entanto, os respondentes à questão referiram que o “serviço é bastante rápido e agradável” e que “deveriam ter mais equipamentos, para fazer mais exames”.

Verifica-se assim, que, em resposta a esta questão, foi frisada a rapidez e agradabilidade do serviço, não deixando de ser apontada, como limitação, a existência de apenas uma valência radiológica disponível.

4.5. Associação dos Aspectos Gerais do Serviço com Intenções de Retorno e Recomendação

O coeficiente de correlação de Spearman é uma medida de associação que pode ser aplicada a variáveis ordinais, constituindo-se também, quando as variáveis são quantitativas, como a alternativa não paramétrica ao coeficiente de correlação de Pearson (Pestana e Gageiro, 2003). O coeficiente de correlação de Spearman utiliza, ao invés do valor nele observado, apenas a ordem das observações, não exigindo uma distribuição normal como condição de aplicabilidade (Pestana e Gageiro, 2003; Maroco, 2010).

Este coeficiente varia entre -1 e 1 e a associação linear entre as variáveis é maior quando o seu valor se aproxima destes extremos, sendo que um valor negativo é sinónimo de variação em sentido contrário (Pestana e Gageiro, 2003).

Quanto ao significado dos valores, um valor absoluto inferior a 0,2 indica uma associação muito baixa entre as variáveis, valores entre 0,2 e 0,39 indicam uma associação baixa entre as mesmas, entre 0,4 e 0,69 indicam uma associação moderada, valores entre 0,7 e 0,89 são sinónimo de uma associação alta e valores entre 0,9 e 1 indicam uma associação muito alta entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2003).

De modo a estudar o grau de associação entre as características gerais do Serviço de Radiologia estudado e as intenções de retorno e recomendação do mesmo, estabeleceram-se como hipótese nula a ausência de correlação significativa e como hipótese alternativa a existência de correlação significativa, considerando um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). A hipótese nula será aceite quando os valores da estatística de teste (valor p) forem superiores ao nível de significância (α) estabelecido, sendo rejeitada quando esse valor for inferior (Pestana e Gageiro, 2003; Maroco, 2010). Os valores da estatística de teste e do coeficiente de correlação de Spearman podem encontrar-se na Tabela 25.

Pela análise da Tabela 25, verifica-se a existência de uma associação significativa entre as intenções de retorno ao Serviço de Radiologia e todas as características gerais analisadas ($p=0,004$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,027$; $\alpha=0,05$).

No que se refere aos valores do coeficiente de Spearman, relativamente à qualidade geral (-0,199) e à resposta às reclamações (-0,198), verifica-se a existência de uma

associação de muito baixa intensidade entre as mesmas e as intenções de retorno. No que concerne ao sentido da associação, a mesma é negativa, ou seja, as percepções mais elevadas, no que se refere a estas características gerais, encontram-se associadas às classes com menores scores numéricos, correspondentes, neste caso, às melhores perspectivas em termos de intenções de retorno.

Tabela 25. Correlação não paramétrica de Spearman, entre as características gerais do serviço e as intenções de retorno e recomendação do mesmo.

		P4.1 – No caso de ter necessidade, voltaria a recorrer a este Serviço de Radiologia?	P4.2 – Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Radiologia?
P3.1 Qualidade Geral	Coef. Cor.	-0,199**	-0,156*
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,027
	N	203	203
P3.2 Satisfação Geral	Coef. Cor.	-0,254**	-0,176*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,012
	N	203	203
P3.3 Imagem Geral	Coef. Cor.	-0,301**	-0,247**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	202	202
P3.4 Resposta às Reclamações	Coef. Cor.	-0,198*	-0,147
	Sig. (2-tailed)	0,027	0,100
	N	126	126

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed); **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Inquérito por questionário.

Analisando os valores do coeficiente de Spearman, relativamente à satisfação geral (-0,254) e à imagem geral (-0,301), verifica-se a existência de uma associação de baixa intensidade entre as mesmas e as intenções de retorno. No que se refere ao sentido da associação, a mesma é negativa, o que significa que as percepções mais elevadas, no que se refere a estas características gerais, se encontram associadas às melhores perspectivas em termos de intenções de retorno.

Observando os resultados relativos às intenções de recomendação do serviço, pela análise da Tabela 25, verifica-se a existência de uma associação significativa entre as intenções de retorno ao Serviço de Radiologia e a qualidade geral, satisfação geral e imagem geral ($p=0,027$, $p=0,012$, $p=0,000$; $\alpha=0,05$), sendo que a mesma associação não se verifica significativa no que se refere à resposta às reclamações ($p=0,100$; $\alpha=0,05$). No que se refere à intensidade da associação, verifica-se, pelo valor de coeficiente de Spearman, que a mesma é muito baixa no que se refere à qualidade (-0,156) e

satisfação geral (-0,176), e baixa no que se refere à imagem geral (-0,247). Analisando o sentido da associação, verifica-se que esta é negativa, significando que as percepções mais elevadas, no que se refere a estas características gerais, se encontram associadas às melhores perspectivas em termos de recomendação do serviço.

Tendo em conta a tabela apresentada e tudo o que foi dito, pode concluir-se que se verifica a existência de associações significativas entre as características gerais do Serviço de Radiologia e as intenções de retorno e recomendação do mesmo, excepto pelo caso da associação entre a resposta às reclamações e as intenções de recomendação do serviço. No que se refere à intensidade das associações, verifica-se que a mesma é baixa ou muito baixa, encontrando-se os dois valores absolutos mais elevados na associação entre as intenções de retorno e a imagem geral (-0,301) e as intenções de retorno e a satisfação geral (-0,254).

Deste modo, verifica-se que a associação entre as intenções de retorno e recomendação de serviço são mais intensas em relação à satisfação em geral que relativamente à qualidade em geral. Estes resultados vão de encontro ao observado por Cronin e Taylor (1992, 1994), que referem que apesar da qualidade do serviço exercer influência sobre as intenções de retorno dos utilizadores, a satisfação apresenta um efeito mais forte e consistente sobre as mesmas.

Relembrando a hipótese de investigação previamente enunciada (H17), no âmbito deste estudo, que declara a existência de associação entre os níveis de satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do serviço, e tendo em conta os resultados apresentados, considera-se que a mesma se confirma.

4.6. Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida

A estrutura principal do questionário aplicado é constituída por 27 itens, atributos da qualidade e satisfação percebida, avaliados numa escala de Likert de cinco pontos, ou seja, com cinco opções de resposta, que se estendem desde o 1 (discorda totalmente), até ao 5 (concorda totalmente).

Apesar das percepções relativas a estes atributos se constituírem como variáveis qualitativas, medidas em escala ordinal, tal como se referiu anteriormente, e no seguimento de vários estudos realizados nesta área, as mesmas também foram tratadas segundo uma perspectiva métrica.

Pela análise da Tabela 26, verifica-se que os atributos que apresentam *scores* médios de resposta mais elevados, ou seja, uma maior média amostral, são: a aparência e o

devido fardamento dos Técnicos de Radiologia (4,80); a simpatia e atenção do Técnico de Radiologia em ajudar os utentes com simpatia e atenção (4,78); a experiência e segurança dos Técnicos de Radiologia na realização dos exames (4,73); a disponibilidade do Técnico de Radiologia para ajudar os utentes (4,66); e a brevidade dos Técnicos de Radiologia na realização dos exames (4,62).

Tabela 26. Estatística descritiva dos atributos da satisfação e qualidade percebida.

Itens Avaliados	Número de Casos	Coef. Variação (%)			
		Média	Moda	Desvio Padrão	
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.	203	4,20	4	0,677	16,12
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).	203	4,26	4	0,774	17,46
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	202	4,80	5	0,538	11,21
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	202	4,11	4	0,836	20,24
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.	203	3,87	4	0,930	24
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	200	4,40	5	0,701	15,93
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	190	4,47	5	0,695	15,55
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	179	4,38	5	0,758	17,31
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	203	4,41	5	0,741	16,8
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	191	4,53	5	0,694	15,32
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	182	4,48	5	0,711	15,87
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.	200	4,59	5	0,595	12,96
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	201	4,62	5	0,622	13,46
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.	204	4,78	5	0,511	10,69
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	199	4,61	5	0,680	14,75

(continua)

Tabela 26A. Estatística descritiva dos atributos da satisfação e qualidade percebida (continuação).

Itens Avaliados	Número de Casos	Coef. Variação			
		Média	Moda	Desvio Padrão	(%)
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	202	4,53	5	0,655	14,46
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	203	4,41	5	0,768	17,41
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.	203	4,52	5	0,647	14,31
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	198	4,66	5	0,599	12,85
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	202	4,58	5	0,611	13,34
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	201	4,57	5	0,580	12,69
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	204	4,73	5	0,519	10,97
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	202	4,55	5	0,630	13,84
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	202	4,53	5	0,616	13,6
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	197	4,39	5	0,703	16
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	203	4,48	5	0,677	15,11
P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.	199	4,12	4	0,782	18,98

Fonte: Inquérito por questionário.

Por outro lado, e pela análise da mesma tabela, pode verificar-se que os atributos com menores *scores* médios de resposta, ou seja, apresentando um menor valor de média amostral, são: as condições e o ruído na sala de espera (3,87); a localização, informação e sinalética (4,11); a prestação de um melhor serviço em comparação a outros Serviços de Radiologia (4,12); a condição dos equipamentos (4,20); e as condições das instalações (4,26). No entanto, há que referir que, apesar de se constituírem como os itens menos pontuados, estes atributos apresentam *scores* de resposta elevados, sendo que apenas um apresenta um valor de média amostral inferior a 4.

No que se refere à moda, verifica-se que na grande maioria dos atributos, ou seja em 22 dos 27 itens, o maior número de respostas recai sobre o *score* mais elevado, igual a 5 e correspondente à categoria de resposta “concordo totalmente”, sendo que, nos restantes 5 itens, o maior número de respostas recai sobre o *score* imediatamente seguinte, igual a 4 e correspondente à categoria de resposta “concordo bastante”.

Quanto à homogeneidade das respostas, e de modo a poder compará-las entre os diferentes atributos, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de variação. Deste modo, verifica-se, pela análise da Tabela 26, que as condições e o nível de ruído na sala de espera (24%), em adição à localização, informação e sinalética do Serviço de Radiologia (20,24%), se constituem como os itens que apresentam um valor mais elevado de coeficiente de variação, denotando uma dispersão considerada média e uma maior heterogeneidade em termos de distribuição das respostas, comparativamente aos restantes atributos.

Por outro lado, os menores valores de coeficiente de variação são apresentados em relação à boa vontade dos Técnicos de Radiologia em ajudar os utentes, demonstrando simpatia e atenção (10,69%), e à experiência e segurança dos Técnicos na realização dos exames (10,97%), denotando, deste modo, uma dispersão de respostas fraca e uma maior homogeneidade nas percepções dos inquiridos, em comparação com os restantes atributos.

4.7. Hierarquia dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida

De modo a aferir a hierarquia dos atributos da satisfação e qualidade percebida, recorreu-se ao teste de Friedman.

Constituindo-se estes atributos como variáveis dependentes, medidas em escala ordinal, os métodos paramétricos não se adequam, daí o recurso ao teste de Friedman (Maroco, 2010). O teste de Friedman consiste num teste de análise de variância, não paramétrico, que permite estudar um único factor, relativamente a duas ou mais amostras emparelhadas, e, baseando-se nas ordens de caso, compara as pontuações médias de cada variável em análise (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2003).

Assim sendo, a hipótese nula supõe a ausência de hierarquia entre os diferentes atributos, ou seja, pressupõe que, em média, as distribuições das percepções sejam iguais nos diferentes atributos da qualidade avaliados. Por outro lado, a hipótese alternativa supõe a existência de hierarquia entre os diferentes atributos, ou seja, pressupõe que, em média, pelo menos uma das distribuições das percepções, relativas aos atributos da qualidade avaliados, seja diferente das restantes. Considera-se ainda um nível de significância igual a 5% ($\alpha=0,05$).

Pela análise da Tabela 27, verifica-se a obtenção de um valor de estatística de teste igual a 0,000 ($p=0,000$), inferior ao nível de significância estabelecido. Deste modo, pode concluir-se que, pelo menos uma das distribuições das percepções dos atributos da qualidade difere das restantes, existindo diferenças significativas ao nível da hierarquia dos atributos medidos ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabela 27. Hierarquia de valorização dos atributos da satisfação e qualidade com estatística do teste de Friedman.

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Mean Rank
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.	17,57
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	17,49
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	17,02
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	16,26
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	15,94
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.	15,23
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	15,84
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	15,15
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	15,08
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	14,99
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	14,88
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	14,82
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.	14,69
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	14,53
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	14,06
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	14,04
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	13,85
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	13,82
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	13,15

(continua)

Tabela 27A. Hierarquia de valorização dos atributos da satisfação e qualidade com estatística do teste de Friedman (continuação).

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Mean Rank
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	12,80
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	12,69
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	12,68
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).	11,50
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.	10,80
P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.	10,34
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	10,14
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.	8,64
Estatística do Teste de Friedman	
Número de Casos Válidos	168
Chi-Square	615,442
df	26
Asymp. Sig.	0,000

Fonte: Inquérito por questionário.

Ainda, pela análise da Tabela 27, pode observar-se a ordem média, ou seja, a classificação hierárquica média, dos 27 atributos da satisfação e qualidade percebida, avaliados na estrutura principal do questionário aplicado. Tendo em conta estes dados, encontram-se expressos no Quadro 7 os cinco principais atributos, mais e menos valorizados pelos inquiridos. O principal atributo, alvo de maior valorização, prende-se com a demonstração de simpatia e atenção, pelos Técnicos de Radiologia, na disponibilização de ajuda aos utentes, sendo que o principal atributo, menos valorizado, se refere às condições da sala de espera e ao nível de ruído na mesma.

Quadro 7. Síntese dos principais atributos, mais e menos valorizados, segundo a hierarquia do Teste de Friedman.

Atributos Mais Valorizados	Atributos Menos Valorizados
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.	P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).

Fonte: Inquérito por questionário.

Tendo em conta os resultados expressos na Tabela 27 e no Quadro 7, pode concluir-se que os aspectos mais valorizados pelos inquiridos se relacionam especificamente com os Técnicos de Radiologia, incluindo a sua disponibilidade para ajudar, simpatia, cortesia, aparência, experiência e segurança na realização dos exames.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Miranda (2010), sendo que três dos itens mais valorizados no presente estudo, referentes à aparência, à disponibilidade com simpatia e atenção e à experiência e segurança dos Técnicos de Radiologia, são comuns aos aspectos mais valorizados descritos por esta autora. Ainda, estes resultados de hierarquia de atributos, também se mostram em parcial concordância com os resultados referidos por Almeida et al. (2010b), surgindo na sua ordem hierárquica dos mais valorizados, também, aspectos relacionados com a aparência, fardamento, disponibilidade com simpatia e atenção e competência profissional dos Técnicos de Radiologia.

Também Ferreira e Rodrigues (2000), no estudo da satisfação com o serviço de imagiologia na urgência do HGO, referem as relações interpessoais entre os factores de maior relevo no condicionamento de respostas positivas em termos de satisfação, sendo que Costa (2009), no estudo da satisfação dos pacientes numa clínica de imagiologia, refere que estes destacam o atendimento como primeiro factor a ser levado em conta.

Ainda, indo de encontro aos resultados de Pakdil e Harwood (2005), no estudo da satisfação dos utentes numa clínica pré-operatória, aos de Chung et al. (1999), Weiss

(1998), Swartz e Brown (1989) e aos de Santos et al. (2007), na abordagem qualitativa dos determinantes da satisfação nos Centros de Saúde, verifica-se, pelo anteriormente descrito, a importância da interação com os profissionais de saúde, neste caso o Técnico de Radiologia, e do factor humano na satisfação dos utilizadores do serviço.

Ainda, no que se refere aos aspectos menos valorizados, pode concluir-se que, de modo geral, os mesmos se prendem com as condições físicas das instalações, níveis de ruído na sala de espera, condições dos equipamentos, localização, informação e sinalética do Serviço de Radiologia, bem como a qualidade do serviço quando comparado com outros. Estes resultados, embora bastante distintos dos obtidos por Miranda (2010), mostram alguma concordância com os descritos por Almeida et al. (2010b), que também referem as condições físicas da sala de espera e o ruído na mesma, na sua ordem hierárquica dos atributos menos valorizados.

Considerando a hipótese de investigação anteriormente enunciada (HI3), que refere a existência de factores mais valorizados que outros, no conjunto dos atributos da qualidade medidos, pela análise dos resultados apresentados, verifica-se que a mesma se confirma.

4.8. Consistência Interna da Estrutura dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida

No âmbito da construção de um questionário, de aferição de uma variável latente, torna-se importante a análise da sua fiabilidade ou consistência (Hill e Hill, 2002).

Uma das medidas mais utilizadas para fazer este tipo de aferição é a determinação do *alpha* de Cronbach, que pode ser definido como a correlação esperada entre a escala de medida usada e outras hipotéticas, com o mesmo número de itens e do mesmo universo (Pestana e Gageiro, 2003).

No âmbito do presente estudo, será determinada a fiabilidade do tipo consistência interna, através da estimação do *alpha* de Cronbach, quer para a estrutura global do questionário (27 itens), quer para cada uma das seis dimensões da satisfação e qualidade percebida estudadas.

Segundo Pestana e Gageiro (2003), quando o *alpha* de Cronbach é inferior a 0,6 a consistência interna é inadmissível, encontrando-se entre 0,6 e 0,7 a consistência interna é fraca, entre 0,7 e 0,8 a consistência interna é razoável, entre 0,8 e 0,9 a consistência interna é boa e, sendo superior a 0,9 a consistência interna é considerada muito boa.

Pela análise da Tabela 28, onde se encontram expressos os resultados do teste de consistência interna, pode verificar-se que foi obtido um valor de *alpha* de Cronbach igual a 0,932, para a estrutura principal do questionário, constituída por 27 itens/atributos da satisfação e qualidade percebida. Sendo este valor superior a 0,9, é sinónimo de uma consistência interna global considerada muito boa.

Tabela 28. Teste de consistência interna global, relativo à totalidade dos atributos da estrutura principal do questionário.

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</i>	Número de Itens
0,932	0,936	27

Fonte: Inquérito por questionário.

No entanto, apesar da consistência interna global considerada muito boa, comparando este valor com o obtido por Miranda (2010), verifica-se que esta investigadora obteve um valor de *alpha* de Cronbach superior (0,953), considerando, ao invés dos 27 atributos medidos, apenas os 22 itens directamente adaptados da escala Servperf de Cronin e Taylor (1992, 1994). Esses atributos são os que se encontram nas dimensões estudadas, excluindo-se todos os englobados na dimensão Contacto e Acesso com o Serviço de Radiologia.

Pela replicação do teste efectuado por Miranda (2010), e considerando apenas esses 22 itens, foi obtido um *alpha* de Cronbach igual a 0,920, que embora seja sinónimo de uma consistência interna muito boa, é inferior aos 0,932 obtidos, quando se consideram todos os 27 itens da escala de medida (Tabela 29).

Tabela 29. Teste de consistência interna, considerando apenas os 22 itens adaptados da escala Servperf, de Cronin e Taylor (1992, 1994).

<i>Cronbach's Alpha</i>	Número de Itens
0,920	22

Fonte: Inquérito por questionário.

Para além da consistência interna global, da estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida, foi também avaliada a consistência interna parcelar, através da aferição do valor de *alpha* de Cronbach para cada uma das seis dimensões estudadas.

Pela análise da Tabela 30, pode verificar-se que para a dimensão relativa aos aspectos tangíveis o *alpha* de Cronbach é igual a 0,717, sinónimo de uma consistência interna razoável.

Tabela 30. Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão tangibilidade.

Tangibilidade	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.		0,644
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).		0,598
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	0,717	0,678
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.		0,694

Fonte: Inquérito por questionário.

Na Tabela 31 encontram-se expressos os resultados da análise de consistência interna da dimensão correspondente à fiabilidade/credibilidade.

Tabela 31. Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão fiabilidade/credibilidade.

Fiabilidade/Credibilidade	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).		0,773
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.		0,692
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	0,739	0,643
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).		0,655
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).		0,695

Fonte: Inquérito por questionário.

Verifica-se, para esta dimensão, um valor de *alpha* de Cronbach igual a 0,739. Apesar de este valor ser sinónimo de uma consistência interna razoável, verifica-se ainda, pela análise desta tabela, que a eliminação do item relativo aos tempos de espera poderia elevar o *alpha* de Cronbach a um valor igual a 0,773.

Tabela 32. Teste de consistência interna parcelar da dimensão garantia/segurança.

Garantia/Segurança	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
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.		0,815
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	0,832	0,805
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.		0,778
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.		0,749

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere à dimensão garantia/segurança, cujos resultados da aferição da consistência interna se encontram expressos na Tabela 32, pode verificar-se a obtenção de um valor de *alpha* de Cronbach igual a 0,832, sinónimo de uma boa consistência interna.

Tabela 33. Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade.

Capacidade Resposta/Sensibilidade/Receptividade	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.		0,774
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	0,764	0,691
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.		0,680
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.		0,690

Fonte: Inquérito por questionário.

Considerando a dimensão capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade, os resultados de aferição de consistência interna podem ser observados na Tabela 33. Verifica-se um valor de *alpha* de Cronbach igual 0,764, correspondente a uma consistência interna razoável, sendo que pela eliminação do item relacionado com a informação relativa à data e horário do exame, este valor pode ser elevado para 0,774.

No que concerne à dimensão relação com os doentes/empatia, os resultados da aferição da consistência interna encontram-se na Tabela 34, podendo verificar-se a obtenção de um valor de *alpha* de Cronbach igual a 0,737, sinónimo de consistência interna razoável.

Tabela 34. Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão relação com os doentes/empatia.

Relação com os Doentes/Empatia	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.		0,676
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).		0,737
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	0,737	0,696
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.		0,652
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.		0,696

Fonte: Inquérito por questionário.

Relativamente à dimensão acesso e contacto com o Serviço de Radiologia verifica-se, pela análise da Tabela 35, a obtenção de um valor *alpha* de Cronbach igual a 0,710, sinónimo de uma consistência interna razoável, mas que poderia ser elevado para 0,711, pela eliminação do item relativo às condições e ruído da sala de espera.

Tabela 35. Teste de consistência interna parcelar, relativo à dimensão acesso e contacto com o Serviço de Radiologia.

Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.		0,711
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.		0,655
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	0,710	0,655
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.		0,644
P1.27 - Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.		0,651

Fonte: Inquérito por questionário.

Tendo em conta tudo o que foi descrito, bem como as tabelas apresentadas, verifica-se que em termos globais, a escala de medida, considerando os 27 itens medidos, apresenta uma consistência interna muito boa. No entanto, ao analisar a consistência interna parcelar, por dimensão, verifica-se a obtenção de valores que variam entre 0,710, correspondente a uma consistência interna razoável, na dimensão relativa ao acesso e contacto com o Serviço de Radiologia, e 0,832, correspondente a uma consistência interna boa, na dimensão garantia/segurança. As restantes dimensões, apresentando valores intermédios, manifestam uma consistência interna razoável.

Comparando estes resultados com os obtidos por Miranda (2010), verifica-se que em quatro das dimensões directamente adaptadas da escala Servperf, esta autora apresenta valores de consistência interna parcelares superiores, sendo que, no âmbito do presente estudo, apenas a dimensão garantia/segurança apresenta uma consistência interna superior à apresentada no estudo de Miranda (2010).

4.9. Índices de Satisfação Relativos ao Serviço de Radiologia

Tendo em conta os dados recolhidos e os resultados anteriormente apresentados, procedeu-se, a partir dos mesmos, à aferição dos índices de satisfação dos inquiridos com o Serviço de Radiologia em estudo.

Considera-se que um resultado entre 0 e 20% corresponde a “nada satisfeito”; entre 21 e 40% é sinónimo de “pouco satisfeito”; entre 41 e 60% é sinónimo de “satisfeito”; entre 61

e 80% corresponde a muito satisfeito; e um valor entre 81 e 100% corresponde a “totalmente satisfeito”.

Tabela 36. Índice de satisfação global dos utentes do Serviço de Radiologia.

Número Casos	Média Global	Mínimo (%)	Máximo (%)	Índice Satisfação (%)
204	4,46	20	100	89,2

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere ao índice de satisfação global dos inquiridos, com o Serviço de Radiologia estudado, pela análise da Tabela 36, verifica-se que para um número de 204 questionários válidos, considerando quer os 27 atributos da estrutura principal, quer os 4 atributos das características gerais do Serviço de Radiologia, foi obtido um *score* médio de resposta igual a 4,46, correspondente a um índice de satisfação global de 89,2%. Pode, deste modo, concluir-se que os inquiridos se encontram “totalmente satisfeitos” com o Serviço de Radiologia estudado.

Tabela 37. Índices de satisfação, dos utilizadores do Serviço de Radiologia, discriminados por dimensão.

Dimensões	Média	Mínimo (%)	Máximo (%)	Índice Satisfação (%)
Tangibilidade	4,36	20	100	87,2
Fiabilidade/Credibilidade	4,49	20	100	89,8
Garantia/Segurança	4,59	60	100	91,8
Capacidade Resposta	4,64	40	100	92,8
Empatia	4,49	20	100	89,8
Acesso e Contacto	4,28	20	100	85,6
Características Gerais	4,44	40	100	88,8

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 37, pode verificar-se que a Capacidade de Resposta se constitui como a dimensão que apresenta um maior índice de satisfação, correspondente a 92,8%, sendo que a dimensão que apresenta um menor índice de satisfação, com 85,6% é a dimensão Acesso e Contacto com o Serviço de Radiologia.

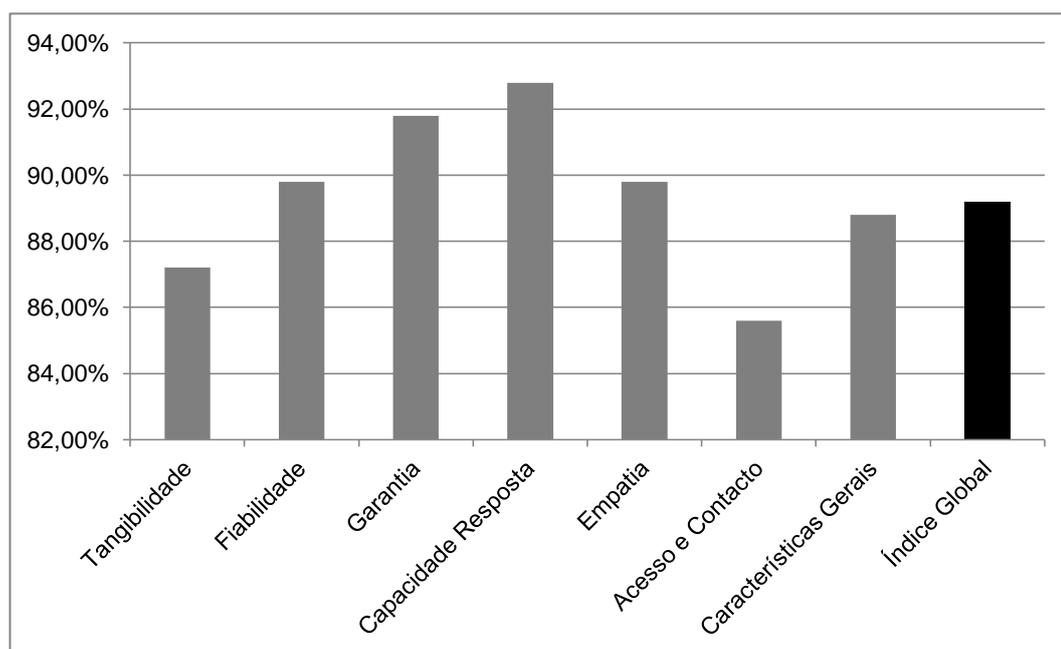
Deste modo, no que se refere aos índices parcelares de satisfação, verifica-se que, quer nas seis dimensões da estrutura principal do questionário, quer no que concerne às

características gerais do Serviço de Radiologia estudado, foram obtidos elevados índices de satisfação, o que permite concluir a “total satisfação” dos inquiridos, relativamente a todas as dimensões estudadas.

Ainda, na Figura 12, pode observar-se a representação gráfica, comparativa, de todos os índices aferidos.

Estes resultados (Tabela 37 e Figura 12) vão de encontro aos referidos por Cabral (2007), que no estudo da qualidade percebida dos serviços hospitalares, identifica as dimensões Segurança, Capacidade de Resposta (Responsividade) e Empatia como alvo de maior valorização por parte dos inquiridos.

Figura 12. Representação gráfica dos índices de satisfação aferidos.



Fonte: Inquérito por questionário.

Relembrando a hipótese de investigação anteriormente definida (HI1), que afirma a satisfação dos utentes do Serviço de Radiologia com os serviços prestados, e tendo em conta os resultados apresentados, a mesma considera-se confirmada.

4.10. Diferenças de Percepção na Satisfação e Qualidade em Geral

De modo a verificar se existem diferenças significativas nas percepções da satisfação e qualidade gerais, em função da prioridade do exame solicitado (urgente/marcado), procedeu-se à realização do teste de Mann-Whitney.

O teste de Mann-Whitney é um teste, não paramétrico, que permite a comparação de duas amostras independentes, sendo utilizado como alternativa aos testes paramétricos, quando não se verificam os seus pressupostos de aplicabilidade, podendo ser aplicado a variáveis qualitativas ordinais (Pestana e Gageiro, 2003).

O teste de Mann-Whitney permite a comparação de duas amostras independentes, comparando o seu centro de localização, para detecção de diferenças entre as populações correspondentes (Pestana e Gageiro, 2003).

Para levar a cabo este estudo, estabeleceu-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), determinando-se como hipótese nula a igualdade das populações em tendência central, e como hipótese alternativa a desigualdade em tendência central.

Pela análise da Tabela 38, pode verificar-se que, no que se refere à estatística descritiva da distribuição da qualidade geral, em função da prioridade do exame prescrito, a existência de diferenças ao nível dos valores da média e também dos valores da mediana, sendo que, no que se refere à satisfação geral, apenas se verificam diferenças ao nível das médias. Quer na qualidade geral, quer na satisfação geral, o maior *score* de respostas é encontrado nos inquiridos que realizaram exames marcados.

Tabela 38. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da prioridade do exame.

PB1 - Deslocação ao Serviço de Radiologia por...		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Exame Urgente	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	152	4,37	4	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	152	4,49	5	5
Exame Marcado	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	50	4,62	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	50	4,70	5	5

Fonte: Inquérito por questionário.

A Tabela 39 apresenta os resultados do teste de Mann-Whitney, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função da prioridade do exame solicitado. Verifica-se, pela análise desta tabela, que existem diferenças significativas, quer na qualidade geral ($p=0,014$; $\alpha=0,05$), quer na satisfação geral ($p=0,023$; $\alpha=0,05$), em função do exame realizado ser urgente ou marcado. Sendo que ambos os valores p são inferiores ao nível de significância estabelecido, rejeita-se a hipótese nula, considerando-se a desigualdade das populações em tendência central, para as duas variáveis estudadas.

Pode, deste modo, concluir-se que as diferenças identificadas na estatística descritiva, onde os inquiridos sujeitos a exames marcados, demonstram médias mais elevadas nas percepções de qualidade geral e satisfação geral, são significativas.

Tendo em conta os resultados apresentados e, lembrando a hipótese de investigação previamente descrita (H14), que declara a existência de diferenças de satisfação geral em função da realização de exames urgentes e marcados, considera-se a confirmação da mesma.

Tabela 39. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da prioridade do exame.

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	3014,500	14642,500	-2,453	0,014
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	3093,000	14721,000	-2,453	0,023

a. Grouping Variable: PB1 - Deslocação ao Serviço de Radiologia por...

Fonte: Inquérito por questionário.

Também, para verificar se existem diferenças significativas nas percepções da satisfação e qualidade geral, em função do sexo dos inquiridos (feminino/masculino), procedeu-se novamente à realização do teste de Mann-Whitney.

Estabeleceu-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), determinando-se como hipótese nula a igualdade das populações em tendência central, e como hipótese alternativa a desigualdade em tendência central.

Tabela 40. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da variável sexo.

PB3 – Sexo		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Feminino	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	99	4,44	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	99	4,59	5	5
Masculino	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	66	4,39	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	66	4,52	5	5

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 40, pode verificar-se que, no que se refere à estatística descritiva da distribuição da qualidade geral e satisfação geral, em função do sexo dos inquiridos, existem diferenças ao nível dos valores das médias de respostas. Fox e Storm (1981 como citados em Lopes, 2007a) e Ferreira e Rodrigues (2000) referem o sexo como condicionante das respostas, no que se refere à satisfação.

Tabela 41. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da variável sexo.

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	Z	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	3175,0000	5386,0000	-0,342	0,732
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	3072,0000	5283,0000	-0,754	0,451

a. Grouping Variable: PB3 – Sexo

Fonte: Inquérito por questionário.

A Tabela 41 apresenta os resultados do teste de Mann-Whitney, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função do sexo dos inquiridos. Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, nem na qualidade geral ($p=0,732$; $\alpha=0,05$), nem na satisfação geral ($p=0,451$; $\alpha=0,05$), em função do sexo dos inquiridos. Sendo que ambos os valores p são superiores ao nível de significância estabelecido, não se rejeita a hipótese nula, considerando-se a igualdade das populações em tendência central, para as duas variáveis estudadas.

Pode, deste modo, concluir-se que as diferenças identificadas na estatística descritiva, onde os inquiridos do sexo feminino demonstram médias mais elevadas nas percepções da qualidade geral e da satisfação geral, não são significativas em termos populacionais.

De modo a verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis qualidade geral e satisfação geral, em função dos grupos etários a que pertencem os inquiridos, procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis.

O teste de Kruskal-Wallis consiste num teste não paramétrico, que se considera como a generalização do teste de Mann-Whitney quando se pretendem estudar as diferenças entre mais de duas amostras independentes, testando a hipótese de igualdade relativamente a um parâmetro de localização comum (Pestana e Gageiro, 2003).

Assim sendo, para um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), estabeleceu-se como hipótese nula que todos os grupos são iguais em tendência central, sendo que a hipótese alternativa supõe que, pelo menos, um dos grupos difere dos restantes em tendência central.

Pela análise da Tabela 42, da estatística descritiva da qualidade e satisfação geral, pode verificar-se que, no que se refere à qualidade em geral, existem diferenças entre médias, modas e medianas, entre os diferentes grupos etários, sendo os dois últimos grupos etários responsáveis por uma média mais elevada de respostas. Relativamente à satisfação em geral, verificam-se também diferenças entre as médias, medianas e modas, entre os diferentes grupos etários, sendo que, no que concerne às médias de respostas, se verifica que as mesmas aumentam progressivamente desde o primeiro ao último grupo etário.

Estes dados, vão de encontro às observações de Hall e Dornan (1990), Larson (1999), Lopes (2007) e Ferreira e Rodrigues (2000), que referem, com o aumento da idade, a tendência a avaliações de satisfação e qualidade mais elevadas. Também Fox e Storm (1981 como citados em Lopes, 2007a) identificam a importância da variável idade enquanto preditora da satisfação.

Tabela 42. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, por grupo etário.

PB4a – Grupos Etários		Número Casos	Média	Mediana	Moda
=<20	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	24	4,38	4	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	24	4,29	4	4
21 a 34	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	19	4,21	4	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	19	4,47	5	5
35 a 50	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	40	4,35	4	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	40	4,48	5	5
51 a 64	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	30	4,47	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	30	4,63	5	5
65 ou +	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	51	4,55	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	51	4,73	5	5

Fonte: Inquérito por questionário.

A tabela 43 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função do grupo etário a que pertencem os inquiridos. Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, no que se refere à qualidade geral, em função do grupo etário a que pertencem os inquiridos ($p=0,418$; $\alpha=0,05$). Sendo o valor p superior ao nível de significância estabelecido, não se rejeita a hipótese nula, considerando-se a igualdade das populações em tendência central.

Relativamente à satisfação em geral, verifica-se a existência de diferenças significativas em função do grupo etário ($p=0,044$; $\alpha=0,05$), sendo que, pelo valor p inferior ao nível de significância estabelecido, se rejeita a hipótese nula, considerando-se a desigualdade das populações em tendência central.

Pode, deste modo, concluir-se que as diferenças identificadas na estatística descritiva, ao nível da satisfação geral, são significativas em termos populacionais, sendo que, no caso da qualidade geral, o mesmo não se verifica.

Tabela 43. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do grupo etário a que pertencem os inquiridos.

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	3,911	4	0,418
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	9,806	4	0,044

a. Kruskal Wallis Test; b. Grouping Variable: PB4a - Grupo Etário

Fonte: Inquérito por questionário.

Na análise da existência de diferenças significativas nas variáveis qualidade geral e satisfação geral, em função do estado civil dos inquiridos, voltou a recorrer-se ao teste de Kruskal-Wallis, estabelecendo-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e determinando-se, como hipótese nula, que todos os grupos são iguais em tendência central, sendo que, a hipótese alternativa supõe que pelo menos um dos grupos difere dos restantes em tendência central.

Tabela 44. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função do estado civil.

PB5 – Estado Civil		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Solteiro (a)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	54	4,41	4	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	54	4,39	4	5
Casado (a) ou União de facto	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	78	4,40	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	78	4,62	5	5
Divorciado (a) ou Separado (a)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	10	4,50	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	10	4,70	5	5
Viúvo (a)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	23	4,52	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	23	4,70	5	5

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 44, da estatística descritiva da qualidade e satisfação geral, pode verificar-se que, no que se refere a ambas as variáveis, existem ligeiras diferenças entre as médias de resposta e entre as medianas, em função do estado civil. Ainda, as médias mais elevadas em termos, quer de qualidade, quer de satisfação geral, podem encontrar-se na categoria “viúvo (a)”, sendo que, no que se refere à satisfação geral a categoria “divorciado (a)/separado (a)” apresenta a mesma média de resposta que a categoria “viúvo (a)”.

A Tabela 45 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função do estado civil a que pertencem os inquiridos. Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, nem no que se refere à qualidade geral ($p=0,916$; $\alpha=0,05$), nem no que se refere à satisfação geral ($p=0,109$; $\alpha=0,05$), em função do estado civil a que pertencem os inquiridos, considerando-se a igualdade das populações em tendência central, para as duas variáveis estudadas.

Tabela 45. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do estado civil dos inquiridos.

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	0,515	3	0,916
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	6,046	3	0,109

a. Kruskal Wallis Test; b. Grouping Variable: PB5 – Estado Civil

Fonte: Inquérito por questionário.

No que refere ao estudo da existência de diferenças significativas nas variáveis qualidade geral e satisfação geral, em função da área geográfica de residência dos inquiridos, voltou novamente a recorrer-se ao teste de Kruskal-Wallis, estabelecendo-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e determinando-se, como hipótese nula, que todos os grupos são iguais em tendência central, sendo que a hipótese alternativa supõe que pelo menos um dos grupos difere dos restantes em tendência central.

Pela análise da Tabela 46, da estatística descritiva da qualidade e satisfação geral, pode verificar-se que, no que se refere quer à qualidade em geral, quer à satisfação geral, existem ligeiras diferenças entre as médias de resposta, e diferenças entre as modas e medianas, em função da área geográfica de residência. Verifica-se, para a qualidade em geral, que a média mais baixa de resposta se encontra na categoria “concelho Odemira”

e a mais alta na categoria “outros”, sendo que, para a satisfação em geral, a média mais alta se encontra na categoria “concelho Odemira”, e a mais baixa na categoria “outros”.

Tabela 46. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da área geográfica de residência.

PB6 – Área Geográfica de Residência		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Vila Odemira	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	26	4,46	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	26	4,54	5	5
Concelho Odemira	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	131	4,42	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	131	4,57	5	5
Outros	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	6	4,50	4,5	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	6	4,50	4,5	4

Fonte: Inquérito por questionário.

A Tabela 47 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função da área geográfica de residência. Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, nem no que se refere à qualidade geral ($p=0,969$; $\alpha=0,05$), nem no que se refere à satisfação geral ($p=0,891$; $\alpha=0,05$), em função da área geográfica a que pertencem os inquiridos, considerando-se a igualdade das populações, em tendência central, para as duas variáveis estudadas.

Tabela 47. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da área geográfica de residência.

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	0,063	2	0,969
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	0,232	2	0,891

a. Kruskal Wallis Test; b. Grouping Variable: PB6 – Área Geográfica de Residência

Fonte: Inquérito por questionário.

No estudo da qualidade geral e satisfação geral, em função do nível de ensino concluído, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 48. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral por grau de ensino concluído.

PB7 – Grau de Ensino Concluído		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Sem Escolaridade	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	31	4,55	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	31	4,71	5	5
Ensino Primário (4ª Classe)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	46	4,54	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	46	4,72	5	5
2ª Ciclo (6ª Classe)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	15	4,60	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	15	4,53	5	5
Ensino Básico (9º Ano)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	35	4,31	4	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	35	4,43	4	5
Ensino Secundário (12º Ano)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	32	4,19	4	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	32	4,38	4	4
Estudos Superiores	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	4	4,50	4,5	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	4	4,50	4,5	4

Fonte: Inquérito por questionário.

Estabeleceu-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e determinou-se, como hipótese nula, que todos os grupos são iguais em tendência central e, como hipótese alternativa, que pelo menos um dos grupos difere dos restantes em tendência central.

Pela análise da Tabela 48, da estatística descritiva da qualidade e satisfação geral, pode verificar-se que, no que se refere quer à qualidade em geral, quer à satisfação geral, existem ligeiras diferenças entre as médias de resposta, bem como diferenças entre as modas e medianas, em função do grau de ensino concluído. Verifica-se, para ambas as

variáveis, que as médias mais altas de resposta se encontram nas categorias correspondentes à ausência de escolaridade, ensino primário e ensino básico.

Estes dados vão de encontro aos descritos por Hall e Dornan (1990) e por Lopes (2007a), que relacionam maiores níveis de satisfação com níveis de instrução mais baixos.

A Tabela 49 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função do grau de ensino concluído.

Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, nem no que se refere à qualidade geral ($p=0,176$; $\alpha=0,05$), nem no que refere à satisfação geral ($p=0,058$; $\alpha=0,05$), em função do grau de ensino concluído a que pertencem os inquiridos, considerando-se a igualdade das populações em tendência central, para as duas variáveis estudadas.

Tabela 49. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função do grau de ensino concluído.

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	7,656	5	0,176
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	10,698	5	0,058

a. Kruskal Wallis Test; b. Grouping Variable: PB7 – Grau de Ensino Concluído

Fonte: Inquérito por questionário.

Abordando a qualidade geral e satisfação geral, em função da situação profissional, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, estabeleceu-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e determinou-se, como hipótese nula, que todos os grupos são iguais em tendência central e, como hipótese alternativa, que pelo menos um dos grupos difere dos restantes em tendência central.

Tabela 50. Estatística descritiva da distribuição da qualidade e satisfação geral, em função da situação profissional.

PB8 – Situação Profissional		Número Casos	Média	Mediana	Moda
Desempregado (a)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	23	4,61	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	23	4,70	5	5
Reformado (a)	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	54	4,48	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	54	4,74	5	5
Estudante	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	21	4,38	4	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	21	4,29	4	4
Trabalhador (a) por conta de outrem	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	44	4,34	4	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	44	4,43	4	4
Trabalhador (a) por conta própria	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	15	4,47	5	5
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	15	4,60	5	5
Outra Situação	P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	5	4,00	4	4
	P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	5	4,40	4	4

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 50, da estatística descritiva, pode verificar-se que, no que se refere quer à qualidade em geral, quer à satisfação geral, existem ligeiras diferenças entre as médias de resposta, bem como diferenças entre as médias e medianas, em função da situação profissional. Verifica-se, para ambas as variáveis que as médias mais altas de resposta se encontram nas categorias correspondentes aos desempregados e reformados.

A Tabela 51 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, quer para a qualidade geral, quer para a satisfação geral, em função da situação profissional. Verifica-se, pela análise desta tabela, que não existem diferenças significativas, no que se refere à qualidade geral ($p=0,360$; $\alpha=0,05$), em função da situação profissional, considerando-se a igualdade das populações em tendência central. No entanto, no que se refere à

satisfação geral, verificam-se diferenças significativas, em função da situação profissional ($p=0,022$; $\alpha=0,05$).

Tabela 51. Comparação da qualidade e satisfação geral, em função da situação profissional.

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
P3.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	5,479	5	0,360
P3.2 - A Satisfação, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	13,139	5	0,022

a. Kruskal Wallis Test; b. Grouping Variable: PB8 – Situação Profissional

Fonte: Inquérito por questionário.

Assim sendo, pode concluir-se que, no que se refere, à qualidade geral, não se verifica a existência de diferenças significativas, em função das variáveis sócio-demográficas. No entanto, no que concerne à satisfação geral, verifica-se a existência de diferenças significativas em função do grupo etário e situação profissional.

Tendo em conta o que foi descrito e considerando a hipótese de investigação (HI5) que prevê diferenças na satisfação geral, em função das variáveis sócio-demográficas, a mesma considera-se parcialmente aceite, sendo que essas diferenças apenas se registam em duas das variáveis estudadas.

4.11. Estrutura dos Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida do Serviço de Radiologia Estudado

Tendo em conta o que foi descrito, e tendo presentes os resultados de consistência interna anteriormente enunciados, irá proceder-se ao teste das dimensões do modelo da satisfação e qualidade percebida, utilizando a análise factorial de componente principais, para verificar se o mesmo é formado pelas seis dimensões anteriormente descritas (aspectos físicos/tangibilidade, fiabilidade/credibilidade, capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade, garantia/segurança, relação com os doentes/empatia, acesso e contacto com o Serviço de Radiologia).

A análise factorial de componentes principais permite que se reduzam o número de variáveis, relacionadas entre si, a um pequeno número de factores que as representam, pela análise da correlação existente entre mesmas (Pestana e Gageiro, 2003).

O primeiro pressuposto associado a esta técnica encontra-se relacionado com o tamanho da amostra, sendo que a mesma deverá ser suficientemente grande para garantir que, numa segunda análise, se possam manter os mesmos factores (Hill e Hill, 2002). Esta análise, constituindo-se como uma técnica multivariada requer uma amostra grande, sendo que o rácio entre o número de casos e o número de variáveis deve ser de, pelo menos, 5/1 (Hill e Hill, 2002).

Dos 204 questionários recolhidos, verifica-se que, o SPSS considera válidos, para a análise factorial, 168 casos, sendo que a matriz principal do questionário é constituída por 27 variáveis/itens/atributos. Deste modo, pelo resultado do quociente entre o número de casos (168) e o número de variáveis (27) obtém-se um valor superior a 5 (6,22), o que supera a dimensão da amostra mínima necessária (5 casos x 27 variáveis = 135 casos de amostra mínima).

No que se refere ao tamanho da amostra, que deve ser de pelo menos 5 casos para cada variável, observa-se que o pressuposto é verificado.

No entanto, para que esta técnica tenha utilidade na estimação de factores comum, torna-se necessário que as correlações entre as variáveis sejam suficientemente elevadas, sendo que, em caso de correlações baixas, não é provável a existência de factores comuns (Maroco, 2010). Para tal verificação, recorreu-se quer ao teste de esfericidade de Bartlett, quer ao método de Kaiser-Meyer-Olkin, dado que o teste de esfericidade de Bartlett, sendo muito influenciado pelo tamanho da amostra, poderá levar a que, pela rejeição da hipótese nula, se considerem como significativas correlações muito pequenas (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2003).

Tabela 52. Aferição da adequação da análise factorial, de componentes principais, à amostra.

KMO e Teste de Bartlett		
Medida de Adequação de Kaiser-Meyer-Olkin		0,899
Teste de Esfericidade de Bartlett's	<i>Approx. Chi-Square</i>	2607,176
	<i>Df</i>	351
	<i>Sig.</i>	0,000

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela análise da Tabela 52, verifica-se a obtenção de um valor de estatística de teste de Bartlett igual a 0,000 ($p=0,000$), logo inferior ao nível de preponderância de 0,001. Deste

modo, rejeita-se a hipótese nula (que pressupõe que a matriz das correlações na população é igual à matriz identidade, ou seja, que não existe correlação entre as variáveis), considerando a existência de correlação significativa entre algumas das variáveis analisadas ($p=0,000<0,001$). Ainda, pela observação da Tabela 52, pode verificar-se a presença de uma medida de adequação KMO igual a 0,899, o que se constitui como sinónimo de uma boa adequação, por parte da amostra, à técnica da análise factorial. Pode concluir-se, deste modo, que ambos os testes indicam a adequação da análise factorial, permitindo que se prossiga com a aplicação da mesma (Pestana e Gageiro, 2003).

Tabela 53. Variância explicada dos factores extraídos, pelo método dos componentes principais, dos atributos da satisfação e qualidade percebida do Serviço de Radiologia em estudo.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	Variance	% of Cumulative %	Total	Variance	% of Cumulative %	Total	Variance	% of Cumulative %
1	10,449	38,698	38,698	10,449	38,698	38,698	5,217	19,323	19,323
2	2,505	9,277	47,976	2,505	9,277	47,976	4,820	17,852	37,175
3	1,718	6,363	54,339	1,718	6,363	54,339	2,809	10,404	47,579
4	1,236	4,579	58,917	1,236	4,579	58,917	2,357	8,731	56,309
5	1,133	4,197	63,114	1,133	4,197	63,114	1,837	6,805	63,114
6	0,958	3,548	66,663						
...						
26	0,172	0,639	99,514						
27	0,131	0,486	100,000						

Fonte: Inquérito por questionário.

Após verificação da adequabilidade da análise factorial, procedeu-se à extracção de factores através do método dos componentes principais (Tabela 53). Esta extracção, seguindo o critério de Kaiser, leva à extracção de um número de factores igual ao número de valores próprios superiores a um (Pestana e Gageiro, 2003). Pela análise da Tabela 53, bem como da coluna correspondente aos valores próprios (*eigenvalues*), e segundo o critério de Kaiser, verifica-se a existência de 5 factores cujos valores próprios são superiores a 1.

Tal como se pode observar na Tabela 53, verifica-se que os componentes principais são calculados por ordem decrescente de importância, sendo que a primeira explica a máxima variância dos dados (38,698%), a segunda a máxima variância ainda não explicada (9,277%), e assim sucessivamente até à última componente (4,197%), que é a que menos contribui para explicar a variância total dos dados (Pestana e Gageiro, 2003). Ainda, pela análise da coluna da percentagem cumulativa, verifica-se ainda que estes 5 factores, em conjunto, explicam 63,114% da variância total.

O SPSS utiliza métodos de rotação das variáveis, de modo a facilitar a interpretação dos factores (Pestana e Gageiro, 2003). O método Varimax, sendo um método de rotação ortogonal, tem como objectivo facilitar a interpretação de dados, levando ao extremo os valores dos *loadings*, eliminando valores intermédios e promovendo a associação de cada variável a apenas um factor (Pestana e Gageiro, 2003). Na Tabela 54 observam-se os pesos factoriais de cada um dos atributos/itens, em cada um dos factores extraídos, após uma rotação Varimax. Segundo Maroco (2010), devem considerar-se significativos os *loadings* superiores a 0,4, em valor absoluto.

Tabela 54. Peso dos atributos da satisfação e qualidade percebida em cada um dos factores extraídos através do método dos componentes principais com uma rotação Varimax.

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Factores				
	1	2	3	4	5
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	0,813	- 0,168 0,049	0,053	0,106	
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	0,715	0,075	0,263	- 0,071 0,005	
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	0,690	0,325	0,141	0,166	0,127
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	0,683	0,230	0,312	0,120	-0,093
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	0,672	0,223	0,149	0,212	0,257
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	0,660	0,362	0,131	0,139	0,148
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	0,604	0,249	0,074	0,531	0,026
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.	0,599	0,305	- 0,055	0,395	0,056
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	0,536	0,161	0,211	- 0,020	0,428

(continua)

Tabela 54A. Peso dos atributos da satisfação e qualidade percebida em cada um dos factores extraídos através do método dos componentes principais com uma rotação Varimax (continuação).

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Factores				
	1	2	3	4	5
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	0,438	0,306	0,376	0,092	0,161
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	0,136	0,831	0,073	0,204	0,051
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	0,162	0,795	0,017	0,122	0,152
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	0,110	0,756	0,076	- 0,029	0,195
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	0,084	0,735	0,100	0,249	-0,049
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.	0,240	0,643	0,009	0,172	0,157
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	0,350	0,628	0,108	0,294	0,006
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	0,462	0,554	0,015	0,409	0,226
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	0,179	0,512	0,397	- 0,320	0,055
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	0,186	0,114	0,745	0,289	-0,141
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	0,190	0,029	0,677	- 0,084	0,077
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).	0,216	0,005	0,656	0,206	0,252
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.	0,106	0,073	0,618	0,089	0,375
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	0,233	0,366	0,130	0,710	0,213
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.	0,259	0,377	0,332	0,614	-0,002
P1.27 - Este serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.	0,104	0,172	0,396	0,497	0,403
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.	0,126	0,194	0,243	0,103	0,777
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	0,496	0,160	0,034	0,130	0,556

Fonte: Inquérito por questionário.

Tendo em conta este valor (0,4), verifica-se a existência de seis interacções, relativas aos atributos P1.19, P1.25, P1.16, P1.27 e P1.17, que apresentam pesos factoriais superiores a 0,4, em simultâneo, para mais do que um factor. No entanto, os atributos foram incluídos no factor para o qual apresentavam um valor mais elevado. Assim sendo, pela análise do Quadro 8, podem observar-se os atributos/itens incorporados em cada um dos cinco novos factores.

Quadro 8. Distribuição dos atributos da satisfação e qualidade percebida pelos cinco factores extraídos.

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Dimensões Originais	Factores
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	Garantia/Segurança	F1 – Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade (10 itens/atributos) (38,698%)
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	Empatia	
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	Garantia/Segurança	
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.	Garantia/Segurança	
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	Fiabilidade/Credibilidade	
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	Acesso e Contacto	
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	Empatia	
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.	Garantia/Segurança	
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	Fiabilidade/Credibilidade	
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	Empatia	
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	Empatia	F2 – Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta (...) (8 itens/atributos) (9,277%)
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.	Acesso e Contacto	
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	Capacidade Resposta	
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	Acesso e Contacto	

(continua)

Quadro 8A. Distribuição dos atributos da satisfação e qualidade percebida pelos cinco factores extraídos (continuação).

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Dimensões Originais	Factores
<p>P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.</p> <p>P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.</p> <p>P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).</p> <p>P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).</p>	<p>Fiabilidade/ Credibilidade</p> <p>Capacidade de Resposta</p> <p>Fiabilidade/ Credibilidade</p> <p>Fiabilidade/ Credibilidade</p>	<p>(continuação)</p> <p>F2 – Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta</p> <p>(8 itens/atributos)</p> <p>(9,277%)</p>
<p>P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).</p> <p>P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.</p> <p>P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).</p> <p>P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.</p>	<p>Tangibilidade</p> <p>Tangibilidade</p> <p>Tangibilidade</p> <p>Tangibilidade</p>	<p>F3 – Tangibilidade</p> <p>(4 itens/atributos)</p> <p>(6,363%)</p>
<p>P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.</p> <p>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.</p> <p>P1.27 - Este serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.</p>	<p>Acesso e Contacto</p> <p>Capacidade de Resposta</p> <p>Acesso e Contacto</p>	<p>F4 – Receptividade e Capacidade de Resposta</p> <p>(3 itens/atributos)</p> <p>(4,579%)</p>
<p>P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.</p> <p>P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.</p>	<p>Acesso e Contacto</p> <p>Empatia</p>	<p>F5 – Contacto Inicial/ Condições de Recepção</p> <p>(2 itens/atributos)</p> <p>(4,197%)</p>

Fonte: Inquérito por questionário.

Pela observação do Quadro 8, verifica-se a incorporação de dez itens/atributos no primeiro factor, que explica 38,698% da variância total; o segundo factor, constituído por oito itens/atributos, explica 9,277% da variância total; englobados no terceiro factor encontram-se quatro itens/atributos, que explicam em conjunto 6,363% da variância total; o quarto factor inclui três itens/atributos e explica 4,579% da variância total; por último, o quinto factor explica 4,197% da variância total, englobando dois itens/atributos.

Verifica-se assim, que o primeiro factor engloba os atributos mais importantes para a explicação da satisfação e da qualidade percebida, sendo que nenhum dos outros factores se aproxima em termos de percentagem de variância explicada.

Relativamente à nomenclatura atribuída aos factores extraídos, a mesma foi atribuída em função dos itens, determinantes da satisfação e qualidade percebida, que os englobam, e das suas dimensões originais de proveniência. Deste modo, verifica-se:

- Factor 1 – encontra-se relacionado com “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade”;
- Factor 2 – encontra-se relacionado com “Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta”;
- Factor 3 – encontra-se relacionado com a “Tangibilidade”;
- Factor 4 – encontra-se relacionado com a “Receptividade e Capacidade de Resposta”;
- Factor 5 – encontra-se relacionado com o “Contacto Inicial/Condições da Recepção”.

A extracção de um factor, relacionado com o “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade” (Factor 1), remete para vários atributos relacionados com a competência profissional dos Técnicos de Radiologia (Quadro 8). Este Factor apresenta concordância com as observações de Ramsaran-Fowdar (2005), que identificou a competência profissional como uma dimensão adicional às cinco genéricas, comuns à escala Servqual e Servperf. Ainda, verifica-se a concordância com os estudos de Swartz e Brown (1989), que sugeriram uma dimensão profissionalismo e competência a ser aplicada no estudo da qualidade em serviços de saúde.

Tendo em conta os resultados apresentados e tudo o que foi descrito, verifica-se que a hipótese de investigação (H18), que previa a discrepância entre a estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida do serviço estudado e as dimensões apresentadas pelo modelo de medida utilizado, foi confirmada, dado que das seis dimensões estudadas, apenas se extraíram cinco factores.

A não confirmação das dimensões inicialmente conceptualizadas vai de encontro ao referido por Carman (1990 como citado em Lee, et al., 2000), que refere que o número de dimensões da qualidade não se mantém constante nos diferentes serviços estudados. Ainda, também neste âmbito, Babakus e Mangold (1992) e Lee et al. (2002), observam que se verifica a necessidade de reunião de esforços para a continuação dos estudos sobre as dimensões da qualidade adequadas ao estudo dos serviços de saúde. Assim sendo, após a realização da análise factorial, com obtenção de cinco novos factores, procedeu-se à aferição dos seus respectivos valores de consistência interna,

pela determinação dos valores parcelares de *alpha* de Cronbach. Os resultados desta análise de consistência encontram-se expressos na Tabela 55.

Tabela 55. Resultados de consistência interna factorial.

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	<i>Alpha</i> Cronbach Global	<i>Alpha</i> Cronbach Parcial	<i>Alpha</i> Cronbach com Item Eliminado	
P1.21 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	0,932	F1 0,912	0,901	
P1.20 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.			0,904	
P1.23 - Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.			0,899	
P1.22 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiência e segurança na realização dos exames.			0,903	
P1.24 - O Serviço de Radiologia é de confiança porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).			0,900	
P1.26 - Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.			0,898	
P1.19 - Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.			0,901	
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.			0,903	
P1.25 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).			0,912	
P1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.			0,913	
P1.8 - O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).			F2 0,882	0,852
P1.11 - O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração data/hora da marcação do exame.				0,859
P1.10 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.				0,869
P1.7 - No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.				0,865
P1.12 - O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.				0,869
P1.13 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	0,865			
P1.16 - Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram resolver o problema).	0,863			
P1.9 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	0,896			

(continua)

Tabela 55A. Resultados de consistência interna factorial (continuação).

Atributos da Satisfação e Qualidade Percebida	Alpha Cronbach Global	Alpha Cronbach Parcial	Alpha Cronbach com Item Eliminado
P1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	0,932	F3 0,717	0,678
P1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.			0,694
P1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).			0,598
P1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.			0,644
P1.15 - Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.		F4 0,773	0,619
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.	0,694		
P1.27 - Este serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos para prestar um serviço de melhor qualidade.	0,776		
P1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído dentro dos limites suportáveis.	F5 0,630	-	
P1.17 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.		-	

Fonte: Inquérito por questionário.

Segundo Pestana e Gageiro (2003), e tal como referido anteriormente, quando o *alpha* de Cronbach é inferior a 0,6 a consistência interna é inadmissível, encontrando-se entre 0,6 e 0,7 a consistência interna é fraca, entre 0,7 e 0,8 a consistência interna é razoável, entre 0,8 e 0,9 a consistência interna é boa e, sendo superior a 0,9, a consistência interna é considerada muito boa.

Pela análise da Tabela 55, tal como já referido anteriormente, pode verificar-se a existência de uma consistência interna global muito boa, pela obtenção de um valor de *alpha* de Cronbach igual 0,932 para os 27 atributos analisados. No que se refere à consistência interna parcelar, analisada por factor, verifica-se a obtenção de valores que variam entre 0,630, correspondente a uma consistência interna fraca, no factor relacionado com o “Contacto Inicial/Condições da Recepção” (F5), e 0,912, correspondente a uma consistência interna muito boa no factor relacionado com o “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade” (F1). Os restantes factores (F2, F3, F4), apresentando valores intermédios, manifestam uma consistência interna razoável/boa. No entanto, apesar de não existirem valores de consistência inadmissíveis, pode ainda verificar-se, pela análise da Tabela 55, que a eliminação de

alguns itens/atributos (P1.6, P1.9, P1.27) poderia contribuir para o aumento dos valores de *alpha* de Cronbach parcelares, aumentando a consistência interna.

Assim sendo, pela análise das tabelas apresentadas, e tendo em conta tudo o que foi descrito, pode concluir-se que a estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida, do Serviço de Radiologia em estudo, é explicada por cinco factores latentes, que em conjunto explicam 63,114% da variância total. Ainda, tendo em conta os resultados da análise de consistência interna dos factores obtidos, que apresentam valores *alpha* de Cronbach que variam de 0,630 a 0,912, pode considerar-se o modelo extraído como razoavelmente adequado. No entanto, apesar de ser considerado razoavelmente adequado, e pela existência de valores parcelares passíveis de serem melhorados, pode concluir-se que existe ainda margem de manobra para aperfeiçoamentos no modelo apresentado.

4.12. Estudo da Associação Factorial

De modo a estudar o grau de associação entre os factores extraídos, através da análise factorial, e as características gerais do Serviço de Radiologia em estudo, estabeleceu-se como hipótese nula a ausência de correlação significativa, considerando um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), e analisaram-se os valores do coeficiente de correlação de Spearman.

O coeficiente de correlação Spearman, tal como já foi referido, constitui-se como uma medida de associação que pode ser aplicada a variáveis ordinais e também a variáveis quantitativas, como a alternativa não paramétrica ao coeficiente de correlação de Pearson (Pestana e Gageiro, 2003). Um valor absoluto inferior a 0,2 indica uma associação muito baixa entre as variáveis, valores entre 0,2 e 0,39 indicam uma associação baixa, entre 0,4 e 0,69 indicam associação moderada, entre 0,7 e 0,89 são sinónimo de associação alta e entre 0,9 e 1 indicam associação muito alta, sendo um valor negativo sinónimo de variação em sentido contrário (Pestana e Gageiro, 2003).

Os resultados obtidos encontram-se expressos na Tabela 56.

Tabela 56. Correlação não paramétrica de Spearman, entre os Factores extraídos do modelo e as características gerais do serviço.

		P3.1 Qualidade Geral	P3.2 Satisfação Geral	P3.3 Imagem Geral	P3.4 Resposta Reclamações
Factor 1	Coef. Cor.	0,323**	0,403**	0,399**	0,422**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	168	168	168	109
Factor 2	Coef. Cor.	0,167*	0,305**	0,230**	0,439**
	Sig. (2-tailed)	0,030	0,000	0,003	0,000
	N	168	168	168	109
Factor 3	Coef. Cor.	0,275**	0,193*	0,228**	0,044
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,012	0,003	0,648
	N	168	168	168	109
Factor 4	Coef. Cor.	0,037	0,132	0,052	0,216*
	Sig. (2-tailed)	0,634	0,088	0,507	0,024
	N	168	168	168	109
Factor 5	Coef. Cor.	0,294**	0,266**	0,268**	0,414**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	168	168	168	109

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed); **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Inquérito por questionário.

No que se refere ao Factor 1, correspondente ao “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade”, verifica-se a existência de uma associação significativa entre o mesmo e todas as características gerais analisadas ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). No entanto, os valores mais elevados do coeficiente de Spearman são encontrados no que se refere à resposta às reclamações (0,422) e à satisfação em geral (0,403), sendo sinónimos de uma associação positiva moderada entre o “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade” e a resposta às reclamações, bem como entre o mesmo e a satisfação geral manifestada pelos inquiridos.

Pela análise do Factor 2, correspondente à “Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta”, observa-se a existência de uma associação significativa entre o mesmo e a qualidade geral, a satisfação geral, a imagem geral e resposta às reclamações ($p=0,030$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,000$, $\alpha=0,05$). No entanto, verifica-se que o valor mais elevado do coeficiente de Spearman se encontra na correlação entre este factor e a resposta às reclamações (0,439), sinónimo de uma associação positiva e moderada entre ambos.

No que concerne ao Factor 3, correspondente à “Tangibilidade”, verifica-se que este se encontra significativamente associado à qualidade geral, à satisfação geral e à imagem

geral ($p=0,000$, $p=0,012$, $p=0,003$, $\alpha=0,05$). Ainda, verifica-se que o maior valor de coeficiente de Spearman se verifica relativamente à qualidade em geral (0,275), sendo sinónimo de uma associação positiva, no entanto, de intensidade baixa entre ambos.

Analisando o Factor 4, relacionado com a “Receptividade e Capacidade de Resposta”, verifica-se, apenas, a existência de uma associação significativa entre este e a resposta às reclamações ($p=0,024$; $\alpha=0,05$), apresentando um valor de coeficiente de Spearman que corresponde a uma associação positiva, mas de baixa intensidade entre ambos (0,216).

Pela observação do Factor 5, correspondente ao “Contacto Inicial/Condições da Recepção”, verifica-se a existência de uma associação significativa entre este e todas as características gerais estudadas ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Ainda, verifica-se que o maior valor de coeficiente de Spearman (0,414) se regista relativamente à resposta às reclamações, indicando uma associação positiva e moderada entre ambos.

Pode concluir-se que existem associações significativas entre a qualidade geral, satisfação geral e imagem geral, e todos os Factores extraídos, exceptuando-se o Factor 4 (Receptividade e Capacidade de Resposta), sendo que, no que diz respeito à resposta às reclamações existem associações significativas entre a mesma e todos os factores, com excepção do Factor 3 (Tangibilidade).

No que concerne à direcção das associações verifica-se que todas são positivas, sendo que as mais intensas, embora moderadas, correspondem às associações entre o Factor 2 (Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta) e a resposta às reclamações (0,439), Factor 1 (Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade) e resposta às reclamações (0,422), Factor 5 (Contacto Inicial/Condições da Recepção) e resposta às reclamações (0,414) e Factor 1 (Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade) e satisfação geral (0,403).

Também, procedeu-se ao estudo do grau de associação entre os factores extraídos e as intenções de retorno e recomendação do Serviço de Radiologia, sendo que podem observar-se os respectivos valores, de coeficiente de correlação de Spearman, na Tabela 57.

Para um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), estabeleceu-se como hipótese nula a ausência de correlação significativa. Assim sendo, pela análise da Tabela 57, pode verificar-se uma associação significativa entre as intenções de retorno e os Factores 1, 2 e 3 ($p=0,026$, $p=0,007$, $p=0,031$; $\alpha=0,05$), bem como uma associação significativa entre as intenções de recomendação do serviço e o Factor 3 ($p=0,004$; $\alpha=0,05$).

No que se refere ao sentido das associações, as mesmas apresentam sentido negativo, ou seja, as percepções mais elevadas, no que se refere aos factores, encontram-se

associadas às melhores perspectivas de retorno e recomendação, que correspondem aos scores mais baixos de resposta. Ainda, relativamente à intensidade das associações, as mesmas variam entre muito baixa e baixa, sendo os valores absolutos mais elevados de coeficiente de Spearman encontrados na associação entre as intenções de recomendação e o Factor 3 (-0,223) e as intenções de retorno e o Factor 2 (-0,207).

Tabela 57. Correlação não paramétrica de Spearman, entre os Factores extraídos do modelo e as intenções de retorno e recomendação do Serviço de Radiologia.

		P4.1 – No caso de ter necessidade, voltaria a este Serviço de Radiologia?	P4.2 – Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Radiologia?
Factor 1	Coef. Cor.	-0,172*	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,026	0,282
	N	168	168
Factor 2	Coef. Cor.	-0,207**	-0,136
	Sig. (2-tailed)	0,007	0,079
	N	168	168
Factor 3	Coef. Cor.	-0,166*	-0,223**
	Sig. (2-tailed)	0,031	0,004
	N	168	168
Factor 4	Coef. Cor.	0,017	-0,064
	Sig. (2-tailed)	0,829	0,413
	N	168	168
Factor 5	Coef. Cor.	-0,030	0,028
	Sig. (2-tailed)	0,700	0,719
	N	168	168

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed); **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Inquérito por questionário.

Em síntese, pode verificar-se que, no que se refere às características gerais do Serviço de Radiologia estudado, todos os factores apresentam relações significativas com algumas delas, apresentando o Factor 4, apenas uma associação significativa. No que se refere às intenções de retorno, apenas os Factores 1, 2, 3 apresentam associação significativa, sendo que nas intenções de recomendação, apenas se verifica uma associação significativa, com o Factor 3. Verifica-se assim, que apesar de as associações significativas existirem, as mesmas não são completamente exaustivas, sendo que, em todos os casos analisados, a intensidade das mesmas não se mostra especialmente elevada.

5. Conclusões

A ideologia da qualidade foi-se desenvolvendo progressivamente ao longo do tempo, constituindo-se como uma realidade recente no que se refere ao contexto da saúde, a mesma é considerada como um elemento estratégico no âmbito dos actuais sistemas de saúde. Integrando-se a Radiologia, quer no sector dos serviços, quer no contexto da saúde, esta é uma realidade que se estende ao âmbito da mesma.

Apesar da qualidade se constituir como um conceito não consensual, pode constatar-se, relativamente às suas múltiplas definições, uma tendência de convergência, no que concerne à importância atribuída à satisfação dos utilizadores dos serviços.

Segundo a perspectiva do utilizador, a qualidade de um serviço é determinada, não só pelos aspectos tangíveis, mas também pelos aspectos intangíveis, associados às relações humanas. A avaliação da qualidade de serviços consiste na descrição, dos mesmos, em função dos determinantes ou atributos, mensuráveis, que se distribuem pelas diversas dimensões que os caracterizam, podendo a qualidade ser determinada pela aferição do grau de satisfação dos utilizadores com o serviço prestado.

O mesmo se aplica aos Serviços de Radiologia, sendo que, neste caso, também a satisfação dos utilizadores se considera como indicador da qualidade e da performance do serviço.

Assim sendo, para promover a melhoria da qualidade de um serviço, é importante a aferição da percepção dos seus utilizadores, de modo a que o planeamento dessas melhorias vá de encontro aos seus padrões estabelecidos. Nesta realidade, a satisfação dos utilizadores, com o serviço prestado, constitui-se como um indicador elementar e importante da qualidade do mesmo, sendo que o conhecimento e a gestão apropriada da informação recolhida, poderá permitir a implementação de medidas adequadas à melhoria contínua da qualidade.

Em função das características únicas, e especificidades técnicas, do sector da saúde, a aferição da satisfação dos utentes, apesar de insuficiente para definir a totalidade da qualidade dos serviços de saúde, torna-se essencial e necessária, no âmbito do processo global de avaliação da qualidade dos mesmos, constituindo-se como uma forma de determinação da qualidade externa, bem como uma medida de avaliação de resultados desses serviços, devendo ser estabelecida como objectivo, para qualquer serviço de saúde.

No presente estudo, procedeu-se à aferição da satisfação e qualidade percebida do Serviço de Radiologia, através da medição das percepções dos utentes, relativamente a

indicadores de tangibilidade, fiabilidade, segurança, capacidade de resposta, empatia, bem como acesso e contacto com o Serviço de Radiologia.

O instrumento de recolha de dados, adaptado a este estudo, desenvolvido por Miranda (2010), pela sua aplicação a uma realidade distinta daquela para a qual foi concebido, foi testado relativamente à sua fiabilidade, verificando-se a obtenção de um valor de consistência interna global muito boa (0,932), bem como valores de consistência interna parcelar razoável/boa (0,710 a 0,832), nas dimensões da satisfação e qualidade percebida estudadas.

Ainda, pôde verificar-se que as duas dimensões com os valores mais elevados de consistência interna (Fiabilidade/Credibilidade e Capacidade de Resposta), também são as mais valorizadas pelos inquiridos, apresentando, no que se refere às percepções dos inquiridos, as médias de resposta mais elevadas.

Relativamente ao perfil dos inquiridos, verificou-se que esta amostra se caracterizou por uma maioria de indivíduos do sexo feminino, apresentando 51% dos inquiridos uma idade superior a 51 anos. Ainda, verificou-se que prevaleceram na amostra os indivíduos casados ou em união de facto, residentes na extensão territorial do concelho de Odemira, ou seja, na proximidade geográfica do Serviço de Radiologia, reformados e com níveis baixos ou ausência de escolaridade.

Em comparação aos dados obtidos por Miranda (2010), de onde se adaptou o questionário aplicado, destacam-se, na amostra desta autora, as idades mais baixas da maioria dos inquiridos e a predominância de níveis de instrução elevados.

Cabral (2007), na avaliação da qualidade percebida dos serviços hospitalares, pelo recurso à escala Servqual, refere que esta escala exige um nível de entendimento que, dependendo do caso, poderá não ser compatível com o grau de instrução dos inquiridos.

No presente caso, considera-se que por avaliar apenas o desempenho do serviço, a escala Servperf se torna mais prática de aplicar e melhor compreensível para os inquiridos. No entanto, em virtude da amostra estudada se caracterizar pelas idades avançadas, associadas a níveis baixos ou inexistentes de instrução escolar, indo de encontro ao referido por Cabral (2007), tornou-se necessária a prestação de apoio aos indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos, quer ao nível da leitura das perguntas do questionário, quer ao nível do registo das suas respostas.

No que se refere às percepções sobre o Serviço de Radiologia, verifica-se que nos 27 atributos estudados, no âmbito das seis dimensões da satisfação e qualidade percebida, as maiores percentagens de respostas se distribuíram entre as duas opções de resposta mais elevadas (5 = “concordo totalmente” e 4 = “concordo bastante”). Relativamente aos aspectos gerais do Serviço de Radiologia verifica-se que o mesmo se repete, sendo que

na qualidade geral, satisfação geral e imagem geral, se verifica que, a maioria das respostas, recaem sobre a opção mais elevada de resposta (5 = “muito bom”) e, na resposta às reclamações, verifica-se que a maioria das respostas recaem sobre a opção imediatamente seguinte (4 = “bom”). Deste modo, pode concluir-se que a apreciação do serviço por parte dos inquiridos é bastante positiva.

Pela aplicação da análise não paramétrica de Friedman, à estrutura dos 27 atributos da satisfação e da qualidade percebida, verificou-se que os atributos mais valorizados pelos inquiridos se relacionam com a boa vontade dos Técnicos de Radiologia em ajudar, demonstrando simpatia e atenção (P1.14), com a aparência e o devido fardamento destes profissionais (P1.3), com a experiência e segurança demonstrada na realização dos exames (P1.22).

Estes resultados, colocando o enfoque nos Técnicos de Radiologia, na sua disponibilidade, aparência e competência profissional, destacam a importância da interação entre utentes e profissionais de saúde e do factor humano na satisfação dos utilizadores do serviço, indo de encontro aos resultados obtidos por Miranda (2010), Almeida et al. (2010b), Ferreira e Rodrigues (2000), Costa (2009), Pakdil e Harwood (2005), Chung et al. (1999), Weiss (1998), Swartz e Brown (1989) e Santos et al. (2007).

Por outro lado, os atributos menos valorizados relacionam-se com as condições da sala de espera e o ruído na mesma (P1.5), localização e sinalética (P1.4), bem como equipamentos (P1.1). Verifica-se, que, de modo geral, os atributos menos valorizados se prendem com os aspectos tangíveis associados ao serviço, apresentando alguma concordância com os referidos por Almeida et al. (2010b), que também referem, na base da sua ordem hierárquica, os aspectos relacionados com o ruído e as condições da sala de espera.

Deste modo, consideram-se os atributos mais valorizados como os pontos fortes do serviço estudado, sendo que os atributos menos valorizados consideram-se como os pontos fracos do mesmo. Ainda, verificando-se a existência de uma hierarquia dos atributos da satisfação e qualidade percebida, considerou-se como confirmada a terceira hipótese de investigação enunciada (HI3).

Tendo-se estabelecido a consistência interna da estrutura dos 27 atributos da satisfação e qualidade percebida, determinado os atributos, mais e menos valorizados e determinado a apreciação positiva dos inquiridos face ao serviço, procedeu-se à quantificação do nível de apreciação, pela análise das médias de resposta por dimensão e do índice de satisfação.

Relativamente às médias de resposta, verifica-se que quer no que concerne às dimensões estudadas, quer relativamente aos aspectos gerais do serviço de Radiologia,

todas as respostas apresentam scores superiores a 4 (4 = “concordo bastante”/“muito bom”).

Ainda, pela análise das médias verifica-se que a dimensão mais valorizada pelos inquiridos é a relativa à Capacidade de Resposta (4,64), sendo a menos valorizada a relativa ao Acesso e Contacto (4,28). De referir ainda, que a dimensão menos valorizada é a que apresenta uma maior heterogeneidade de respostas, denotando, deste modo, uma menor concordância de percepções relativas aos atributos que engloba.

Relativamente às características gerais do Serviço de Radiologia, verifica-se que a mais valorizada se prende com a satisfação geral (4,54) e a menos valorizada com a resposta às reclamações/problemas (4,30). Este valor de *score* mais baixo, relativamente à resposta às reclamações, vai de encontro aos dados obtidos por Miranda (2010), cujo questionário se adaptou para aplicação no presente estudo. Ainda, e também em concordância com os dados obtidos por Miranda (2010), verifica-se que apesar da proximidade das médias, a satisfação geral (4,54) apresenta uma média de respostas superior à qualidade geral (4,43).

No que concerne ao índice de satisfação global, verifica-se que, considerando quer os 27 atributos da estrutura principal do questionário, quer as 4 características gerais do Serviço de Radiologia, o índice aferido é igual a 89,2%. Pode concluir-se, assim, a existência de um patamar de “satisfação total” com o Serviço de Radiologia estudado.

Deste modo, considerando as elevadas médias de resposta, quer relativamente aos indicadores de tangibilidade, fiabilidade, segurança, capacidade de resposta, empatia, acesso e contacto, quer relativamente aos indicadores de qualidade gerais (qualidade geral, satisfação geral, imagem geral e resposta às reclamações), consideraram-se como confirmadas as duas primeiras hipóteses de investigação enunciadas (HI1 e HI2), permitindo concluir que os utentes demonstram satisfação relativamente ao serviço prestado, bem como relativamente às características gerais do Serviço de Radiologia.

No que se refere às diferenças de percepção, relativas à satisfação e qualidade gerais, as mesmas foram estudadas em função da prioridade do exame e das variáveis-sócio-demográficas.

Pela aplicação do teste, não paramétrico, de Mann-Whitney confirmou-se a existência de diferenças significativas, quer na qualidade geral, quer na satisfação geral, em função do exame ser urgente ou marcado, sendo que, pela análise de estatística descritiva se verificou a presença de *scores* de resposta mais elevados nos exames agendados. Assim sendo, pela existência de diferenças significativas, em função da prioridade do exame, considerou-se como confirmada a quarta hipótese de investigação enunciada (HI4).

No que se refere à qualidade geral, verificou-se a não existência de diferenças significativas, relativamente à sua percepção, em função das variáveis sócio-demográficas. No entanto, no que concerne à satisfação geral, verificou-se a existência de diferenças significativas de percepção, em função das variáveis grupo etário e situação profissional. Deste modo, e tendo em conta os resultados referentes à satisfação geral, verifica-se, em virtude da associação significativa apenas a algumas das variáveis sócio-demográficas, a confirmação parcial da quinta hipótese de investigação enunciada (HI5).

Relativamente às diferenças em função da variável grupo etário, verificou-se, pela análise de estatística descritiva, que as médias de resposta aumentam progressivamente, com o aumento da idade. Estes resultados coincidem com as observações de Hall e Dornan (1990), Larson (1999), Lopes (2007) e Ferreira e Rodrigues (2000), que referem, com o aumento da idade, a tendência a avaliações de satisfação e qualidade mais elevadas, sendo que, também Fox e Storm (1981 como citados em Lopes, 2007a) identificam a importância da variável idade, enquanto preditora da satisfação.

No que concerne às diferenças em função da variável situação profissional, observou-se, através da análise de estatística descritiva, que as médias mais altas de resposta se encontram nas categorias correspondentes aos desempregados e aos reformados.

Estes resultados, na categoria dos reformados, vão de encontro aos dados observados relativamente aos grupos etários. Constituindo-se os reformados, tendencialmente, como um grupo de idade mais avançada, os *scores* mais elevados de resposta poderão estar associados à idade dos inquiridos.

Segundo Miranda (2010), as intenções de retorno e recomendação do Serviço de Radiologia podem constituir-se como preditoras da satisfação e da fidelização dos utilizadores aos serviços. No que se refere a estas questões, verificou-se que a grande maioria dos inquiridos manifestaram, quer a intenção de retorno ao serviço em caso de necessidade (84,3%), quer a intenção de recomendação do mesmo a amigos/familiares (77,9%), confirmando a sexta hipótese de investigação enunciada (HI6).

No que concerne à associação entre as intenções de retorno e as características gerais do Serviço de Radiologia, pela análise do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se uma associação significativa entre a mesma e a qualidade geral, satisfação geral, imagem geral e resposta às reclamações. Verificou-se também que a associação de maior intensidade se verifica em relação à imagem geral, sendo que a de menor intensidade é relativa à resposta às reclamações/problemas.

Segundo Cronin e Taylor (1992, 1994), apesar da qualidade do serviço exercer influência sobre as intenções de retorno dos utilizadores, a satisfação apresenta um efeito mais forte e consistente sobre as mesmas. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao referido, sendo que a satisfação geral, apesar de apresentar uma associação menos intensa que a imagem geral, no que concerne às intenções de retorno, apresenta, ainda assim, uma associação mais forte do que a verificada entre as intenções de retorno e a qualidade geral.

No que se refere às intenções de recomendação do Serviço de Radiologia, verifica-se que a mesma se encontra significativamente associada à qualidade geral, satisfação geral e imagem geral, apresentando, tal como nas intenções de retorno, uma associação mais intensa com esta última.

Assim sendo, e verificando-se a existência de uma associação significativa entre a satisfação geral e as intenções de retorno e recomendação do Serviço de Radiologia, procedeu-se à confirmação da sétima hipótese de investigação enunciada (H17).

Ainda, no âmbito do presente estudo, procedeu-se à execução de uma análise factorial de componentes principais, de modo a testar, relativamente ao Serviço de Radiologia estudado, a estrutura de seis dimensões dos atributos da satisfação e qualidade percebida, utilizada no questionário aplicado.

Pela aplicação desta técnica estatística, verificou-se que foram extraídos 5 factores principais, da estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida, que representam, em conjunto, 63,11% da variância observada relativamente ao Serviço de Radiologia estudado.

O Factor 1, englobando 10 atributos da satisfação e qualidade percebida, explica 38,698% da variância total, encontrando-se relacionado com o “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade”; o Factor 2, englobando 8 atributos, explica 9,277% da variância total, encontrando-se relacionado com “Fiabilidade no Acesso, Contacto e Capacidade de Resposta”; o Factor 3 engloba 4 atributos, explicando 6,363% da variância e encontrando-se relacionado com a “Tangibilidade”; o Factor 4 engloba 3 atributos e explica 4,579% da variância total, encontrando-se relacionado com a “Receptividade e Capacidade de Resposta”; o Factor 5 engloba 2 atributos e, explicando 4,197%, encontra-se relacionado com o “Contacto Inicial/Condições de Recepção”.

O Factor 1, denominado “Desempenho Profissional Empático, com Segurança e Credibilidade”, apresenta como núcleo vários atributos associados à competência profissional dos Técnicos de Radiologia, indo de encontro aos estudos de Ramsaran-Fowdar (2005), que identificou a competência profissional como uma dimensão adicional

às cinco genéricas, comuns à escala Servqual e Servperf, e aos estudos de Swartz e Brown (1989), que sugeriram uma dimensão profissionalismo e competência a ser aplicada no estudo da qualidade em serviços de saúde.

Pode, deste modo, concluir-se que o Factor 1 é o responsável pela maior percentagem de variância total explicada, sendo que não se confirmaram as seis dimensões da qualidade e satisfação percebida inicialmente conceptualizadas.

A não confirmação das dimensões inicialmente conceptualizadas vai de encontro ao referido por Carman (1990 como citado em Lee, et al., 2000), que refere que o número de dimensões da qualidade não se mantém constante nos diferentes serviços estudados, sendo que, tal como referido por Babakus e Mangold (1992) e Lee et al. (2002), se verifica a necessidade de reunião de esforços para o estudo e determinação das dimensões da qualidade adequadas ao estudo dos serviços de saúde.

Também, a não verificação das seis dimensões iniciais promoveu a confirmação da oitava hipótese de investigação enunciada (H18), que previa a discordância entre a estrutura dos atributos utilizada e a estrutura dos atributos do Serviço estudado.

Ainda, após a extracção factorial, procedeu-se a um estudo de fiabilidade dos factores obtidos, sendo que os valores de consistência interna factoriais variam entre 0,630, para o Factor 5, e 0,912, para o Factor 1. Deste modo, pode concluir-se que o modelo extraído se considera razoavelmente adequado, sendo que pela existência de valores parcelares passíveis de serem melhorados, com a eliminação de atributos específicos, pode concluir-se que existe, ainda, margem de manobra para aperfeiçoamentos no modelo apresentado.

Em adição, procedeu-se também ao estudo da associação factorial com as características gerais do Serviço de Radiologia, bem como com as intenções de retorno e recomendação do mesmo.

Pela análise destas associações, pôde verificar-se que existem associações significativas entre a qualidade geral, satisfação geral e imagem geral, e todos os Factores extraídos, com excepção do Factor 4 (Receptividade e Capacidade de Resposta). Ainda, no que se refere à resposta às reclamações/problemas, existem associações significativas entre a mesma e todos os Factores extraídos, exceptuando-se o Factor 3 (Tangibilidade). Também, as intenções de retorno apresentam uma associação significativa com os Factores 1, 2 e 3, sendo que as intenções de recomendação do serviço apenas apresentam uma associação significativa com o Factor 3. Verificou-se ainda, pelos valores de coeficiente de correlação de Spearman, que em todos os casos referidos, valores factoriais mais elevados correspondem a percepções

mais favoráveis, quer em termos de características gerais, quer em termos de intenções de retorno e recomendação do serviço.

Pode, deste modo, concluir-se que apesar das associações factoriais, significativas, existirem, as mesmas não são completamente exaustivas, sendo que em todos os casos analisados, a intensidade das mesmas não se verifica particularmente elevada.

Em síntese e considerando tudo o que foi referido, considera-se que os objectivos específicos propostos foram atingidos e, dando resposta à questão de investigação inicialmente enunciada, pode estabelecer-se, como derradeira conclusão do estudo realizado, que os utilizadores do Serviço de Radiologia, do Centro de Saúde de Odemira, se encontram, de modo global, “totalmente satisfeitos” com os serviços prestados pelo mesmo.

Considerando a inexistência de investigações perfeitas, no que concerne ao presente estudo, podem referir-se a existência de algumas dificuldades e limitações.

Relativamente às dificuldades encontradas, contrariamente ao esperado, as mesmas não surgiram por parte dos utentes do serviço, que demonstraram grande disponibilidade e adesão ao preenchimento dos questionários. As principais dificuldades foram encontradas ao nível da colaboração de alguns dos Técnicos de Radiologia, que dificultaram o procedimento de recolha de dados, pela não entrega dos questionários aos utilizadores do serviço. Também, em virtude dos baixos níveis de escolaridade, da maioria dos utilizadores do serviço, não foi possível a realização do estudo com recurso exclusivo ao inquérito por questionário, de autopreenchimento, tendo-se verificado necessária a prestação de assistência neste procedimento.

No que concerne às limitações, uma delas encontra-se relacionada com a escolha do estudo de caso, que permitindo o conhecimento intensivo do universo estudado, também acarreta a impossibilidade de generalizações para além do mesmo. Também, a consciência dos Técnicos de Radiologia, relativamente ao estudo desenvolvido e ao questionamento dos utentes do serviço sobre algumas vertentes da sua prática profissional, poderá ter promovido a alteração das suas práticas habituais de trabalho, pela atenção acrescida aos aspectos da sua interacção com os utentes. Ainda, não se exclui que a prestação de assistência no preenchimento do questionário, nos casos de indivíduos com baixos níveis de escolaridade, possa ter exercido algum grau de influência nas opiniões manifestadas pelos utentes do serviço.

Relativamente a propostas de investigação futuras, nesta linha de investigação, sugerem-se:

- Em virtude de se observarem, no modelo factorial extraído, atributos cuja eliminação contribuiria para o aumento da consistência interna factorial, um estudo mais

aprofundado do modelo de análise obtido, de modo a permitir, quer a redução do número de atributos que caracterizam o serviço estudado, quer o aumento dos valores de consistência interna factoriais;

- Dado se terem verificado diferenças significativas no nível de satisfação geral, em função do exame realizado ser urgente ou agendado, propõe-se a continuação de estudos nesta vertente, com o objectivo de se verificarem se existem diferenças entre ambos, em termos da estrutura dos atributos da satisfação e qualidade percebida;
- Promover a aplicação do modelo da qualidade utilizado neste estudo, trabalhando, no entanto, a redução do número total de questões, de modo a promover uma maior rapidez no preenchimento do questionário e uma maior adesão por parte dos inquiridos;
- Desenvolver um estudo de satisfação dos utentes, englobando os diferentes Serviços de Radiologia integrados no ACES Alentejo Litoral, de modo a permitir a análise dos resultados globais, bem como dos resultados comparativos;
- Desenvolver um estudo integrado, de satisfação dos utilizadores externos do Serviço de Radiologia, e de satisfação dos colaboradores internos do mesmo;
- No seguimento do presente estudo, promover a implementação de um programa de monitorização e reavaliação periódica da satisfação dos utilizadores, de modo a permitir o seguimento da evolução temporal das percepções manifestadas, bem como a permitir avaliar a resposta às eventuais medidas interventivas aplicadas.

6. Propostas para uma Intervenção Sócio-Organizacional

Tendo-se estabelecido a satisfação dos utilizadores como um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde, a mesma filosofia se transpõe aos Serviços de Radiologia, sendo que, também neste caso, a satisfação dos utentes se considera como indicador da qualidade e da performance do serviço.

Constituindo-se o utente como a peça central do SNS, o conhecimento das suas percepções, embora não defina na totalidade a qualidade de um serviço de saúde, permite que as propostas de melhoria contínua da qualidade sejam alinhadas de acordo com as suas necessidades e expectativas, promovendo a sua integração na construção e gestão do mesmo.

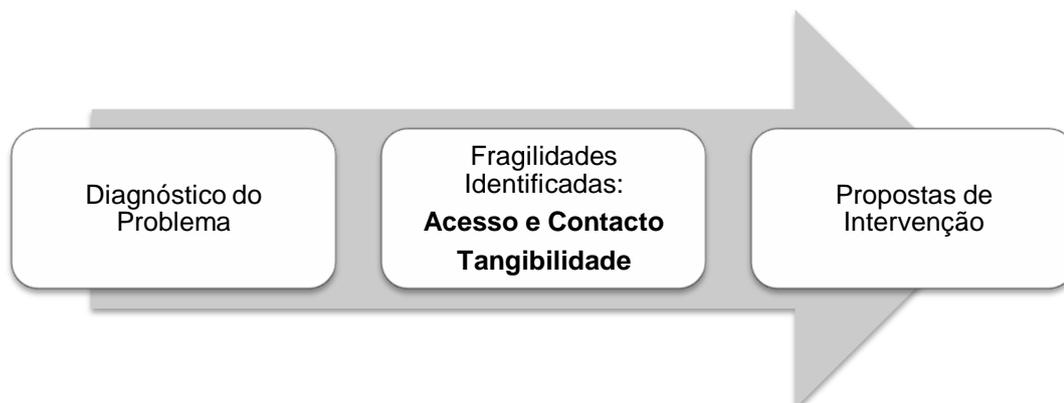
No seguimento do trabalho levado a cabo, e tendo em conta os resultados descritos, relativamente às percepções dos utentes sobre o Serviço de Radiologia do CSO, serão apresentadas algumas recomendações e sugestões, quer com vista ao fortalecimento das áreas de maior fragilidade detectadas, quer com vista ao reforço dos pontos fortes identificados.

Verificou-se, nos resultados apresentados, que relativamente às dimensões da qualidade percebida, as menos valorizadas pelos inquiridos se referem ao acesso e contacto com o Serviço de Radiologia e à tangibilidade, sendo que, comparativamente às restantes dimensões, estas são as que apresentam um menor valor médio de respostas.

A dimensão, acesso e contacto com o Serviço de Radiologia, engloba aspectos relacionados com a acessibilidade e disponibilidade do serviço, bem como aspectos particulares do contacto do utilizador com o mesmo, verificando-se que dois dos seus atributos foram incluídos nos pontos considerados mais fracos pelos utilizadores do serviço. Esses atributos são o que se refere às condições da sala de espera e ao nível de ruído na mesma, bem como o que reporta à comparação, com outros, dos recursos técnicos e humanos do serviço, para a prestação de um serviço de melhor qualidade.

A tangibilidade encontra-se associada aos aspectos físicos das instalações, à sua aparência, limpeza e equipamentos, bem como à apresentação dos profissionais, sendo que se verifica que três dos atributos que a integram foram considerados como pontos fracos, pelos utentes do serviço. Esses atributos são os que se reportam à qualidade das instalações e equipamentos, bem como ao acesso e sinalética. Verifica-se que, apesar de ser uma das dimensões com menor média de respostas, o atributo relacionado com a aparência e fardamento dos Técnicos de Radiologia, não segue esta tendência, tendo sido considerado, contrariamente aos outros atributos desta dimensão, como um dos pontos fortes do serviço estudado.

Figura 13. Identificação de fragilidades.



Fonte: Elaboração própria.

Assim sendo, torna-se importante o desenvolvimento de acções de melhoria ao nível das condições das instalações do serviço, do conforto na sala de espera (partilhada com o SUB), da acessibilidade ao serviço, da sinalética e da comunicação da informação.

Relativamente a estas dimensões, e considerando os pontos mais fracos identificados pelos utilizadores do serviço, sugerem-se:

- Promover a melhoria das condições da sala de exame, pela realização de obras de correcção das fissuras nas paredes, bem como pela renovação da pintura;
- Proceder à substituição das actuais cadeiras de apoio dos vestiários, por cadeiras novas, mais confortáveis e com melhor aspecto visual;
- Substituir os actuais *posters* informativos, existentes na sala de exame, por *posters* de maiores dimensões, coloridos e com melhor aspecto gráfico;
- Promover quer o conforto, quer a melhoria das condições estéticas na sala de espera;
- Colocar na sala de espera cartazes de advertência, com apelo ao respeito pelos restantes utentes e à manutenção do ruído a níveis mínimos;
- Promover a melhoria do acesso ao serviço, pela implementação de um sistema de sinalética, que facilite o percurso dos utilizadores do serviço, desde a sala de espera até à sala de exame;
- Melhorar a comunicação do serviço com os seus utilizadores, pela concepção de folhetos informativos, sobre aspectos gerais do funcionamento do serviço, bem

como folhetos explicativos, relativamente aos procedimentos radiológicos realizados.

Ainda, considerando os aspectos globais do Serviço de Radiologia estudado, verificou-se que o determinante menos valorizado se relaciona com a resposta às reclamações/problemas. No âmbito da ENQS, uma das prioridades adoptadas é a avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utentes do SNS. Nesta linha de pensamento, sugere-se a formação dos assistentes técnicos, que desempenham funções na recepção do Serviço de Radiologia, para a gestão adequada das reclamações/sugestões dos utilizadores do serviço.

Também, na inexistência actual de uma, crê-se benéfica a criação de uma caixa de sugestões para a Radiologia, de modo a contribuir, quer para o conhecimento das opiniões dos utentes, quer para a promoção do envolvimento dos utentes na melhoria contínua da qualidade do mesmo. Crê-se que a sua implementação iria promover uma nova dinâmica no tratamento da informação, contribuindo para o apoio do diagnóstico sócio-organizacional.

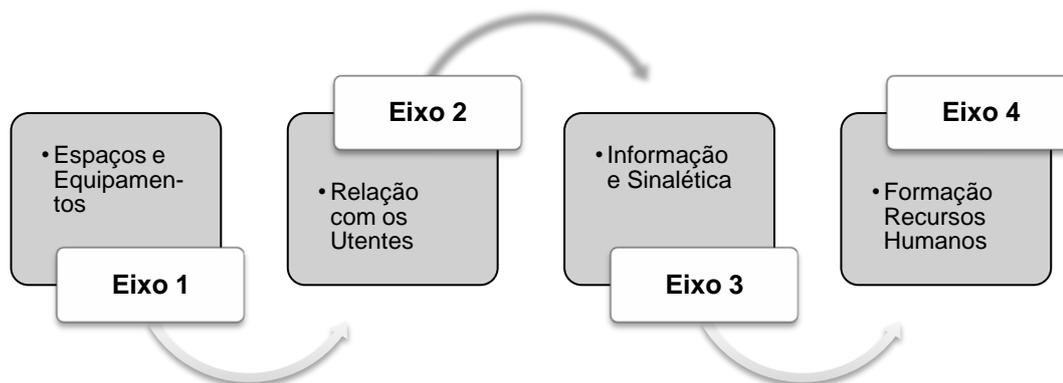
No que se refere aos pontos fortes identificados pelos utilizadores do serviço, os mesmos consistem na boa vontade dos Técnicos de Radiologia em ajudar, demonstrando simpatia e atenção, na aparência e devido fardamento destes profissionais, na experiência e segurança demonstrada na realização dos exames, na disponibilidade dos Técnicos de Radiologia para ajudar, e na sua resposta às solicitações dos utentes, mesmo quando ocupados. Verificou-se, deste modo, que estes pontos fortes se focam nos Técnicos de Radiologia, destacando a importância da sua interacção com os utentes do serviço.

Assim sendo, verificando-se a importância do factor humano para a satisfação dos utilizadores do serviço, sugere-se que a organização promova a satisfação dos seus profissionais, de modo a motivar os mesmos para a satisfação dos utilizadores externos do serviço. Sugere-se, neste âmbito, a melhoria da comunicação intra-organizacional, um maior esforço da gestão para o envolvimento organizacional dos seus profissionais, o desenvolvimento de acções de formação de carácter técnico, bem como a promoção de acções de formação para o desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal.

Em suma, tendo em conta as fragilidades detectadas, recomendam-se quatro eixos de intervenção (Figura 14):

- Eixo 1 – Espaços e Equipamentos; Eixo 2 – Relação com os Utes; Eixo 3 – Informação e Sinalética; Eixo 4 – Formação de Recursos Humanos.

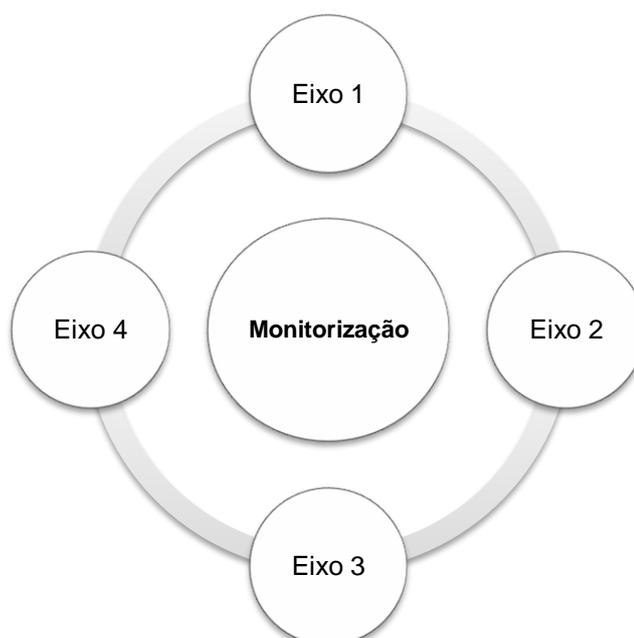
Figura 14. Eixos de intervenção.



Fonte: Elaboração própria.

Também, de modo a proceder-se à monitorização das medidas efectivadas, sugere-se a implementação de um programa de avaliação periódica da satisfação dos utilizadores externos, em articulação com um programa similar, de avaliação periódica da satisfação profissional. A monitorização constitui-se como um pilar de suporte aos quatro eixos da estratégia de intervenção (Figura 15).

Figura 15. Dinâmica da monitorização com os eixos de intervenção.



Fonte: Elaboração própria.

Em suma, crê-se que uma intervenção organizacional em torno dos quatro eixos descritos, se torne benéfica, quer para colmatar as fragilidades detectadas, quer na maximização dos pontos fortes identificados.

7. Bibliografia

7.1. Bibliografia Geral

Adami, N. P. (2000). A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem (Número Especial, Parte I). *Acta Paulista Enfermagem*, 13, 190-196.

Adami, N. P., e Maranhão, A. M. S. A. (1995). Qualidade dos Serviços de Saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paulista Enfermagem*, 8(4), 47-55.

Akerman, M., e Nadanovsky, P. (1992). Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o Quê?. *Cadernos Saúde Pública*, 8(4), 361-365.

Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D., e Georges, P. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (Vol. 40, 2ª ed.). (Trajectos). (L. Batista, Trad.). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1995).

Alderson, P. O. (2000). Noninterpretive Skills for Radiology Residents: Customer service and satisfaction in Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 175, 319-323.

Almeida, M. H., Lopes, A. I., e Silva, C. A. da (2010a). Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela Joint Commission International. In C. A. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira (Eds.). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas* (Número Temático 1, pp. 115-132). (Coleção TMQ Qualidade). Edições Sílabo.

Almeida, R. P., Silva, C. A., Ribeiro, L. P., Abrantes, A. F., José, H., e Ribeiro, A. (2010b). Qualidade em Radiologia: Análise da percepção da Qualidade e Satisfação em dois Serviços de Radiologia distintos, segundo os utentes da consulta externa. *Acta Radiológica Portuguesa*, XXII(88), 23-32.

Babakus, E., e Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-86.

Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., Santos, P. M. F., e Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Revista Referência*, II(12), 57-69.

Bell, J. (2008). *Como Realizar um Projecto de Investigação* (Vol. 38, 4ª ed.). (Trajectos). (M. J. Cordeiro, Trad.). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1993).

Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*, (6), 6-10.

- Brandão, H. P., e Guimarães, T. A.** (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?. *Revista de Administração de Empresas*, 41(1), 8-15.
- Brandão, M. L.** (2005). Pedagogia Médica - Tema: Quadros, Tabelas e Figuras. *Revista da SOCERJ*, 18(6), 566-568.
- Brown, S. W., e Swartz, T. A.** (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, 53(2), 92-98.
- Bosi, M. L. M., e Uchimura, K. Y.** (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. *Rev Saúde Pública*, 47(1), 150-153.
- Cabral, L. L. D.** (2007). Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos factores críticos de sucesso e a escala Servqual. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Campos, C. E. A.** (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde (Supl 1). *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 5, 563-569.
- Carolino, E.** (2003). Questionários – da concepção à avaliação da qualidade. *Mini-Curso da Conferência de Estatística e Qualidade na Saúde*, Lisboa, Portugal, II.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., e Delbanco, T. L.** (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*, 10(4), 254-267.
- Costa, S. G.** (2009). *Satisfação dos pacientes da Clinimagem com relação aos exames de ultrassonografia*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Cronin, J. J., e Taylor, S. A.** (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin Jr, J. J., e Taylor, S. A.** (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Deshaies, B.** (1992). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Donabedian, A.** (1969). Part II - some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59(10), 1833-1836.

- Donabedian, A.** (1981). Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?. *American Journal of Public Health*, 71(4), 409-412.
- Donabedian, A.** (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology laboratory medicine*, 114(11),1115-1118.
- Donabedian, A.** (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of pathology laboratory medicine*, 121(11), 1145-1150.
- Donabedian, A.** (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Eiriz, V., Figueiredo, J. A.** (2004). Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, (3)4, 20-28.
- Esperidião, M., e Trad, L. A. B.** (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência Saúde Coletiva*, 10.
- Esperidião, M. A., e Trad, L. A. B.** (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.
- Fadel, M. A. V., e Regis Filho, G. I.** (2009). Percepção da qualidade em serviços de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), 7-22.
- Faria, P. L. de, e Moreira, P. S.** (2009). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Revista Nacional de Saúde Pública* 27(2), 103-106.
- Ferreira, A., e Rodrigues, A. T.** (2000). *Uma avaliação da satisfação do utente*. Trabalho de Investigação Aplicada em Radiologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ferreira, P. L., e Seco, O. M.** (1993). Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37, 159-172.
- Fitzpatrick, R.** (1991). Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ British Medical Journal*, 302(6781), 887-889.
- Fortin, M.-F.** (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). (N. Salgueiro Trad). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996).
- Ghiglione, P., e Matalon, B.** (2001). *O inquérito: teoria e prática* (4ª ed.). (C. L. Pires Trad.). Oeiras: Celta (Obra original publicada em 1977).
- Garvin, D. A.** (1984). What Does "Product Quality" Really Mean?. *Sloan Management Review*, 26(1), 25-43.

- González-Valentín, A., Padín-López, S., e Ramón-Garrido, E.** De (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63-72.
- Grönroos, C.** (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Gupta, H. D.** (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Provider's Perspective. *Journal of Management Research*, 8(1), 18-28.
- Hall, J. A., e Dornan, M. C.** (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science medicine*, 30(7), 811-818.
- Hart, M.** (1996). Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1234-1240.
- Hercos, B. V. S., e Berezovsky, A.** (2006). Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq Bras Oftalmol*, 69(2), 213-219.
- Hiidenhovi, H., Nojonen, K., e Laippala, P.** (2002). Measurement of outpatients' views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 59-67.
- Hill, M. M., e Hill, A.** (2002). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Howard, J. A., e Sheth, J. N.** (1969). A Theory of Buyer Behavior. *Journal of Advertising Research*, 467-487.
- Jain, S. K., e Gupta, G.** (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *Vikalpa*, 29(2), 25-37.
- Kelly, A. M., Cronin, P., e Dunnick, N. R.** (2007). Junior faculty satisfaction in a large academic radiology department. *Academic Radiology*, 14(4), 445-454.
- Kahn, C. E., Langlotz, C. P., Burnside, E. S., Carrino, J. A., Channin, D. S., Hovsepian, D. M., e Rubin, D. L.** (2009). Toward best practices in radiology reporting. *Radiology*, 252(3), 852-856.
- Krumholz, H. M.** (2009). Outcomes Research: Myths and Realities. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2, 1-3.

- Lam, S. S. K.** (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management Business Excellence*, 8(4), 145-152.
- Larsson, B. W.** (1999). Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 693-700.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., e Kim, C.** (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48(3), 233-246.
- Lima, C. R. M. de, e Lima, C. R. M de** (1998). A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 38(2), 62-73.
- Lobo, L.** (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26(2), 367-371.
- Lopes, H.** (2007a). Medição da Percepção da Qualidade de Serviços: Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Lourenço, R.** (2010). Portugal: centros de saúde, qualidade e governação clínica. In C. A. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira (Eds.). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas* (Número Temático 1, pp. 33-40). (Colecção TMQ Qualidade). Edições Sílabo.
- Maia, M. A., Salazar, A. M. B. K., e Ramos, P. M.G.** (2007). A adequação dos modelos servqual e servperf na medição da qualidade de serviço: o caso RAR Imobiliária. In J. C. A. Calvo y grupo de investigación Fedra (Coord). *Conocimiento, innovación y emprendedores: camino al futuro* (1802-1813). Logroño: Universidad de La Rioja.
- Mamede, F., Cortês, G., e Macedo, A.** (2010). Implementação e manutenção de um Sistema de Gestão de Qualidade no serviço de imagiologia geral do CHLN – HPV. *Boletim Hospital Pulido Valente*, XXIII(1), 82-86.
- Marchetti, R., e Prado, P. H. M.** (2001). Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *Revista de Administração de Empresas*, 41(4), 56-67.
- Maroco, J.** (2010). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, C. A. de, e Veiga, R. T.** (2000). Avaliação da qualidade percebida de serviços: um estudo em uma organização não-governamental. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 7(3), 27-38.

- Maxwell**, R. J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*, 1(3), 171-177.
- Mezomo**, J. C. (2001). Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole.
- Miguel**, P. A. C., e **Salomi**, G. E. (2004). Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*, 14(1), 12-30.
- Miranda**, D. M. L. (2010). Compreender os atributos da qualidade percebida pelos utentes/doentes/clientes dum Hospital Privado da região de Lisboa. Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Évora/Lisboa, Portugal.
- Newsome**, P. R., e **Wright**, G. H. (2009). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165.
- Novaes**, H. M. D. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(5), 547-559.
- Oening**, K. S. (2010). Pluralismo teórico na gestão estratégica: a compreensão da vantagem competitiva a partir da harmonização de perspectivas antagónicas. *Revista de Negócios*, 15(29), 45-56.
- Oliver**, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- Oliver**, R. L. (1981). Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25-48.
- Ondategui-Parra**, S., **Bhagwat**, J. G., **Gill**, I. E., **Nathanson**, E., **Seltzer**, S., e **Ros**, P. R. (2004a). Essential practice performance measurement. *Journal of the American College of Radiology JACR*, 1(8), 559-566.
- Ondategui-Parra**, S., **Bhagwat**, J. G., **Zou**, K. H., **Gogate**, A., **Intriere**, L. A., **Kelly**, P., **Seltzer**, S. E., et al. (2004b). Practice management performance indicators in academic radiology departments. *Radiology*, 233(3), 716-722.
- Ondategui-Parra**, S., **Erturk**, S. M., e **Ros**, P. R. (2006). Survey of the use of quality indicators in academic radiology departments. *Ajr American Journal Of Roentgenology*, 187(5), 451-455.
- Øvretveit**, J., e **Gustafson**, D. (2002). Evaluation of quality improvement programmes. *Qual Saf Health Care*, 11, 270-275.

Pakdil, F., e Harwood, T. N. (2005). Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using Servqual Dimensions. *Total Quality Management*, 16(1), 15-30.

Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., e Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., e Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

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

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

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

Pizam, A., e Ellis, T. (1999). Customer satisfaction and its measurement in hospitality enterprises. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 11(7), 326-339.

Quintino, P., e Saraiva, M. (2010). Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS. In C. A. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira (Eds.). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas* (Número Temático 1, pp. 65-92). (Coleção TMQ Qualidade). Edições Sílabo.

Quivy, R., e Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais (3ª ed.)*. (J. M. Marques, M. A. Mendes e M. Carvalho Trad.). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1995).

Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(3/4), 428-443.

Reis, E. J. F. B. dos, Santos, F. P. dos, Campos, F. E. de, Acúrcio, F. A., Leite, M. T. T., Leite, M. L. C., Cherchiglia, M. L., e Santos, M. A. dos (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1), 50-61.

Revez, S. C., e Silva, C. A. da (2010). Visão simbiótica de qualidade em saúde – busca contínua pela melhoria. In C. A. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira (Eds.). *A qualidade numa*

perspectiva multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas (Número Temático 1, pp. 41-51). (Colecção TMQ Qualidade). Edições Sílabo.

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., e Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Millenium*, (35), 1-21.

Rosa, J.R.C. da, Queiroz, F. C. B. P., Queiroz, J. V. Q., e Hekis, H. R. (2011). Gestão da qualidade de um sector de Radiologia Hospitalar: um estudo no centro de diagnóstico por imagem. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 1-13.

Salomi, G. G. E., Miguel, P. A. C., e Abackerli, A. J. (2005). Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão e Produção*, 12(2), 279-293.

Seraponi, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.

Silva, A. S., e Pinto, J. M. (Orgs.). (1990). *Metodologia das Ciências Sociais* (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Silva, C. A. da, Braga, D., Fialho, J., e Saragoça, J. (2011). *Estudo da satisfação dos utentes e colaboradores da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2010): Uteses dos Centros de Saúde e dos Hospitais, e grupos profissionais da ULSBA* (Relatório de Final/2011). Universidade de Évora.

Silva, C. A. da, Saraiva, M. e Teixeira, A. (Eds.). (2010). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas* (Número Temático 1). (Colecção TMQ Qualidade). Lisboa: Edições Sílabo.

Silva, C. R. R. G., e Rodrigues, V. M. C. P. (2011). O que dizem os pacientes dos serviços privados de Radiologia: Portugal. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 425-435.

Silva, L. M. V. da, e Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cadernos Saúde Pública*, 10(1), 80-91.

Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P. M., e Van Der Pasch, M. A. (1998). Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Medical Care*, 36(2), 212-229.

Sohail, M. S. (2003). Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197-206.

Starey, N. (2001). What is Clinical Governance? (What is series). *Bandolier Extra*, 1(12), 1-8.

Sousa, P. J. S. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. A. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira (Eds.). *A qualidade numa perspectiva*

multi e interdisciplinar: Qualidade e Saúde – perspectivas e práticas (Número Temático 1, pp. 19-31). (Colecção TMQ Qualidade). Edições Sílabo.

Swan, J. E., Sawyer, J. C., Van Matre, J. G., e McGee, G. W. (1985). Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects [Versão electrónica]. *Journal of Health Care Marketing*, 5(3), 7-18.

Tavares, D. (2007). *Escola e identidade profissional: o caso dos Técnicos de Cardiopneumologia* (Vol. 9). (Caminhos do Conhecimento). Lisboa: Edições Colibri.

Uchimura, K. Y., e Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 18(6), 1561-1569.

Ueltschy, L. C., Laroche, M., Man, Z., Cho, H., e Ren, Y. W. (2009). Is there really an Asian connection? Professional service quality perceptions and customer satisfaction. *Journal of Business Research*, 62(10), 972-979.

Urdan, A. T. (2001). A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas*, 41(4), 44-55.

Vuori, H. (1991). Patient satisfaction--does it matter?. Quality assurance in health care. *The official journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care ISQA*, 3(3), 183-189.

Weiss, G. L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care*, 26(4), 383-392.

Wisniewski, M., e Donnelly, M. (1996). Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL. *Total Quality Management Business Excellence*, 7(4), 357-366.

Yesilada, F., e Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *Journal of Business*, 4(6), 962-971.

Zanon, U. (2001). *Qualidade da assistência médico-hospitalar. Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: Medsi.

7.2. Bibliografia Electrónica

Alto Comissariado da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Pensar Saúde (Boletim Informativo 1), Ministério da Saúde, Lisboa. Acedido em 8 de Outubro, 2011, de http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/2010-03-05_PensarSaude_nr1-2.pdf

Alto Comissariado da Saúde (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Eixos Estratégicos Qualidade em Saúde (Versão de Discussão), Ministério da Saúde, Lisboa. Acedido em 19 de Dezembro, 2011, de http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf

Assada, R. M. (2001). A equipe como vetor de qualidade. *Jornal do Site Odonto*, III(48). Acedido em 18 de Outubro, 2011, de <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/ricardo/artrricardo9.htm>

Barros, P. P. (1998, setembro). Custos e Qualidade. In *Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria*, Lisboa, Portugal. Acedido em 23 de Setembro, 2011, de <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/rslvt.pdf>

Barros, P. P. (1999, maio). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. In *Colóquio-debate Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde*, Lisboa, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/ac-ciencias.pdf>

Conselho Local de Acção Social de Odemira (2005). *Programa da Rede Social: Pré-Diagnóstico do Concelho de Odemira* (Relatório de Pesquisa/2005), Odemira, Alentejo. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de http://www.cm-odemira.pt/PT/Documents/accao_social/Pr%C3%A9-Diagn%C3%B3stico%20do%20Concelho%20de%20Odemira.pdf

Conselho Local de Acção Social de Odemira (2006). *Programa da Rede Social: Diagnóstico Social do Concelho de Odemira* (Relatório de Pesquisa/2006), Odemira, Alentejo. Acedido em 27 de Outubro, 2011, http://www.cm-odemira.pt/PT/Documents/accao_social/Diagn%C3%B3stico%20Social%20de%20Odemira.pdf

Coordenação Estratégica Cuidados Saúde Primários (2011). Governação Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários: O que é? Para que serve? Como fazer? [Documento de trabalho em estudo – versão 20011.05.25]. Ministério da Saúde, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf

Direcção-Geral da Saúde (1999). Programa Nacional de Acreditação em Saúde [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf

Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Prioridades (Volume I), Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf

Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Orientações Estratégicas (Volume II), Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf

Entidade Reguladora da Saúde (2009a). Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Porto: Autor. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/ERS%20-%20Estudo%20do%20Acesso%20aos%20Cuidados%20de%20Saude%20Primarios%20-%20Relatorio.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2009b). Estudo sobre a concorrência no sector da Imagiologia. Porto: Autor. Acedido em 13 de Novembro, 2011, de <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Concorrenca%20Imagiologia-Estudo.pdf>

Fadel, M. A. V., e Regis Filho, G. I. (2006, outubro). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In *Encontro Nacional de Engenharia de Produção – Associação Brasileira de Engenharia de Produção*, Fortaleza, CE, Brasil, 26. Acedido em 23 de Setembro, 2011, de http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8487.pdf

Fekete, M. C. (2000). A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In Ministério da Saúde (Ed.). *Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para actuação da equipe de saúde da família* (pp 51-57). Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em 18 de Outubro, 2011, de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf>

Foundation for Health Services Research (1994). *Health Outcomes Research: A Primer*. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de <http://www.academyhealth.org/files/publications/healthoutcomes.pdf>

Freitas, A. L. P. (2005). A qualidade em serviços no contexto da competitividade. *Revista Produção Online*, 5(1), 1-24. Acedido em 31 de Outubro, 2011, de <http://www.producaoonline.org.br/index.php/rpo/article/view/321/418.pdf>

Hoe, J. (2007). Quality service in radiology. *Biomedical imaging and intervention journal*, 3(3), e24. Acedido 13 Novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097673/pdf/bij-03-e24.pdf/?tool=pmcentrez>

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative* (Announcement). Acedido em 8 de Novembro, 2011, de <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>

Laboratório de Gestão, Tecnologia e Informação - Departamento de Ciências da Informação do Centro Ciências da Educação (2005). *Qualidade percebida em serviços* [Planeamento da aula da Disciplina de Planeamento dos Serviços Bibliotecários do Curso de Biblioteconomia]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Acedido em 18 de Outubro, 2011, de <http://www.lgti.ufsc.br/planejamento/aulas/serv04.pdf>

Lopes, M. S. O. C. (2007b). A gestão da qualidade no Hospital: impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/174/1/tese%20de%20Mestrado%20SL.pdf>

Machuca, N. (2011). *Manual de submissão dos periódicos ANPAD*. Curitiba: Sector de periódicos ANPAD, Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Acedido em 27 de Setembro, 2011, de http://www.anpad.org.br/periodicos/rac/Manual_Submissao_2011.pdf

Malik, A. M., e Schiesari, L. M. C. (1998). *Qualidade na gestão local de serviços e acções de saúde* (Vol. 3). (Série Saúde e Cidadania). São Paulo: Editora Fundação Peirópolis. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20e%20Cidadania%20Volume03.pdf>

Marques, J. M. M. (2010). *Qual dos modelos “servqual” ou “servperf” será mais adequado para avaliação da qualidade do serviço e-procurement no Ministério da Cultura?* Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Portugal. Acedido em 25 de Setembro, 2011, de http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1571/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_JMARQUES_FINAL.pdf

National Health Service – Department of Health (1998). *A first class service: Quality in the new NHS*. National Health Service. Acedido em 8 de Novembro, 2011, de http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902

Neves, J. F., e Neves, M. C. P. (2000). *Qualidade e Sustentabilidade* (Documentos, 115). Seropédica: Embrapa Agrobiologia. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de <http://www.cnpab.embrapa.br/publicacoes/download/doc115.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de saúde primários agora mais que nunca* (Centro de Investigação em Saúde Comunitária Trad.). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. (Obra original publicada em 2008). Acedido em 27 de Outubro, 2011, de http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

Øvretveit, J. (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?*. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74706/E82995.pdf

Øvretveit, J. (2009). *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. London: The Health Foundation. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/572/Does%20improving%20quality%20save%20money.pdf?realName=1d2aAZ.pdf>

Plataforma Supra Concelhia do Baixo Alentejo (2009). *Rede Social: Indicadores Sociais de Odemira* (Relatório de Pesquisa/2009), Beja, Alentejo, Instituto de Segurança Social, I.P., Centro Distrital de Segurança Social de Beja, NAG – Sector de Recursos Humanos, Planeamento e Gestão da Informação. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de http://www.pscba.org/Indicadores_Sociais/Concelhos/Odemira.pdf

Rosa, M. (2002). *EU Masters in Health Promotion – Short profile of Portugal main health issues and the characteristics of health system*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – EUMAPH, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de <http://193.136.116.41/saboga/prosaude/eumahp/default-2002.asp>

Salomi, G. G. E., e Miguel, P. A. C. (2002, outubro). Aplicação de modelos de avaliação da qualidade em serviços para mensuração da satisfação de clientes internos em uma empresa do setor industrial. In *Encontro Nacional de Engenharia de Produção – Associação Brasileira de Engenharia de Produção*, Curitiba, PR, Brasil, 22. Acedido em 18 de Outubro, 2011, de http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR21_0205.pdf

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., e Charondière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utesntes e dos Profissionais* (Sumário). Lisboa: Missão Para os Cuidados de Saúde Primários – Ministério da Saúde. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_10/Estudo_CS_Portugal.pdf

Souto, C. M. R. (2007, agosto). Analisar a qualidade do atendimento da Martur Viagens e Turismo através da escala servperf. In *Seminários em Administração Faculdade de Economia Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo*, São Paulo,

Brasil, 10. Acedido em 23 de Setembro, 2011, de <http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/433.pdf>

Souto, C. M. R. (2007, agosto). Analisar a qualidade do atendimento da Martur Viagens e Turismo através da escala servperf. In *Seminários em Administração Faculdade de Economia Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil, 10. Acedido em 23 de Setembro, 2011, de <http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/433.pdf>

Vuori, H. V. (1982). *Quality Assurance of Health Services: concepts and methodology*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de [http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_16_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_16_(part1).pdf)

World Business Council for Sustainable Development (2008). *Um Amanhã Saudável: Sistemas de Saúde – Factos e Tendências*. Lisboa: BCSD Portugal – Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de <http://www.wbcsd.org/web/publications/Um-amanha-saudavel.pdf>

World Health Organization (2003). *Quality and Accreditation in Health Care Services: a global review*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 1 de Novembro, 2011, de http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

World Health Organization (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 30 de Outubro, 2011, de http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

7.3. Legislação

Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro de 1999 (1999). Portugal, Ministério da Saúde. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/outros-diplomas/ambito-da-saude/824361.pdf/

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008 (2008). Portugal. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>

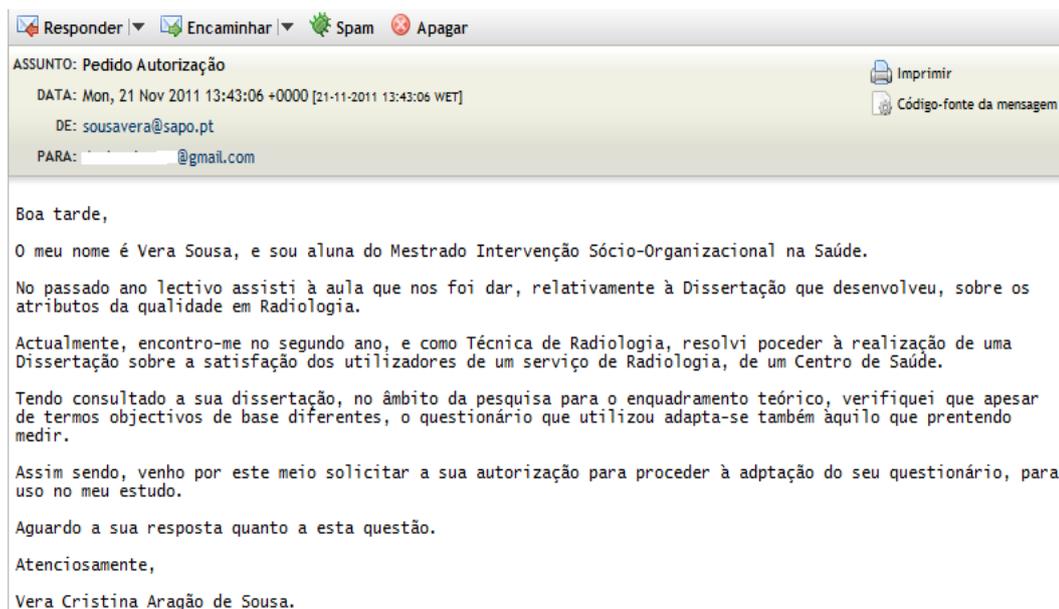
Despacho n.º 258/2003 (2ª série), de 8 de Janeiro de 2003 (2003). Portugal, Ministério da Saúde. Acedido em 13 de Novembro, 2011, de <http://www.dgies.min-saude.pt/paginas/legisla%C3%A7%C3%A3o%20relevante/pdf/Despacho%20n%C2%BA.258-2003.pdf>

Despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro de 2006 (2006). Portugal, Ministério da Saúde. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/09/176000000/1861118612.pdf>

Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho de 2009 (2009). Portugal, Ministério da Saúde. Acedido em 27 de Outubro, 2011, de http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8DE41CE0-7FFE-407B-8381-31402CEB2478/0/Despacho14223_2009.pdf

APÊNDICES

Apêndice 1 – Pedido autorização para adaptação do questionário



Apêndice 2 – Pedido autorização para realização do estudo

Vera Cristina Aragão de Sousa

Email: sousavera@sapo.pt

Exmo. Sr. Director Executivo
Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral
Centro de Saúde de Alcácer do Sal
Avenida José Saramago
7580-206 Alcácer do Sal

Exmo. Sr. Director Executivo,

Sou aluna da Universidade de Évora e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, encontrando-me actualmente a frequentar o 2º ano do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, tenho como objectivo proceder à realização de um estudo sobre a satisfação percebida na óptica dos utilizadores do Serviço de Radiologia, tendo como orientador o Professor Doutor Joaquim Fialho (jfialho@uevora.pt), da Universidade de Évora.

Sendo Técnica de Radiologia, actualmente a desempenhar funções no Centro de Saúde de Odemira, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para desenvolver este estudo no Serviço de Radiologia deste mesmo Centro de Saúde.

A realização deste estudo iria implicar a aplicação de questionários de qualidade percebida, de auto-preenchimento, aos utilizadores do Serviço de Radiologia. O questionário seria entregue ao utente, ou acompanhante, pelo Técnico de Radiologia, após o término da execução do exame radiológico.

O questionário ainda não se encontra validado, no entanto, prevê a inclusão de perguntas sobre aspectos tangíveis, confiança, capacidade de resposta, fiabilidade e empatia, sendo que, a recolha dos dados se encontra prevista para os meses de Fevereiro e Março de 2012.

Este projecto encontra-se ainda numa fase inicial de concepção, no entanto, fico, desde já, disponível para prestar esclarecimentos adicionais que julgue importantes.

Com os melhores cumprimentos,

Beja, 29 de Setembro de 2011

Apêndice 3 – Pedido de aprovação do questionário

Vera Cristina Aragão de Sousa

Email: sousavera@sapo.pt

Exmo. Sr. Director Executivo
Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral
Centro de Saúde de Alcácer do Sal
Avenida José Saramago
7580-206 Alcácer do Sal

Exmo. Sr. Director Executivo,

No seguimento do pedido de autorização, anteriormente enviado, para realização de um estudo, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, sobre a satisfação percebida na óptica dos utilizadores do Serviço de Radiologia, do Centro Saúde de Odemira, venho por este meio, e tal como solicitado, proceder à entrega do questionário a ser aplicado aos utentes.

Este trata-se de um questionário de satisfação e qualidade percebida, de auto-preenchimento, a ser entregue ao utente, ou acompanhante, pelo Técnico de Radiologia, após o término da execução do exame radiológico.

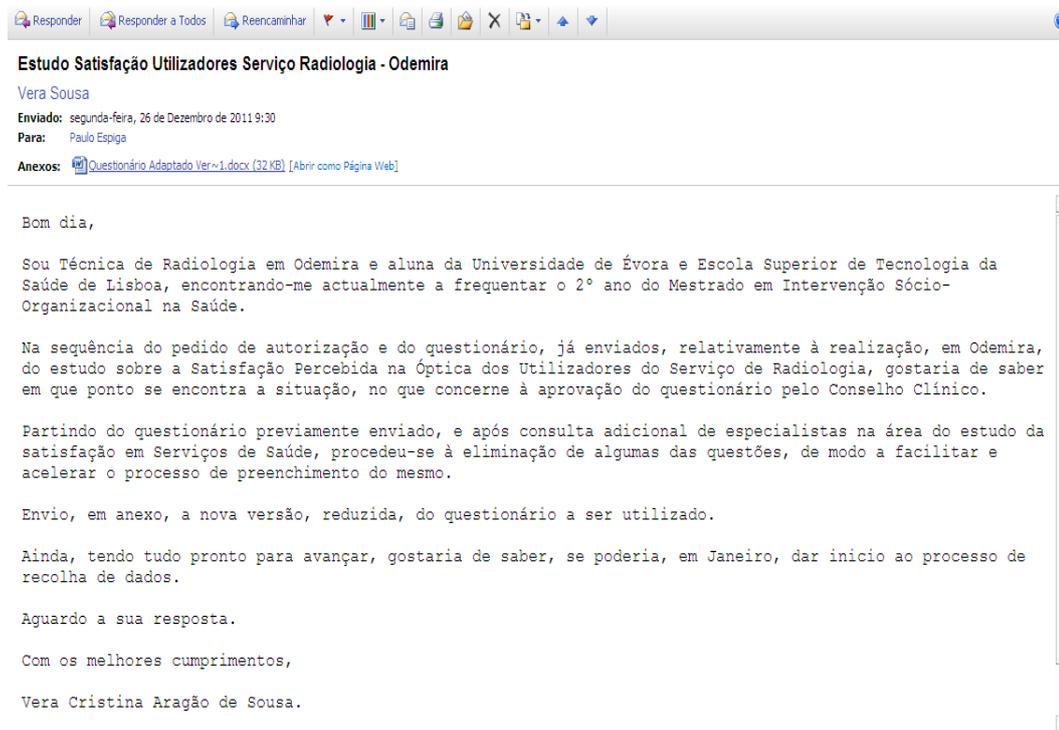
O respectivo questionário segue em anexo, sendo que quaisquer dúvidas, ou esclarecimentos adicionais, poderão ser solicitados quer a mim (sousavera@sapo.pt), quer ao meu orientador, o Professor Doutor Joaquim Fialho (jfialho@uevora.pt), da Universidade de Évora.

Aguardo, deste modo, a sua resposta no que concerne ao questionário enviado.

Com os melhores cumprimentos,

Beja, 29 de Novembro de 2011

Apêndice 4 – Pedido de autorização para a recolha de dados



Responder Responder a Todos Reencaminhar

Estudo Satisfação Utilizadores Serviço Radiologia - Odemira

Vera Sousa

Enviado: segunda-feira, 26 de Dezembro de 2011 9:30

Para: Paulo Espiga

Anexos: [Questionário Adaptado Ver~1.docx \(32 KB\)](#) [Abrir como Página Web]

Bom dia,

Sou Técnica de Radiologia em Odemira e aluna da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, encontrando-me actualmente a frequentar o 2º ano do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Na sequência do pedido de autorização e do questionário, já enviados, relativamente à realização, em Odemira, do estudo sobre a Satisfação Percebida na Óptica dos Utilizadores do Serviço de Radiologia, gostaria de saber em que ponto se encontra a situação, no que concerne à aprovação do questionário pelo Conselho Clínico.

Partindo do questionário previamente enviado, e após consulta adicional de especialistas na área do estudo da satisfação em Serviços de Saúde, procedeu-se à eliminação de algumas das questões, de modo a facilitar e acelerar o processo de preenchimento do mesmo.

Envio, em anexo, a nova versão, reduzida, do questionário a ser utilizado.

Ainda, tendo tudo pronto para avançar, gostaria de saber, se poderia, em Janeiro, dar início ao processo de recolha de dados.

Aguardo a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Vera Cristina Aragão de Sousa.

Apêndice 5 – Questionário utilizado

Questionário nº. |_|_|_|_|

Estudo da Satisfação Percebida dos Utilizadores do Serviço de Radiologia

Este questionário faz parte de um estudo sobre a medição da satisfação dos utilizadores do Serviço de Radiologia, deste Centro de Saúde, desenvolvido 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 garantidos os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Parte A

P1. As frases seguintes referem a sua opinião sobre o seu SERVIÇO DE RADIOLOGIA. Para cada uma das afirmações, assinale, com um **X**, um valor de 1 a 5 a sua avaliação, em que 1 significa “Discorda Totalmente” e 5 “Concorda Totalmente”.

	1	2	3	4	5
P1.1. O Serviço de Radiologia apresenta possuir bons equipamentos.	<input type="checkbox"/>				
P1.2. O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações (ambiente físico, limpeza, etc.).	<input type="checkbox"/>				
P1.3. Os Técnicos de Radiologia tem boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.).	<input type="checkbox"/>				
P1.4. O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	<input type="checkbox"/>				
P1.5. O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	<input type="checkbox"/>				
P1.6. O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes de forma clara e precisa.	<input type="checkbox"/>				
P1.7. No caso de ter vários pedidos de exame o Serviço de Radiologia disponibilizou a marcação desses mesmos exames.	<input type="checkbox"/>				
P1.8. O Serviço de Radiologia possibilitou a marcação dos vários exames para o mesmo dia em horários consecutivos (seguidos).	<input type="checkbox"/>				
P1.9. Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	<input type="checkbox"/>				
P1.10. O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização do exame.	<input type="checkbox"/>				
P1.11. O Serviço de Radiologia avisa, com antecedência, os utentes quando ocorreu alteração da data/ hora da marcação do exame.	<input type="checkbox"/>				
P1.12. O Serviço de Radiologia disponibiliza a entrega do exame em tempo útil.	<input type="checkbox"/>				
P1.13. Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo os tempos dos exames.	<input type="checkbox"/>				
P1.14. Os Técnicos de Radiologia tem sempre boa vontade em ajudar os pacientes/utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões, demonstrando simpatia e atenção.	<input type="checkbox"/>				
P1.15. Os Técnicos de Radiologia não deixam de responder às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	<input type="checkbox"/>				

Satisfação e qualidade percebida na óptica dos utentes do Serviço de Radiologia: O caso de um Centro de Saúde no Alentejo

P1.16. Quando o utente tem problemas, o Serviço de Radiologia demonstra interesse em resolver o problema (p.e. os Auxiliares de Acção Médica e Assistentes de Radiologia tranquilizam-no e procuram em resolver o problema)	<input type="checkbox"/>				
P1.17. Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	<input type="checkbox"/>				
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.	<input type="checkbox"/>				
P1.19. Os Técnicos de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar.	<input type="checkbox"/>				
P1.20. Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	<input type="checkbox"/>				
P1.21. Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	<input type="checkbox"/>				
P1.22. Os Técnicos de Radiologia apresentam ter experiencia e segurança na realização dos exames.	<input type="checkbox"/>				
P1.23. Todos os funcionários apresentam ter capacidade para prestar o serviço de modo confiável e seguro com as condições disponíveis no serviço.	<input type="checkbox"/>				
P1.24. O Serviço de Radiologia é de confiança, porque apresenta ter procedimentos padronizados (organizados).	<input type="checkbox"/>				
P1.25. O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correcta).	<input type="checkbox"/>				
P1.26. Em termos gerais, confirmaram-se as expectativas quanto à capacidade de resposta do serviço prestado.	<input type="checkbox"/>				
P1.27. Este Serviço de Radiologia, quando comparado com outros Serviços de Radiologia, apresenta ter melhores recursos técnicos e humanos, para prestar um serviço de melhor qualidade.	<input type="checkbox"/>				

P2. Indique outros aspectos ou situações que marcaram o seu contacto com o Serviço de Radiologia e que deveriam ter sido mencionados:

--

P3. Avalie ainda de forma global o Serviço de Radiologia, utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 significa muito mau, e 5 muito bom.

	1	2	3	4	5
P3.1. A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi...	<input type="checkbox"/>				
P3.2. A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Radiologia foi...	<input type="checkbox"/>				
P3.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresentou foi...	<input type="checkbox"/>				
P3.4. Em caso de reclamação/problema no Serviço de Radiologia a resposta à mesma pelo Serviço de Radiologia foi...	<input type="checkbox"/>				

P4. Tendo em conta a sua opinião sobre a qualidade global 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".

	1	2	3	4
P4.1. No caso de ter necessidade, voltaria a este Serviço de Radiologia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4.2. Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Radiologia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte B

PB1. Deslocação ao Serviço de Radiologia por...	
1.Exame Urgente <input type="checkbox"/>	2.Exame Marcado/Agendado <input type="checkbox"/>
PB2. O respondente do questionário foi...	
1.Próprio <input type="checkbox"/>	2.Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____

Caracterização do Doente

PB3. Sexo:
Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
PB4. Idade:
_ _ Anos
PB5. Estado Civil:
Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) ou União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado(a) ou Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/>
PB6. Área geográfica da Residência:
Vila Odemira <input type="checkbox"/> Concelho Odemira <input type="checkbox"/> Distrito Beja <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
PB7. Grau de ensino concluído:
Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino Primário (4ª Classe) <input type="checkbox"/> 2º Ciclo (6ª Classe) <input type="checkbox"/>
Ensino Básico (9º Ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º Ano) <input type="checkbox"/> Estudos Superiores <input type="checkbox"/>
PB8. Situação Profissional:
Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Reformado(a) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) por conta de outrem <input type="checkbox"/> Trabalhador(a) por conta própria <input type="checkbox"/> Outra Situação <input type="checkbox"/>

Obrigado pela colaboração!