

MARTA SOFIA SERAFIM BASTARDINHO FERNANDES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO DOS
UTENTES NACIONAIS E ESTRANGEIROS NOS SERVIÇOS DE
IMAGIOLOGIA PRIVADOS DO ALGARVE**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2020

MARTA SOFIA SERAFIM BASTARDINHO FERNANDES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO DOS
UTENTES NACIONAIS E ESTRANGEIROS NOS SERVIÇOS DE
IMAGIOLOGIA PRIVADOS DO ALGARVE**

Dissertação

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Rui Pedro Pereira de
Almeida

Professor Doutor António Fernando
Caldeira Lagem Abrantes



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2020

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO DOS
UTENTES NACIONAIS E ESTRANGEIROS NOS SERVIÇOS DE
IMAGIOLOGIA PRIVADOS DO ALGARVE**

Declaração de autoria do Trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

MARTA SOFIA SERAFIM BASTARDINHO FERNANDES

.....

(assinatura)

© Copyright: MARTA SOFIA SERAFIM BASTARDINHO FERNANDES

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

A presente dissertação é dedicada a toda à minha família, em especial, àquele que foi o meu maior companheiro e apoio aquando a sua existência, o meu avô paterno. Homem de coragem e de uma sensibilidade extrema, homem que me criou e me passou muitos dos valores que hoje prezo e pelos quais guio a minha vida.

Por todo o suporte incondicional, pelas horas perdidas e ausências em momentos fundamentais de reunião familiar. Por todos os convites recusados e adiados em prol da conclusão de mais uma etapa.

Um agradecimento a todos, eles sabem quem são e da sua importância, no caminho traçado diariamente e no empenho que têm em fazer de mim um melhor ser humano.

Eternamente grata por fazerem parte do meu percurso académico, pessoal e profissional até à presente data.

AGRADECIMENTOS

Na concretização de mais uma etapa acadêmica, quero agradecer a todos aqueles que caminharam a meu lado.

A toda a minha família, o apoio incondicional e sem o qual não teria sido possível ultrapassar todos os obstáculos a que me propus há dois anos atrás quando ingressei no presente Mestrado.

Aos amigos mais chegados, pelo apoio, pela compreensão aquando a minha ausência em momentos de convívio e por me tranquilizarem sempre que as dúvidas pareceriam ser maiores que as certezas.

Aos meus colegas de trabalho e coordenadores, pela preocupação, pela ajuda e por me aliviarem nos instantes de maior sacrifício e sufoco laboral.

Ao meu orientador e co-orientador, que com a sua paciência, perseverança, sabedoria e prontidão me ajudaram a obter um melhor desempenho na redação da presente dissertação e me incentivaram em todos os momentos.

RESUMO

Os níveis de qualidade percebida e satisfação dos utentes sempre foram fulcrais ao longo do tempo. Atualmente, e perante a situação pandémica em que vivemos devido ao SARS-Cov-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), esta questão tornou-se ainda mais importante.

A presente dissertação aborda a problemática que é a satisfação dos doentes nacionais e estrangeiros nos serviços de imagiologia de um grupo hospitalar privado do Algarve onde os fatores sociodemográficos como a idade, grau académico ou género podem influenciar a perceção dos utentes.

Realizou-se um estudo transversal quantitativo recorrendo ao instrumento SERVPERF e adaptando-o. A técnica de recolha de dados usada foi o questionário distribuído por cinco unidades hospitalares. A população-alvo era adulta e provinha da Consulta Externa. O tratamento dos dados assim como a sua análise estatística foi efetuada através do *software SPSS*.

As dimensões da escala SERVPERF não se confirmaram pelo que a qualidade dos serviços foi explicada baseada em 3 novas dimensões. Os resultados obtidos mostraram que os fatores sociodemográficos não possuem qualquer influência sobre os níveis de qualidade percebida pelos utentes ($p > 0,05$). Relativamente à qualidade percebida pelos utentes nacionais relativamente aos utentes estrangeiros existiu significância estatística no que concerne aos “Aspetos Gerais” ($p=0,023$) sendo que os utentes estrangeiros demonstraram dar uma maior conotação a aspetos como a imagem, satisfação e qualidade no geral. No que concerne à qualidade percebida pelos utentes por unidade hospitalar, a dimensão “Tangibilidade” ($p=0,023$) e a “PA2.1” ($p=0,009$) demonstraram que existe significância estatística pelo que são aspetos a ter em conta pelos utentes.

Conclui-se que, no geral, os utentes se encontravam satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados e demonstraram a intenção de voltar. Recomenda-se a monitorização frequente da qualidade percebida dos utentes de modo a promover a melhoria contínua dos vários serviços de imagiologia.

Palavras-chave: Qualidade Percebida; Satisfação; SERVPERF; Serviço de Imagiologia Privado; Utesntes nacionais e estrangeiros; Algarve

ABSTRACT

The levels of patients perceived quality and satisfaction have always been taken into account. Currently, and considering the actual pandemic situation caused by SARS-Cov-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome, Coronavirus 2), this issue has become even more important.

The present dissertation addresses the problem of the satisfaction of national and foreign patients with regards to the imaging services of a private hospital group located in the Algarve, where sociodemographic factors such as age, academic degree or gender can influence the patients' perception.

A quantitative cross-sectional study was carried out using the SERVPERF instrument and adapting it. The data collection technique used was a questionnaire distributed to five hospital units. The selected target population was adult and from the External Consultation. The treatment of the data as well as its statistical analysis was carried out using the SPSS software.

The dimensions of the SERVPERF scale were not confirmed, so the quality of services was explained based on 3 new dimensions. The results obtained showed that sociodemographic factors have no influence on the levels of perceived quality by patients ($p > 0,05$). Regarding the perceived quality by national users when compared to foreign users, there was statistical significance regarding “General Aspects” ($p=0,023$). The foreign users care more about aspects such as image, satisfaction and quality in general. Regarding the perceived quality by patients per hospital unit, the dimension “Tangibility” ($p=0,023$) and “PA2.1” ($p=0,009$) demonstrated that there was a statistical significance, thus these aspects are taken into account by patients.

In conclusion, the patients were mostly satisfied with the quality of the services provided and had demonstrated the intention to return. In the future, regular monitoring of the perceived quality of patients is recommended to promote the continuous improvement of the various imaging services.

Keywords: Perceived Quality; Satisfaction; SERVPERF; Private Imaging Service; national and foreign patients; Algarve

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiv
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Enquadramento do tema.....	2
1.2 Estrutura Global da Dissertação.....	4
CAPÍTULO 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1 Evolução da prestação de cuidados de Saúde em Portugal.....	6
2.1.1 Financiamento em Saúde.....	7
2.1.2 O papel das Seguradoras em Saúde.....	10
2.1.3 Noção de Serviço em Saúde.....	11
2.1.4 Serviço de Saúde: Imagiologia.....	11
2.2 Qualidade.....	14
2.2.1 Noção de Qualidade em Saúde.....	15
2.2.2 Melhoria Contínua em Saúde.....	16
2.3 Qualidade e Satisfação.....	18
2.3.1 Prestação de Cuidados centrados no Utente.....	18
2.3.2 O Processo de Certificação.....	20
2.3.3 Qualidade e Satisfação no Setor Público e no Setor Privado.....	21
2.3.4 Grupo HPA Saúde.....	24
2.4 A Moralidade e a Ética.....	26
2.4.1 Responsabilidade Penal.....	26
2.4.2 Moralidade Vs Ética.....	27
2.4.3 Utilização responsável de Radiações Ionizantes.....	29
2.4.4 Evolução da Técnica Imagiológica e Consequências.....	31
2.5 Instrumentos utilizados na medição da Qualidade: SERVPERF e SERVQUAL.....	32
2.5.1 Estudos anteriores com aplicação do instrumento SERVPERF e SERVQUAL.....	39
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA.....	49
3.1 Objetivo do Estudo.....	49
3.1.1 Objetivo da Dissertação.....	49
3.1.2 Objetivos Específicos da Dissertação.....	49
3.2 Questões e Hipóteses de Investigação.....	50
3.3 Tipo de Estudo, Período temporal e Local da Recolha dos Dados.....	51
3.4 População-Alvo e Dimensão Amostral.....	52
3.5 Instrumento de Recolha dos Dados.....	52
3.6 Consentimento Informado e Procedimentos Éticos.....	55
3.7 Tratamento Estatístico.....	56

CAPÍTULO 4. RESULTADOS	58
4.1 Caracterização do Perfil da Amostra	58
4.1.1 Resultados sobre o Género dos respondentes.....	58
4.1.2 Resultados sobre a Idade dos respondentes.....	59
4.1.3 Resultados sobre a Estado Civil dos respondentes	60
4.1.4 Resultados sobre o Concelho de Residência dos residentes.....	61
4.1.5 Resultados sobre a Freguesia de Residência dos respondentes	62
4.1.6 Resultados sobre o Grau Académico dos respondentes	62
4.1.7 Resultados sobre a Situação Profissional dos respondentes.....	63
4.1.7 Resultados sobre qual a Versão do Questionário dos respondentes	63
4.2 Análise sobre as Dimensões da Qualidade	65
4.2.1 Análise das diferentes dimensões por Unidade Hospitalar	66
4.2.2 Teste da Normalidade	68
4.2.3 Fiabilidade Interna	69
4.2.4 Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i>	69
4.2.5 Análise Fatorial	70
4.2.6 Comparação de três ou mais grupos numa Variável Dependente medida numa Escala Ordinal.....	74
4.2.7 Comparação de dois grupos numa variável dependente medida numa escala ordinal	82
4.2.8 Medição da intensidade da relação entre Duas Variáveis Ordinais	85
4.2.9 Validade Convergente.....	88
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO.....	89
CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO	92
6.1 Principais Conclusões.....	92
6.2 Limitações do Estudo e Recomendações de Melhoria	93
6.3 Sugestões para Investigações Futuras.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICES	102
Apêndice 1 – Pedido de Autorização para Recolha de Dados no Grupo HPA.....	103
Apêndice 2 – Resposta ao Pedido de Autorização para Recolha de Dados no Grupo HPA .	104
Apêndice 3 – Proposta de Registo do Tema do Trabalho Final de Mestrado (TFM) (artigo 17º do Regulamento n.º 287/2012)	105
Apêndice 4 – Questionário SERVPERF (Versão Portuguesa)	112
Apêndice 5 – Questionário SERVPERF (Versão Inglesa).....	115
Apêndice 6 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (em Português).....	118
Apêndice 7 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (em Inglês).....	119
Apêndice 8 – Distribuição da Amostra por Freguesia (n=467)	120
Apêndice 9 – Distribuição das Dimensões da Qualidade por Item.....	121
Apêndice 10 – Valor do Alpha de <i>Cronbach</i> por Item	122
Apêndice 11 – Análise Fatorial: Tabela de Comunalidades	125
Apêndice 12 – Análise Fatorial: Matriz Rodada de Fatores	128
Apêndice 13 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões da Qualidade Percebi e os	

Aspetos Gerais	131
Apêndice 14 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões da Qualidade Percebi e os Dados Sociodemográficos	133
Apêndice 15 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões da Qualidade Percebi, Aspetos Gerias e Idade	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Modelo dos 5 Gaps de Parasuraman, Zeithaml e Berry	36
Figura 4.1 - Matriz de Componentes Rodada no Espaço	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 - Género da Amostra.....	59
Gráfico 4.2 - Estado Civil Geral da Amostra	60
Gráfico 4.3 - Distribuição da Amostra por Concelho de Residência (n=467).....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 - Tabela representativa das dimensões do Serviço de <i>Parasuraman, Zeithaml e Berry</i>	33
Tabela 2.2 - Estudos que utilizaram o SERVPERF, SERVQUAL e o PAKSERV em diferentes áreas	48
Tabela 3.1 - Programação de Atividades.....	52
Tabela 4.1 - Idade da Amostra por Unidade Hospitalar e no Total (Output do <i>SPSS</i>)	59
Tabela 4.2 - Resultados sobre o Estado Civil dos utentes por Unidade Hospitalar (Output do <i>SPSS</i>).....	61
Tabela 4.3 - Resultados sobre o Grau Académico dos utentes por Unidade Hospitalar	62
Tabela 4.4 - Situação Profissional da Amostra por Unidade Hospitalar	63
Tabela 4.5 - Versão do Questionário: Português Vs Inglês	63
Tabela 4.6 - Versão do Questionário: Hospitais Vs Clínicas	64
Tabela 4.7 - Questionários preenchidos por Unidade Hospitalar	64
Tabela 4.8 - Estatística Descritiva relativa às 6 Dimensões Iniciais (n=470).....	65
Tabela 4.9 - Respostas dadas por dimensão na Unidade HPA de Gambelas	66
Tabela 4.10 - Respostas dadas por dimensão na Unidade HPA de Alvor	66
Tabela 4.11 - Respostas dadas por dimensão na Unidade da Guia	67
Tabela 4.12 - Respostas dadas por dimensão na Unidade de Vilamoura	67
Tabela 4.13 - Respostas dadas por dimensão na Unidade de Loulé	67
Tabela 4.14 - Testes da Normalidade.....	68
Tabela 4.15 - Alpha de <i>Cronbach</i> Total.....	69
Tabela 4.16 - KMO e Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i>	70
Tabela 4.17 - Variância Total Explicada.....	71
Tabela 4.18 - Dimensões Geradas a partir dos 6 Fatores Iniciais	71
Tabela 4.19 - Matriz de Transformação de Componentes	73
Tabela 4.20 - Comparação dos Valores Médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes por Unidade Hospitalar	74
Tabela 4.21 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes segundo o seu Estado Civil.....	76
Tabela 4.22 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes segundo a sua Situação Profissional.....	78
Tabela 4.23 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes por Concelho de Residência	79
Tabela 4.24 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes Nacionais Vs Estrangeiros	82
Tabela 4.25 - Teste de Mann-Whitney para cada dimensão da qualidade percebida nos utentes Nacionais Vs Estrangeiros ($p > 0,05$)	83
Tabela 4.26 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida segundo o Género.....	83
Tabela 4.27 - Teste de Mann-Whitney para cada dimensão da qualidade percebida nos utentes segundo o Género ($p > 0,05$).....	84
Tabela 4.28 - Correlação de Spearman entre as Dimensões da Qualidade Percebida e os Aspectos Gerais	86
Tabela 4.29 - Correlação de Spearman entre as Dimensões da Qualidade Percebida e os Dados Sociodemográficos.....	87
Tabela 4.30 - Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões da Qualidade Percebida, Aspectos Gerais e Idade	88
Tabela 4.31 - Validade Convergente do Instrumento	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ADSE	Assistência na Doença aos Servidores do Estado
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
ANSI	<i>American National Standards Institute</i>
ASQ	<i>American Society for Quality</i>
CATPCA	Análise de Componentes Principais para Dados Categóricos
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 19</i>
EPE	Entidades Públicas Empresariais
HF	Hospital de Faro
ISCTE-IUL	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - Instituto Universitário de Lisboa
JCI	<i>Joint Commission International</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
KMO	Teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento de Estado
SA	Serviços Académicos
SARS-COV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
PPP	Parcerias Público-Privadas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
USF	Unidade de Saúde Familiar

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A crescente procura por parte dos hospitais privados pela satisfação do doente assim como pela qualidade prestada dos seus serviços, tem feito com que a necessidade dos mesmos seja cada vez maior. E, se por um lado, a população portuguesa tenta procurar alternativas ao serviço público, por outro, existe uma comunidade crescente de cidadãos estrangeiros residentes no Algarve fazendo com que esta região aumente a sua população residente. Deste modo, e o longo dos vários anos, também estes recorrem aos serviços privados para realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), inclusivamente, para a realização de procedimentos imagiológicos.

Por outro lado, e em pleno século XXI, a população nacional e estrangeira residente em Portugal, deparou-se com uma pandemia à escala global, denominada SARS-Cov-2, vulgarmente denominada COVID-19 (*Coronavírus Disease 19*). Esta doença, veio questionar o conceito até então globalmente aceite por todos de “saúde individual” surgindo um novo paradigma: quando é que o conceito de “saúde individual” passa a ter uma menor importância relativamente ao conceito de “saúde coletiva”? E se desde o século XIX que não existia necessidade de pensar nesse paradigma, que valores põe em causa o aparecimento de uma pandemia? São bastantes questões cuja resposta ainda não vislumbramos.

A presente dissertação aborda a problemática que é a satisfação dos doentes nacionais e estrangeiros nos serviços de imagiologia de um grupo hospitalar privado do Algarve onde recorrem inúmeras pessoas por dia e onde a sazonalidade passou a ser um indicador de menor valor. Assim, o principal objetivo deste trabalho prende-se com a necessidade de conhecer com maior precisão qual o grau de satisfação daqueles que recorrem a este tipo de hospital assim como a perceção das suas necessidades e ou expectativas. A investigação empírica analisou que existem diferenças entre os ideais nacionais e estrangeiros pelo que esta será uma abordagem mais profunda.

Os resultados obtidos através da realização desta dissertação permitirão fazer uma melhor caracterização da população, assim como das suas necessidades e/ou expectativas quando recorrem a este tipo de serviço neste tipo instituição.

Os factos identificados na investigação indicam que os problemas passam pela existência de um único hospital público na região do Algarve com dois pólos (Faro e

Portimão), que não conseguem dar resposta em tempo útil à população crescente na região pelo que a existência de uma instituição privada faz com que a procura seja descentralizada e a sua preferência altere. As conclusões apuradas levaram à apresentação de que a aplicação deste estudo seria uma mais-valia na perceção da população que realiza exames imagiológicos neste grupo privado e que tem crescido nos últimos anos, de modo a fazer com que as necessidades da mesma tenham aumentado e assim dar resposta à procura (Oliveira, 2020).

1.1 Enquadramento do tema

Tal como antigamente se acreditava que o planeta Terra era o centro do Universo e mais tarde se veio a perceber por estudos desenvolvidos por *Galileu* que era o Sol, as perspetivas dos cuidados de saúde também sofreram mudanças radicais ao longo dos anos semelhantes a essa perceção. Durante séculos foi desenvolvida uma visão centrada no hospital e um modelo baseado em doenças, em que a maioria dos cuidados era prestada pelos hospitais, quando os indivíduos se apresentavam doentes. Nas últimas décadas, esse modelo migrou para uma visão mais contínua da assistência, isto é, houve um desenvolvimento de um modelo de manutenção do bem-estar onde o destaque se prende com o atendimento contínuo, muitas vezes de modo ambulatorio, e até mesmo ao domicílio. Desta forma julga-se que um dos maiores objetivos se prende em manter o individuo estável no que toca à sua saúde sem grandes oscilações ao longo da sua vida. Como a história já mostrou inúmeras vezes, uma nova e maior pandemia pode aparecer quando menos se espera pelo que a aprendizagem pode dar origem a uma nova forma de pensar em saúde pública. (Pinto, 2020).

Por vezes, uma organização de saúde necessita de se lembrar que é cada vez mais importante incluir o utente nos processos pelos quais irá ser submetido, se bem que muitas das vezes a assistência médica é pressionada a melhorar a satisfação do utente e a impactar a sua lealdade. Porém, com a evolução dos sistemas de saúde estes tornaram-se mais complexos e, por outro lado, toda a comunidade hospitalar sentiu uma maior pressão na produtividade pelo que os cuidados se tornaram mais centrados nas necessidades das instituições hospitalares, na maioria das vezes, à custa do utente. Deste modo, conclui-se que o atendimento centrado no utente incentiva-o tanto a responsabilizar-se por aspetos importantes como a auto-prevenção bem como o próprio controlo das suas próprias doenças facilitando o fluxo entre os serviços de saúde, pois o

utente apresenta-se como um participante ativo e existe uma oportunidade para remover serviços desnecessários e indesejados. Desta forma é fácil perceber que uma visão centrada no paciente permite-lhe participar ativamente nos cuidados que lhes são prestados pois é em torno dele que existe a tomada de decisões, o planeamento e prestação de cuidados. Existem quatro grandes pilares que não podem ser desprezados, entre eles, a dignidade e o respeito, a partilha de informações, a participação e a colaboração. É neste contexto que surge o conceito de “Literacia em Saúde” onde se inclui aspetos tão relevantes como o envolvimento de todos os setores na co-construção da saúde, melhorando as competências dos utentes para lidarem com a sua própria saúde e com o sistema de saúde em que estão integrados, aperfeiçoando as condições para um bom desempenho profissional, progredindo na promoção da qualidade de vida e contribuindo para a eliminação das iniquidades (Loureiro, 2015).

Por outro lado, hoje em dia sabe-se que a diversidade de influências que agora envolvem os componentes principais do atendimento, isto é, o relacionamento paciente-médico e o relacionamento paciente-profissional de saúde, se resume à rápida adoção de novas tecnologias e à implementação progressiva de responsabilidades a entidades externas à medicina. Vários componentes de um novo paradoxo estão a tornar-se mais claros, o paradoxo entre um sistema orientado por médicos altruístas que preferem prestar assistência, versus um sistema renovado de assistência centrada no paciente que está tentando desenvolver-se num conjunto altamente complexo de sistemas em constante evolução. No que respeita à comunicação, sabe-se que é uma componente essencial dos cuidados de saúde e que, quando as coisas correm da melhor forma, o carinho e a compaixão costumam estar no centro do sucesso. No entanto, quando as coisas não correm como o esperado nos cuidados de saúde, os problemas de comunicação geralmente estão no centro da discórdia. Entre muitos exemplos, encontram-se os registos eletrónicos de saúde que a passo e passo ganharam aceitação nos cuidados de saúde. Além disso, o efeito da comunicação digital à qual a maior parte dos utentes tem acesso nos dias de hoje transformou a interação humana e a vida de cada um foi amplamente afetada, relativamente rápido, pela evolução da tecnologia uma vez que todas as gerações de agora se encontram dependentes de dispositivos móveis para obter informações na área da saúde. Assim sendo, a comunicação interpessoal e os tipos de relações formadas continuam em mudança pelo que a relação medico-utente também se desenvolverá de forma gradual (Angood, 2017).

No que respeita à presente dissertação, esta incide no atendimento centrado no

utente como na problemática que é a satisfação do utente que recorre um serviço de imagiologia de uma instituição privada. Atualmente, um grande número de instituições privadas, necessitam da “aprovação” da comunidade residente para sobreviver pelo que citam a qualidade como a sua prioridade competitiva, no entanto, para que essa seja alcançada é necessário assegurar que as suas iniciativas estejam relacionadas diretamente com a melhoria da satisfação dos seus utentes. Desta forma, a sua mais-valia centra-se no facto de quererem conhecer quem os procura, proporcionando-lhes qualidade e garantindo-lhes satisfação dando-lhes respostas continuadas. (Yesilada e Direktor, 2010)

1.2 Estrutura Global da Dissertação

A presente dissertação encontra-se projetada com uma estrutura lógica e abrangente e tem como objetivo obter uma melhor interpretação acerca da qualidade percebida pelos utentes nacionais e estrangeiros que realizam exames imagiológicos num Serviço de Imagiologia de um grupo hospitalar privado da região do Algarve.

Assim, a dissertação apresenta-se dividida por várias fases: a primeira onde é feito um enquadramento do tema proposto, a segunda que se baseia na exposição do tema mediante a revisão de literatura existente, a terceira, denominada fase metodológica, onde se pretende elucidar o leitor acerca da metodologia adotada no estudo e a quarta que diz respeito à apresentação e discussão dos resultados obtidos do estudo.

Por fim, mas não menos importante, é apresentada a última parte do estudo com as devidas conclusões, limitações e recomendações futuras.

CAPÍTULO 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão da literatura expressa-se como o um reagrupamento de estudos publicados relacionados com o presente tema. Parte-se do princípio onde a questão de investigação se prende com o vazio relativo a este tema no que respeita às instituições privadas de imagiologia. Neste sentido, a questão de investigação vem expressar essa lacuna, visa assim medir a qualidade percebida pelos utentes do Serviço de Imagiologia do setor privado numa rede de instituições hospitalares com maior expressão na região do Algarve.

Assim, existe um esmiuçar de todo o material que foi debatido nesta área a fim de examinar tudo o que se reporta à questão de investigação assim como a determinação de todos os métodos utilizados apreciando, ao mesmo tempo, todos os conceitos, resultados obtidos e conclusões resultantes.

De um modo sintético, a revisão da literatura apresenta-se como um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações relacionadas com o tema a ser estudado (Fortin, Côte e Filion, 2009).

2.1 Evolução da prestação de cuidados de Saúde em Portugal

Foi emitida pela Assembleia da República e publicada em Diário da República no ano de 1979, a Lei nº56/79 em que no Artigo 1º referia que foi (...) *criado, no âmbito do ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde (...)*. Sendo que no Artigo 4º se afirma que (...) *O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (...)*. e também (...) *aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residem ou se encontrem em Portugal (...)*. Pelo que este é um direito que engloba todos sem exceção não excluindo qualquer tipo de minoria social, mais se acrescenta no Artigo 6º que o SNS (...) *envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (...)*.

Assim, desde 1979 até aos dias de hoje o SNS já colocou Portugal num lugar cimeiro no que respeita à qualidade de vida de milhões de cidadãos reduzindo muitas das desigualdades existentes na sociedade portuguesa. Manteve-se entre os países da OCDE (Organização para a cooperação e Desenvolvimento Económico) com menores taxas de internamento por problemas de saúde relativos aos cuidados primários e à diminuição da incapacidade permanente. Além disso, o aumento da esperança de vida saudável à nascença e a diminuição da percentagem de pessoas que consideram não ter as suas necessidades de saúde satisfeitas também foi um grande avanço no que respeita à sua comunitária de Portugal (Assembleia da República, 1979).

Nos últimos 10 anos destaca-se em 2011 a generalização da prescrição eletrónica com o objetivo de facilitar o acesso dos cuidados ao medicamento e a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento. Em 2014, a criação do fundo para a Investigação em Saúde visando o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas de modo a obter ganhos em saúde. Em 2017, foi publicada a Carta de Direitos de Acesso a Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS tendo como objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas definindo os tempos máximos de resposta garantidos e o direito ao utente da informação sobre esses mesmos tempos. Por fim, em 2019, comemorou-se os 40 anos do SNS e foi aprovada a nova Lei de bases ao mesmo tempo que foi implementado o projeto modelo de gestão autónoma para hospitais e

unidades locais de saúde.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde deriva da incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade aplicando-se às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde. A 24 de Agosto de 1990, a lei nº 48/90 da Lei de Bases da Saúde estabeleceu (...) *um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde (...).* fazendo com que o setor público e privado se unisse em torno de um bem maior, a saúde de toda a população portuguesa.

No que respeita à sua composição, o SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde entre eles os agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde (Ministério da Saúde, 2020).

2.1.1 Financiamento em Saúde

O envelhecimento da população, o peso crescente das doenças crónicas e a inovação terapêutica e tecnológica colocam grandes pressões ao setor da saúde, sendo esta uma realidade transversal a todos os países ditos desenvolvidos. O grande desafio passa por responder a estas pressões sem quebrar o compromisso de continuar a assegurar uma melhoria na equidade do acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, gerando mais eficiência para o SNS. Em Portugal, a estratégia tem passado pelo reforço das verbas atribuídas à Saúde nos últimos Orçamentos do Estado, conjugado com a introdução de melhorias na gestão dos recursos financeiros alocados ao SNS.

Assim, o Orçamento de Estado (OE) 2020 para a área da Saúde ascende a mais de 11 mil milhões de euros, aumentando 941 milhões face ao orçamento inicial de 2019. O crescimento de 10% no orçamento da Saúde representa o começo de um “novo ciclo” para o SNS mantendo o reforço progressivo do financiamento das políticas públicas neste setor. Entre as medidas propostas destacam-se as seguintes (Governo da República Portuguesa, 2020):

- **Nos Cuidados de saúde Primários**

O Governo pretende eliminar faseadamente a cobrança de taxas moderadoras nas consultas nos centros de saúde e promete alargar o Programa Nacional de Vacinação, a que corresponde um investimento de quase 11 milhões de euros. Além disso, está prevista a abertura de 30 novas unidades de saúde familiar (USF), o alargamento da oferta de saúde oral nos centros de saúde e o reforço de psicólogos e nutricionistas.

- **Nos Recursos Humanos**

A proposta de orçamento prevê o reforço de 8.400 profissionais para o SNS em 2020 e 2021, sendo que em 2021 deverão ser contratados cerca de 4.000. Por outro lado, os profissionais que fazem serviço de urgência irão receber mais pelas horas extra e o Governo também prevê substituir gradualmente o recurso a empresas de trabalho temporário e de subcontratação de profissionais de saúde.

- **Nos Cuidados Continuados e Saúde Mental**

O Governo pretende criar 800 novas camas de internamento em cuidados continuados e paliativos e 200 novas respostas na área da saúde mental, incluindo equipas comunitárias.

- **Nos Hospitais**

Prevê-se que os hospitais entidades públicas empresariais (EPE) passem a ter o dobro do tempo, ou seja, seis meses, para contraírem novas dívidas sem previsão de receita, o relançamento do modelo de organização em centros de responsabilidade integrados, a reorganização das urgências metropolitanas e regionais, a avaliação de um modelo de responsabilidade financeira por doentes internados em hospital do SNS por falta de resposta social e a consolidação do projeto de identificação dos utilizadores frequentes da urgência e reforço do papel dos níveis de gestão intermédia nos hospitais públicos, com vinculação à realização de contratualização interna.

- **No Investimento em Infraestruturas e Equipamentos**

Prevê-se mais de 100 milhões de euros para o avanço de seis novos hospitais, projetados para um investimento global de 950 milhões até 2023. Entre os novos hospitais cuja construção deve ocorrer nos próximos quatro anos estão o Pediátrico Integrado do São João, Lisboa Oriental, Seixal, Sintra, Alentejo e Madeira. A proposta de orçamento contempla ainda intervenções em 10 centros hospitalares, num montante

de 91 milhões de euros, até 2021, bem como a ampliação, renovação de estruturas e equipamento informático ou médico no SNS com um investimento de 179,3 milhões de euros em 2020, dos quais 101 milhões financiados por fundos próprios.

- **Outras medidas**

O Governo prevê ainda que empresas de dispositivos médicos que forneçam o SNS tenham de pagar uma contribuição extraordinária em 2020, calculada em função dos montantes adquiridos. Este regime visa “garantir a sustentabilidade do SNS” e é aplicado a fornecedores de dispositivos médicos, que incluem os dispositivos para diagnóstico *in vitro*. A receita obtida é consignada a um fundo de apoio à compra de tecnologias de saúde inovadoras para o SNS, que terá de ser criado.

A melhoria das condições gerais de vida, a oferta de serviços de saúde de qualidade e a diminuição da prevalência de algumas doenças têm contribuído para prolongar a vida dos portugueses. Estas importantes conquistas de saúde pública também são partilhadas por muitos outros países na Europa e no resto do mundo sendo certo que existirão sempre diferenças significativas (Governo da República Portuguesa, 2020).

A introdução do conceito das Parcerias Público-Privadas (PPP) na saúde teve como objetivo promover formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde assim como novas experiências de gestão, a participação do setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares do SNS. Deste modo, sob a orientação do Ministério da Saúde foram desenvolvidas intervenções de modo a renovar e reorganizar a rede do SNS, desta forma, apesar do investimento e exploração destas unidades ser privado, o acesso a serviços clínicos é o mesmo disponível nas restantes unidades hospitalares do setor público, ou seja, os utentes mantêm os mesmos direitos e deveres (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Assim, salienta-se que o setor da saúde português foi pioneiro na criação de um quadro legal na área das PPP e a sua regulamentação tem sido reforçada desde 2000. O modelo das PPP caracteriza-se pela parceria entre duas entidades gestoras com responsabilidades diferentes e delimitadas num quadro de complementaridade. Desta forma, o contrato possui horizontes temporais distintos para cada uma das entidades gestoras e mecanismos de pagamento distintos, gerando fluxos de pagamento independentes de modo a permitir uma adequada afetação entre as duas entidades gestoras dos riscos transferidos pela entidade pública contratante sendo que cada uma

das componentes destes contratos é implementada por: uma entidade Gestora do Estabelecimento e por uma Entidade Gestora do Edifício. No que concerne à entidade Gestora do Estabelecimento é importante referir que os pagamentos efetuados pelo Estado são baseados na produção clínica efetivamente realizada por grandes linhas de atividade e pela disponibilidade do Serviço de Urgência e, por outro lado, a Entidade Gestora do Edifício é baseada na disponibilidade da infraestrutura (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

2.1.2 O papel das Seguradoras em Saúde

Neste contexto, o sistema de saúde português é composto, hoje em dia, pelo SNS, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados, pelo sector segurador e pelo sector privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos. No que respeita ao mercado de seguros em Portugal, este tem vindo a transformar-se, ao longo dos últimos anos, num mercado organizado dominado por grupos económicos detentores de estruturas prestadoras de dimensões cada vez maiores e com maior peso no setor da saúde privada. Assim, o mercado de seguros privados inclui todos os contratos cujos prémios são calculados em função do risco, e para os quais a adesão é voluntária funcionando num regime de livre mercado, sujeito à legislação geral do setor segurador e dominado por um grupo reduzido de seguradoras. As seguradoras podem selecionar os clientes de menor risco, no entanto, a definição do risco individual do potencial cliente acarreta custos administrativos significativos, pelo que, na prática, é limitada a utilização de mecanismos de seleção direta de clientes, para além do preenchimento de um questionário, onde é pedida alguma informação básica, e alguns indicadores baseados na história clínica. Relativamente aos indivíduos com idade superior a 60 anos, não é possível a subscrição uma vez que os grupos populacionais com elevado nível de risco são, por norma, os mais idosos e com rendimentos mais baixos e que, por consequência, têm menor capacidade de comprar um seguro de saúde. Em contrapartida, o impacto dos seguros de saúde nas contas públicas deve ser ponderado uma vez que na ausência de seguro, parte das prestações de saúde pagas pelas seguradoras seria absorvida pelo SNS, e que o remanescente seria declarado para efeitos de dedução à coleta de IRS como despesas de saúde (Associação Portuguesa de Seguradores, 2009).

2.1.3 Noção de Serviço em Saúde

Após a abordagem da evolução do sistema de saúde português assim como a forma como este se articula com o setor privado é imprescindível falar na definição de “serviço em saúde”. Assim, este define-se como o ato de servir consistindo no ato ou efeito de realizar uma determinada ação de modo a satisfazer uma necessidade. Geralmente, a prestação de um serviço, neste caso associado à saúde, implica a doação de algo que não é material, isto é, relaciona-se com o bem-estar físico e psicológico de uma pessoa. Assim, a definição de serviço de saúde pode ser dividida em duas dimensões da qualidade: a dimensão técnica e a dimensão funcional. Embora a qualidade técnica, em saúde, seja definida com base na precisão técnica dos diagnósticos médicos e procedimentos ou na conformidade com as normas específicas, a dimensão funcional refere-se à maneira como o serviço de saúde é “entregue” aos pacientes. Por outras palavras, a qualidade técnica corresponde ao que os pacientes obtêm enquanto a qualidade funcional ao que eles percebem. Consequentemente, a qualidade técnica possui extrema importância, mas fica aquém de ser uma medida verdadeiramente útil para descrever como os pacientes avaliam a qualidade de um serviço pelo que a maioria dos pacientes não tem conhecimento para avaliar efetivamente a qualidade do diagnóstico e o processo de intervenção terapêutica que lhe foi realizado. Deste modo os pacientes baseiam a sua avaliação da qualidade prestada através dos fatores interpessoais e/ou fatores físicos que para a classe profissional são de menor importância. Em suma, para o doente é prestado um bom serviço de saúde quando existe um bom desempenho dos profissionais que o trataram sendo essa a melhor “arma” para este tipo de “negócio”. Um bom desempenho prestado fará com que os pacientes voltem a recorrer ao mesmo serviço e recomendem o mesmo aos seus amigos ou familiares (Yesilada e Direktor, 2010).

2.1.4 Serviço de Saúde: Imagiologia

Reportando ao Serviço de Imagiologia, serviço em que a presente dissertação se insere, este caracteriza-se por apresentar características diferentes dos outros serviços. Este tipo de serviço requer características arquitetónicas especiais uma vez que tem de responder às necessidades dos equipamentos utilizados nas mesmas, às necessidades dos profissionais que lá trabalham e às necessidades dos utentes que tem a necessidade de frequentá-los.

Deste modo, o serviço em questão necessita de ser meticulosamente planeado e estruturado de modo a apresentar-se com um ambiente confortável para o utente, de fácil acesso e que promova uma otimização da interação interna e externa, isto é, da interação entre os outros serviços do hospital e com aqueles que venham do exterior realizar exames programados. Nesse contexto, existem regras e normas pelas quais o mesmo necessita de ser orientado.

Desta forma, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde a 4 de setembro pela Lei 95/2019 que veio tornar mais fácil o acesso à regulamentação em vigor através das várias bases pelas quais é constituída incluindo parâmetros importantes como o “direito à proteção em saúde”, quais os “direitos e deveres dos utentes”, qual a “responsabilidade do Estado” entre outras. Neste sentido, esta lei veio generalizar os cuidados de saúde de modo a que estes se apresentassem transversais a todos os serviços, incluindo o qual é descrito.

Por outro lado, e uma vez que se recorre ao uso de radiações ionizantes para a realização dos mais variados exames imagiológicos, foi de extrema importância o estabelecimento de um regime jurídico da proteção radiológica na forma do Decreto-Lei 108/2018. Assim, a 3 de dezembro de 2018 e revogando as diretivas anteriores, foi definido o (...) *enquadramento normativo aplicável às situações de exposição planeada, situações de exposição existente e situações de exposição de emergência determinando um conjunto de mecanismos de gestão controlo, notificação rápida e informação para a proteção de membros do público aos riscos de exposição a radiações ionizantes (...)*. Pelo que, segundo a Agência Portuguesa do Ambiente (APA) autoridade responsável para efeitos do decreto-lei acima mencionado, e refletindo sobre as orientações internacionais são consideradas três situações de exposição que importam definir, são elas:

- **Situações de Exposição Planeada** – Correspondem a situações originadas pelo funcionamento planeado de uma fonte de radiação ou por uma atividade humana que provoca a exposição de pessoas ou do ambiente. Por exemplo, a utilização de radiações ionizantes na medicina ou na indústria, que decorrem de atividades planeadas.
- **Situações de Exposição Existente** – Correspondem a situações em que já existe exposição a radiações quando se toma a decisão de a submeter a controlo regulador e que não exige a adoção de medidas urgentes. Por exemplo, o passivo

ambiental criado por uma atividade humana anterior, que possa ter resultado num aumento das concentrações de determinados radioisótopos no local, mesmo que de origem natural.

- **Situações de Exposição de Emergência** – Situações que decorrem de situações de emergência radiológica, exigindo medidas urgentes.

Importa referir que cada uma destas situações de exposição continuam a ser considerados os tipos de exposição dos membros do público, dos profissionais e dos pacientes (quando aplicável). Mais se acrescenta, que no mesmo decreto-lei são mencionados aspetos importantes como o “Princípio da limitação de doses” pelo Artigo 7.º onde (...) *Em situações de exposição planeadas, a soma das doses recebidas por um indivíduo não pode exceder os limites de dose estabelecidos para a exposição ocupacional ou para a exposição do público (...).* e o “Princípio da responsabilidade pela proteção e segurança radiológica” pelo Artigo 8.º onde se salienta que (...) *A responsabilidade pela proteção e segurança radiológica incumbe ao titular de uma fonte de radiação (...).*

Este decreto-lei veio assim concentrar numa só autoridade competente e numa só autoridade inspetiva as competências de autoridade reguladora no que respeita a matéria de proteção contra radiações que se encontravam dispersas por diversas entidades de vários ministérios, permitindo uma maior eficiência da execução das competências reguladora assim como uma transversalidade a todos os serviços de Imagiologia do país (Agência Portuguesa do Ambiente, 2020).

2.2 Qualidade

A noção de qualidade é inerente ao ser humano, projetando-se em vários atos mesmo os mais básicos e simples do quotidiano. Desde a qualidade das casas à qualidade das vias de comunicação, tudo serve de exemplo para podermos perceber o relativismo que está intrínseco ao conceito de “qualidade”, oposto a uma tendência reinante na primeira metade do século XX que se pautava em caminhar de forma iterativa em direção a incontestáveis certezas. Assim, o conceito de qualidade não pode ser dissociado das necessidades ou desejos que o produto satisfaz e/ou procura satisfazer, devendo-se ainda ter em conta a diferença entre satisfação dos desejos e satisfação das necessidades. Emergiu deste modo um vocabulário próprio e um conjunto novo de técnicas e regras a serem adotadas por todos os que aderiram a esta causa, assistindo-se ao nascimento de uma nova perspetiva sobre a gestão das organizações onde a salvaguarda e a condução do processo passaram a ser difundidas a todos os níveis, deixando de ser um exclusivo de uma elite de gestores profissionais. A garantia da qualidade passou a ter como foco a prevenção e o cliente, deixando de estar centrada na inspeção assegurada por departamentos especializados com nenhuma ligação aos restantes setores da organização. Na longa história associada à qualidade destacam-se dois marcos importantes e os quais não se pode deixar de dar a sua importância. O primeiro remonta à produção em massa associada à Revolução Industrial, aquando o século XIX, e o segundo, à importância crescente assumida pelo setor dos serviços, nomeadamente, aos serviços em atividades não comerciais como é o caso dos setores do ensino e dos cuidados de saúde públicos (António e Teixeira, 2009).

Neste contexto, e de forma a contextualizar a definição de “qualidade”, há muitos anos atrás *Deming* definiu a mesma como uma estratégia voltada para as necessidades do cliente sendo que nessa época esta definição estratégica foi aceite internacionalmente. Por outro lado, *Juran*, mais tarde, veio definir o mesmo termo como uma conformidade perante determinados requisitos. Anos mais tarde a *American National Standards Institute* (ANSI) e a *American Society for Quality* (ASQ) vieram definir qualidade como a totalidade de recursos e características de um atendimento ou serviço que se relaciona com a sua capacidade de satisfazer certas necessidades. Sendo um conceito ambíguo, a qualidade apresenta-se assim como um sistema de valor sem unidade interpretada por diversos pontos de vista. Deste modo, o seu significado ligado à saúde considera-se muito mais do que um mero conceito, envolvendo mais do que a

parte clínica, a parte técnica, a satisfação do cliente, as relações interpessoais, isto é, apresenta-se como um conjunto de variáveis que se interligam formando uma só (Aggarwal, Aeran e Rathee, 2019).

2.2.1 Noção de Qualidade em Saúde

O conceito de “qualidade” pode ser tomado, atualmente, como cada iniciativa que se realiza para melhorar a qualidade e os resultados nos sistemas de saúde. Assim, tem como ponto de partida alguma compreensão do que se entende por "qualidade" pois sem esse discernimento não será possível projetar as intervenções e medidas usadas para melhorar os resultados obtidos. Deste modo, existem muitas definições de qualidade usadas tanto em relação aos sistemas de saúde e cuidados de saúde como noutras áreas. Assim, uma definição de trabalho é necessária para caracterizar a qualidade na atenção à saúde e nos sistemas de saúde pois sem essa definição de trabalho, o processo de seleção de novas intervenções e construção de estratégias para melhoria da qualidade será seriamente prejudicado. Por essa razão, essa definição de trabalho precisa de ter uma perspetiva de todo o sistema e refletir uma preocupação com os resultados alcançados tanto para os indivíduos quanto para as comunidades inteiras (World Health Organization, 2006).

O foco da qualidade na assistência à saúde encontra-se, essencialmente, na manutenção, *Donabedian* propôs o uso da tríade de estrutura, processo e resultados para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. A componente de “estrutura” inclui as infraestruturas hospitalares, as habilitações dos profissionais de saúde e os sistemas administrativos na prestação de cuidados de saúde. A componente “processo” abrange os componentes individuais e as suas interações e os “resultados” abrangem a recuperação, restauração da função e sobrevivência. Deste modo, de acordo os serviços de saúde consideram-se de qualidade quando são seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos. Segundo *Philip Crosby*, a qualidade em saúde é alcançada através da prevenção e não da avaliação, exemplo disso são as infeções hospitalares que podem ser facilmente evitadas se os mesmos incorporarem programas de qualidade e de gestão. A satisfação do utente será sempre o resultado desejável de um programa de garantia de qualidade embora os programas que por serem dispendiosos, muitas vezes sejam deitados por terra (Aggarwal, Aeran e Rathee, 2019).

2.2.2 Melhoria Contínua em Saúde

Nos finais do século XIX, o denominado Taylorismo, modelo desenvolvido por *Frederick W. Taylor*, preconizou a divisão das tarefas em pequenos elementos e atribuía a resolução de problemas a especialistas em gestão exigindo que fossem definidas tarefas de tal modo que, cada uma delas, fosse uma sequência de operações ou elementos do trabalho a ser realizada pelos indivíduos. Assim, o Taylorismo disseminou-se por todo o mundo e entrou em diversos serviços, pois segundo os seus defensores, os indivíduos necessitam de adquirir rotinas e uma vez aprendidas, bastam ser repetidas continuamente de acordo com o prescrito (António e Teixeira, 2009).

Anos mais tarde, em meados dos anos 90, surge o conceito de *Clinical Governance*, traduzido por “Governança Clínica” que, no que respeita à qualidade em saúde, se traduz como a forma como se atinge a melhoria da qualidade de um serviço de saúde. Esta noção deriva da resposta do Serviço Nacional de Saúde Britânico à redução dos profissionais de saúde a meros agentes de produção, controlados por uma máquina administrativa baseada em objetivos de produção associados a uma deterioração da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Desta forma, surgiu uma corrente inovadora de pensamento que aliou a participação tanto das organizações de saúde como dos seus profissionais na gestão do sistema de saúde. Atividades emergentes como as auditorias clínicas, desenvolvimento profissional contínuo ou a gestão de risco demonstraram-se como pilares na consagração da Governança Clínica. A auditoria clínica, que nos anos 90, já era uma prática contínua e sistemática que promovia a deteção sistemática dos pontos fracos, de oportunidades de melhoria e de decorrentes refinamentos na organização e sofisticação da prestação de cuidados de saúde pelo que passou a ser uma obrigação contratual para a continuidade do licenciamento das unidades de saúde pelo que a Governança Clínica surgiu como uma ferramenta necessária para a afirmação e concretização do conhecimento gerado e acumulado no seio dos profissionais de saúde e das suas organizações. Devido aos ótimos resultados obtidos e à adesão a este conceito, passou a haver um enriquecimento não só conceptual como prático, fazendo com que hoje esta prática seja comum tanto nas instituições hospitalares públicas como privadas (Rodrigues e Felício, 2017).

Neste sentido existem dois conceitos de extrema importância a “Liderança” e a “Governança Clínica” que, aliados, desempenham um papel fundamental na criação de ambientes seguros para a prestação de cuidados e, simultaneamente, ambientes capazes de promover a excelência clínica. Assim, é do senso comum que os serviços de saúde

são responsáveis pela gestão e melhoria contínua da qualidade, garantindo em todos os momentos, elevados padrões de qualidade e de cuidados prestados aos utentes sendo que a liderança em instituições de saúde, é considerada um fator determinante para uma boa governação das mesmas, pois desta forma é possível manter equipas motivadas capazes de enfrentar os desafios. Por outro lado, os desafios inerentes aos processos de governação clínica poderão ser ultrapassados se houver consciência da multi-profissionalidade aquando a abordagem dos processos de trabalho (Rodrigues e Felício, 2017).

Neste sentido, a formação, o treino dos profissionais, a gestão do risco, as auditorias clínicas, a transparência de processos, a investigação e a participação do utente são exemplo dos eixos determinantes para alcançar a efetividade clínica e, consequentemente, a melhoria contínua.

2.3 Qualidade e Satisfação

O termo de “qualidade” aliado à abordagem que é feita baseada no utilizador, tem como foco a capacidade de um bem ou serviço satisfazer ou exceder os desejos de um consumidor específico. A qualidade é tipicamente definida como satisfazer ou exceder as expetativas dos consumidores.

Na década de 1950, *Feigenbaum* definiu qualidade como “o grau de satisfação das expetativas do cliente proporcionado pelo produto”, da mesma forma que *Juran et al.* na década de 1970 associava a qualidade “ao grau de satisfação dos objetivos do utilizador proporcionado pelo produto”. Assim, se por um lado, alguns autores como *Walter Andrew Shewhart*, *Joseph Moses Juran* e *Armand V. Feigenbaum*, salientaram a importância das necessidades do consumidor, por outro, forneceram poucos conselhos sob a forma como traduzir os desejos do consumidor em especificações apropriadas para os produtos e serviços. Deste modo, a dificuldade de tais processos aumenta se considerarmos que o que conta como satisfação é subjetivo e varia com o gosto de cada um, com *standards*, com crenças, com objetivos e que estes variam com a personalidade individual assim como com o meio envolvente. De modo a colmatar esta lacuna, e identificar as necessidades dos clientes através de “provas de gosto”, o marketing dos serviços desenvolveu ferramentas e técnicas da qualidade que tem como objetivo uma compreensão das expetativas e necessidades dos consumidores, como sendo o SERVQUAL ou o SERVPERF (António e Teixeira, 2009).

2.3.1 Prestação de Cuidados centrados no Utente

A “experiência” e a “satisfação” do utente são dois termos frequentemente usados no atendimento centrado no utente. A experiência do utente pode ser abordada como uma interação individual do que aconteceu e a frequência com que aconteceu, ao contrário da satisfação, que se mostra como uma avaliação subjetiva e cumulativa da qualidade de encontros individuais. Neste sentido, o Serviço de Imagiologia encontra-se presente na prestação de serviços de saúde, o que faz com que este seja uma peça fundamental na influência da satisfação. Desde o Serviço de Urgência, passando pelo Bloco Operatório e terminando no Serviço de Ambulatório, a Imagiologia está presente e produz diversas expetativas. Assim, medir a satisfação utilizando processos de melhoria da qualidade sem se focar apenas nos resultados clínicos, é essencial para melhorar o atendimento centrado no utente. Entre os vários aspetos importantes, o

respeito pelos valores de cada um, pelas suas preferências e suas pelas necessidades aliados à pressão por um aumento da produtividade e à racionalização dos processos dentro do serviço torna-se essencial para aumentar a eficiência e reduzir a variabilidade indesejada.

Questões como os “tempos de espera” colocam-se entre as mais comuns no que respeita às queixas por parte dos utentes. Soluções como o esclarecimento acerca dos procedimentos que os utentes irão realizar assim como a autorização do seguro antes da chegada do utente ao serviço fazem com que se possa reduzir consideravelmente os tempos de atraso no serviço. Outras soluções simples, que também podem reduzir o tempo de espera percebido podem passar por uma sala de espera centrada no doente com *Wi-Fi* gratuito e/ou atualizações regulares do tempo de espera. Outro dos problemas mais comuns, reside na disponibilização do relatório, o que poderia ser colmatado com o facto de os doentes poderem comunicar diretamente com o Radiologista responsável pelo seu exame. Desta forma, está provado que a comunicação direta médico-utente é rara, pelo que a comunicação verbal dos resultados e trabalhando em equipa com os técnicos de radiologia faria com que os mesmos se sentissem mais tranquilos e satisfeitos.

Outro aspeto importante relaciona-se com o conforto físico, uma vez que alguns procedimentos radiológicos são invasivos e podem produzir desconforto/dor, por exemplo, quando é necessária a colocação de um acesso intravenoso ou quando é necessário jejum, pelo que tranquilizar o doente pode fazer com que esse desconforto seja amenizado. Por outro lado, o suporte emocional, também tem um grande peso uma vez que envolve a compreensão das expectativas e das preocupações e uma resposta adequada. Em vez de insistir nos aspetos técnicos associados aos exames imagiológicos, a atenção deve ser dada ao alívio da ansiedade associado a todo o processo. Por exemplo, nos exames de Ressonância Magnética, onde muitas vezes os utentes sofrem de claustrofobia associada a elevados níveis de ansiedade. Pacientes submetidos a exames e procedimentos radiológicos geralmente ficam nervosos e receosos. Essa ansiedade pode alterar a capacidade de absorver e entender informações sobre procedimentos, resultados anormais, más notícias ou instruções pós-procedimentos. A presença de um familiar ou amigo pode ajudar no suporte emocional, mas também facilitar entendimento das informações, diagnósticos e instruções pós-procedimentos garantindo esforços para melhorar a experiência em geral e promover assim um acompanhamento adequado (Jensen *et al.*, 2016).

2.3.2 O Processo de Certificação

Aliada à experiência do utente em meio hospitalar encontra-se a certificação na área da saúde, e com certificação são introduzidas melhorias em todos os processos desde um maior rigor na definição dos objetivos da qualidade ao planeamento e controlo de processos. Por outro lado, existe uma maior confiança por parte dos utentes nos serviços prestados pois possuem a noção de que o desempenho exercido pelos profissionais de saúde se encontra de acordo com padrões internacionais assim como a identificação de possíveis problemas de uma forma preventiva acarreta menos custos (Heuve *et al.*, 2005).

O processo de certificação inicia-se, voluntariamente, quando uma entidade externa à instituição hospitalar, denominada de “entidade certificadora”, creditada para esse efeito, emite um certificado de modo a atestar que a instituição hospitalar em causa se encontra em conformidade com os requisitos referenciais habitualmente denominados por normas. Em termos simples, poderíamos dizer que certificar significa demonstrar, com base numa avaliação e auditoria externa independente, que um produto, serviço, sistema de gestão ou mesmo processo mais complexo está de acordo com uma norma, referencial e/ou especificação técnica. O processo de certificação é temporário e as normas reavaliadas o que faz com que exista várias edições das normas ao longo dos anos. A cada ciclo de certificação, a entidade certificadora é responsável por fazer visitas regulares à empresa, normalmente anual, de modo a certificar-se que os critérios continuam a ser cumpridos. No que concerne aos certificados emitidos, estes possuem um prazo ao fim do qual todo o processo de certificação é reiniciado. Por outro lado, durante o período de validade dos certificados, o grau de gravidade ou a importância das não conformidades detetadas no decorrer destas podem levar à suspensão da certificação ou até mesmo à perda do certificado pelo que mais uma vez as avaliações periódicas são realizadas com o objetivo de haver uma avaliação contínua das normas impostas (Direção-Geral da Saúde, 2014).

A certificação não é uma decisão imposta, mas sim voluntária, que exige um envolvimento de várias partes das instituições pelo que deve ser feita de forma consciente e envolver todos os colaboradores. À parte disso, resta salientar que a certificação tem começado a ser vista como uma imposição do mercado nacional e internacional sendo impossível vingar em certos setores se não houver uma certificação prévia. Assim, a certificação mais não é que um processo sistemático de educação e esclarecimento dos profissionais de saúde que deve ser levado a cabo para que todos

compreendam os conceitos por detrás das palavras e não se deixem influenciar por meros termos (Direção-Geral da Saúde, 2014).

2.3.3 Qualidade e Satisfação no Setor Público e no Setor Privado

A medição da qualidade dos serviços de saúde no setor público, encontra-se a cargo do Programa Nacional de Acreditação em Saúde e o processo de certificação conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho) e os procedimentos documentados em vigor no DQS.

O certificado atribuído pelo DQS a um determinado serviço ou unidade de saúde atesta a conformidade com as especificações e os *standards* estabelecidos nos *Manuais de Standards* e demais requisitos do modelo de certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde. Assim, a certificação circunscreve-se a um determinado âmbito de atuação, estando este indicado de forma clara e precisa no respetivo certificado, de modo que esta especificação seja proporcionada, sem ambiguidades, não só à organização-cliente como a outras partes interessadas. Todavia, no âmbito do modelo de certificação do Ministério da Saúde a certificação de unidades de saúde pode ser solicitada por todo o tipo de instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no Sistema de Saúde Português, sejam elas públicas ou privadas.

Esta certificação, de acordo com o Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde, pode ser solicitada por unidades com a seguinte estrutura organizacional: Centros Hospitalares, Hospitais, Serviços especializados (Ex: Serviço de Imagiologia), Unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, Unidades de convalescença de curta, média e longa duração, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de saúde integradas em parcerias público-privadas e unidades de saúde com contratos ou parcerias com o Serviço Nacional de Saúde e em Unidades de saúde privadas (Direção-Geral da Saúde, 2020a).

Neste sentido, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência,

acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Este plano de ação tem como objetivo, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio e pelo Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, esta determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem como foco 6 prioridades obrigando ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde:

- Prioridade 1: Melhoria da qualidade clínica e organizacional
- Prioridade 2: Aumento da adesão a normas de orientação clínica
- Prioridade 3: Reforço da segurança dos doentes
- Prioridade 4: Monitorização permanente da qualidade e segurança
- Prioridade 5: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde
- Prioridade 6: Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

Através deste conjunto de prioridades a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 promove vários aspetos de extrema importância como uma avaliação da prática clínica, assegurar e verificar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional, reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde, ouvir a opinião dos cidadãos sobre a qualidade e o sistema de saúde, auditar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde e promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão, entre outras (Direção-Geral da Saúde, 2020c).

Recentemente, em janeiro de 2020, foi publicado o Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde com o objetivo de estabelecer as regras para a concessão, manutenção e renovação da certificação de unidades de saúde, em conformidade com o Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português. O processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), e tem como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e os procedimentos

documentados em vigor no DQS. Um certificado, outorgado pelo DQS a uma unidade, atesta a sua atuação em conformidade com as especificações e os *standards* estabelecidos nos *manuals de standards* e demais requisitos do Modelo de Certificação (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Por outro lado, o setor privado da saúde em Portugal tem tido um crescimento em todos os sentidos não tendo apenas em carácter suplementar face ao setor público.

No contexto português existem particularidades do sistema de saúde público que podem ter sido determinantes para o desenvolvimento da oferta privada, tendo como exemplo, a mobilidade dos profissionais de saúde entre o sector público e privado, a possibilidade de os profissionais de saúde aumentarem a sua remuneração com a prestação dos seus serviços no sector privado, a preocupação em desenvolver e gerar soluções para minimizar listas de espera entre outros.

No caso da procura privada, os fatores que poderão ter estado na base do seu crescimento em Portugal foram, entre muitos outros, a “conveniência” do acesso a resultados de elevada qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a crescente procura de cuidados ligados à estética tendo aumentado o número de cirurgias plásticas e de tratamentos relacionados com o bem-estar, entre muitos outros. Deste modo, este setor é procurado por diversas razões, entre elas, porque proporciona maiores níveis de conforto e uma maior rapidez no acesso a cuidados de saúde, preenche lacunas existentes até há pouco tempo e/ou contorna fragilidades da oferta pública como é o caso da Medicina Dentária.

No que respeita à grande vantagem deste setor, tem a ver com o fato de permitir ter um volume de clientes significativo, o que permite uma maior rentabilização do negócio enquanto os subsistemas e seguradoras dão aos seus clientes a “qualidade e satisfação” por eles pretendida no que toca à liberdade de escolha e no fato de darem aos mesmos condições amplamente valorizadas pelos clientes e que não podem ser garantidas no setor público dado o fato de este ter de responder de uma forma universal.

Neste sentido existem áreas de cooperação entre os dois setores, o público e o privado, o programa de combate às listas de espera cirúrgica denominado SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou as PPP. Neste sentido existe uma grande parte da população portuguesa que para além de beneficiar do SNS se encontra coberta por um subsistema de saúde público como a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores do Estado) ou

então um seguro de saúde individual/grupo tendencialmente direcionado a prestadores privados o que denota a relevância que o setor privado de saúde tem vindo a ter nos últimos anos em Portugal (Mateus *et al.*, 2017).

2.3.4 Grupo HPA Saúde

A área dos cuidados hospitalares tem sido aquela em que o surgimento e a afirmação de grupos empresariais privados tem ganho maior projeção. Desta forma, estes apresentam-se revestindo-se de um importante papel complementar aos hospitais do sector público, recorrendo a financiamentos que incluem os subsistemas de saúde, os seguros privados e os acordos e convenções com o SNS, bem como das oportunidades associadas às PPP. Neste contexto, os principais grupos privados a atuar na área dos cuidados hospitalares têm vindo a apostar não apenas na sua capacitação ao nível dos equipamentos e dos recursos humanos, mas também na qualidade e conforto das suas instalações e no atendimento centrado no cliente, visando sempre que a satisfação deste supere a satisfação que advém de um atendimento numa unidade do sector público. Além disso, estes grupos têm vindo a estender o espectro da sua atuação, da criação de “unidades de nicho” como são o caso das residências seniores, da criação de unidades de ambulatório a par de unidades de internamento pretendendo, dessa forma, não apenas aumentar o âmbito geográfico de atuação, mas também fomentar uma “rede de referenciação” intra-grupo, para além da criação ou aquisição de unidades dedicadas a meios complementares de diagnóstico. O movimento de fusões e aquisições no leque destes grupos privados tem também tido lugar.

A par dos grupos Mello Saúde, Luz Saúde, Lusíadas Saúde e Trofa Saúde, existe um conjunto de casos de “pequenos grupos” que tem vindo a ascender e a mostrar-se com grande potencial em Portugal, exemplo disso encontra-se o Grupo HPA Saúde que se tem destacado como grupo em ascensão no que concerne aos cuidados de saúde e meios de diagnósticos e terapêutica (Mateus *et al.*, 2017).

Relativamente ao Grupo HPA Saúde, este foi criado em 1996, com a inauguração do primeiro Hospital Privado em Alvor, tendo como alvo o turismo no Algarve. Com um crescimento contínuo ao longo dos anos, o Grupo HPA Saúde tem vindo a alargar a sua influência geográfica a todo o Algarve abrangendo várias localidades como Alvor, Lagos, Portimão, Monchique, Albufeira, Vilamoura, Faro e Vila Real de Santo António. Com esta abrangência, este grupo disponibiliza unidades

hospitalares diferenciadas à maior parte da população algarvia de modo a garantir uma relação de proximidade através da rede de clínicas existentes onde se encontram disponíveis consultas, exames e cirurgias de ambulatório. De modo a garantir a continuidade dos dados e de toda a informação relativa a todos os doentes, foi desenvolvida uma rede tecnológica que interliga todas as unidades do grupo. Assim, existe a garantia de um apoio clínico apropriado e independente da unidade onde o utente se encontra e o diagnóstico pode ser efetuado pelo especialista adequado sem perda de tempo para ambas as partes e garantindo cuidados de saúde diferenciados (Grupo HPA Saúde, 2020).

2.4 A Moralidade e a Ética

Segundo o Diário da República vigente em Portugal, e na sequência do Decreto-lei 564/99, estabeleceu-se o estatuto legal da Carreira de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica como (...) *um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (...) e a um desempenho profissional que releva de crescente complexidade e responsabilidade (...) sendo que a profissão de Técnico de Radiologia se refere a alguém capacitado para a (...) realização de todos os exames da área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes; (...)*. Nos dias de hoje, agregada a toda a parte técnica protocolada, é urgente complementar com a moralidade e a ética onde o conceito de princípio da dignidade da Pessoa Humana em Radiologia desempenha um papel fundamental. Relativamente a este último conceito, a Constituição da República Portuguesa é objetiva e declara no Artigo 1º que *Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre justa e solidária.*, e, seguidamente, no Artigo 2º do mesmo documento que a (...) *República Portuguesa é um Estado de direito democrático (...)* significando que este é um Estado que se afirma de acordo com o primado da lei e da dignidade da pessoa humana que só pode existir no contexto de um sistema democrático capaz de garantir o primado da lei onde o Estado através dos diferentes órgãos de soberania e no âmbito das suas competências garantem a cada pessoa os seus direitos fundamentais e fazendo com que os mesmo sejam respeitados. Assim, a defesa da dignidade da pessoa humana é o referencial na construção de sociedades justas, solidárias e multiculturais onde no Artigo 13º se afirma que *ninguém (...) pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.*

2.4.1 Responsabilidade Penal

Nesse sentido, e segundo o Código Penal, existe a noção de responsabilidade

penal entre os profissionais de saúde de modo a que haja qualidade a quem está apto a responder pelos seus atos e a obrigado a assumir as consequências dos mesmos, assim encontram-se “protegidos” pelo Artigo 150º de modo a que as (...) *intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física (...)*. Mais se salienta que o consentimento informado se torna fundamental para o tratamento e ajuda dos profissionais de saúde pelo que o Artigo 156º salienta que o (...) *facto não é punível quando o consentimento (...)*. pelo que o consentimento se mostra como uma das pedras basilares dos profissionais de saúde havendo uma exclusão de ilicitude. Para este efeito é necessário que o profissional de saúde seja capaz de esclarecer ao máximo o utente e que o mesmo possa excluir os seus medos e incertezas antes que lhe seja realizado algum procedimento pelo que é mencionado no Artigo 157º onde o (...) *consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica*. Neste contexto, não poderá nunca ser excluído o segredo profissional inerente a qualquer profissional e mencionado no Artigo 195º onde (...) *Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias*.

2.4.2 Moralidade Vs Ética

A teoria da moralidade é tão antiga quanto a própria filosofia pelo que tenta responder ao que “devo fazer”, sendo que a resposta para tal surge sob a forma de princípios universais que, caso sejam seguidos, reduzem o medo e fornecem a garantia que se está a seguir o caminho correto. É desta forma que, no setor da saúde, muitas organizações utilizam as certificações de qualidade como publicidade para os seus produtos e serviços, acontecendo, por vezes, uma tendência para confundir a certificação com filosofia de gestão. Assim, a filosofia de gestão da qualidade é em

última análise inimiga do consumismo e a gestão da qualidade chama a atenção para a escassez de recursos e para o fato dos mesmos não nos pertencerem pelo que devemos utilizá-los de uma forma eficiente e eficaz permitindo que as gerações futuras tenham também a possibilidade de os utilizar e viver uma vida melhor (António e Teixeira, 2009).

Por outro lado, a ética define-se como a ciência moral que regula a postura e o comportamento do profissional de saúde pelo que se comporta como um “juízo filosófico” acerca do que é o correto e o errado baseado em princípios usados para justificar ações e resolver problemas em determinado contexto. Desta forma, quando ocorrem situações em que os direitos das pessoas e as exigências da ciência são colocados à prova surge o comumente designado “dilema ético”. Neste caso em concreto, e uma vez que se trata do desenvolvimento de uma investigação é necessário respeitar direitos e liberdades da pessoa entre eles o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Todos os direitos descritos anteriormente fazem parte de um conjunto de permissões e interdições que possuem grande valor na vida dos indivíduos e me que estes se inspiram para guiar a sua conduta pelo que é necessário investigar mas sempre salvaguardando o primado da lei e da dignidade da pessoa humana (Vilelas, 2017).

Desta forma, existe uma procura contínua por parte das organizações pela qualidade que não deve ser encarada como um processo meramente técnico e apolítico, uma vez que tanto molda como é moldado pelas relações sociais e de poder existentes. Este conceito não deixa de ter a sua importância uma vez que nos permite questionar as suas consequências no que concerne às experiências dos vários *stakeholders*. Consequentemente, o discurso da qualidade trouxe com ele um repertório completo de direitos e deveres ligados ao indivíduo como consumidor sendo a linguagem e a prática da qualidade inerentemente moral contribuindo assim para o desenvolvimento da sociedade (António e Teixeira, 2009).

O cumprimento das normas éticas é um dever social e, no caso da saúde, é também um dever profissional pelo que a norma ética assume o estatuto de uma norma deontológica. Deste modo, na saúde, porque a relação humana e as decisões sobre os outros são de maior delicadeza, sensibilidade e risco, é necessário estar seguros de que se tem por perto um profissional de saúde competente no plano técnico, mas é também um ser humano virtuoso. As Ciências da Saúde, todas elas, estão orientadas, direta ou

indiretamente, para o cuidado da pessoa doente, ou que se declara doente e que procura obter a ajuda de um profissional pelo que é necessário a existência de valores individuais, os valores do diálogo interpessoal e valores sociais/comunitários. Primeiramente, a virtude da paciência, isto é, quem acolhe munido da virtude da paciência encontrará um melhor procedimento numa situação concreta do que o que não tem esta virtude e da virtude pessoal da paciência decorre a disponibilidade, virtudes que ultrapassam, em muito, a clássica dicotomia do agir moral entre o que é bem e o que é mal. Por último, a virtude da generosidade, definida como virtude de dar ao outro mais do que o que é apenas justo, dando ao outro tempo, espaço e preocupação no que toca ao indivíduo como pessoa e não apenas como doente que necessita de auxílio. Concluindo, uma ética de virtudes nas Ciências da Saúde procura formar profissionais íntegros, pacientes e generosos humanizando a sua prática diária (Serrão, 2015).

No que respeita à área da Radiologia é certo que veio revolucionar o mundo da medicina moderna uma vez que trouxe uma grande vantagem na forma como se aborda um problema de saúde nos dias de hoje, Assim, os processos tendem a ser menos invasivos e os utentes podem evitar hospitalizações prolongadas e ter um melhor acompanhamento comparativamente com o tempo em que esta técnica não se realizava ou que era bastante primordial onde era necessário utilizar processos invasivos para saber o que estaria a comprometer a saúde de determinado utente. Outra das vantagens da utilização da imagiologia prende-se na forma como pode ajudar os utentes a mudar a perspetiva da sua própria doente na medida em que eles próprios acompanham o progresso da sua doença (Doudenkova e Pipon, 2016).

2.4.3 Utilização responsável de Radiações Ionizantes

Por outro lado, nem tudo são vantagens, existem desvantagens com grande impacto na vida dos indivíduos e que se tornam cada vez mais urgentes de ultrapassar e/ou minimizar devido à utilização de radiação ionizante. Hoje em dia, e cada vez mais, a preocupação com as doses de radiação a que os utentes são expostos carecem de uma atenção acrescida tanto para a comunidade médica e científica como para quem regulamenta as leis em saúde. É do conhecimento geral que a classe médica não tem consciência e é pouco informada no que respeita aos riscos relacionados com a radiação ionizante assim como desconhecem os princípios básicos da proteção contra a radiação ionizante. Estudos realizados anteriormente estimam que entre 20% a 50% dos exames

imagiológicos realizados pelos utentes foram desnecessários e não proporcionaram benefícios à saúde dos mesmos pelo que vem confirmar a hipótese de que existe uma banalização generalizada da investigação radiológica na medicina ocidental contemporânea. Contudo, os riscos raramente são mencionados tanto pelos Médicos Radiologistas como pelos Técnicos de Radiologia e a questão da aplicação do consentimento informado está longe de ser desenvolvida e articulada na prática sendo que a grande dificuldade reside na comunicação de um risco que não pode ser caracterizado com uma certeza absoluta e que é debatido centenas de vezes tanto por profissionais de saúde como por investigadores dedicados a essa área. Como exemplo, temos a simples radiografia ao Tórax e um cateterismo cardíaco, o primeiro, considera-se um procedimento relativamente simples em que o consentimento implícito é suficiente, isto é, o paciente consente demonstram-se presente para o realizar. Por outro lado, a realização de um cateterismo cardíaco, que se apresenta como um procedimento complexo e que acarreta riscos óbvios e conhecidos pelo paciente. Neste ponto, surgem varias questões sobre a partir de que “nível de risco/tipo de exame devem os profissionais de saúde começar a pedir o consentimento informados dos utentes (Doudenkova e Pipon, 2016).

No final do ano de 2005 a UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), numa perspetiva internacional organizou uma Conferencia Geral de modo a adotar uma Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos pelo que os estados membros se comprometeram a respeitar e aplicar os princípios fundamentas da bioética aí propostos passando tanto por questões éticas suscitadas pela medicina como as regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. No âmbito desta declaração, o Artigo 8 que diz respeito ao “Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal” salienta que *Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que estão relacionadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e devem ser respeitados a integridade pessoal dos indivíduos em causa (...).* o que pressupõe a existência de um consentimento livre e esclarecido a todo a tipo de utente esteja em que condição estiver (UNESCO, 2006).

2.4.4 Evolução da Técnica Imagiológica e Consequências

Por outro lado, existe a evolução a passos largos da Imagiologia através da inteligência artificial, mecanizada através de computadores que se comporta de forma que, até aos dias de hoje, se pensava exigir a inteligência humana tendo esta o potencial de melhorar substancialmente todas as facetas da Radiologia. Este é um passo complexo e possui inúmeras armadilhas pelo que pode potenciar o uso indevido dos dados confidenciais dos utentes. Desta forma os médicos radiologistas têm o dever moral de usar os dados que possuem para o bem comum extraindo informações acerca dos utentes melhorando assim o seu diagnóstico e prática ao mesmo tempo que tem o dever de não os usar de forma a os prejudicar ou discriminar. É urgente por isso, que a comunidade médica radiológica e as partes interessadas comecem a desenvolver regulamentos, normas e códigos de conduta eficazes de modo a garantir a confiança de todos os envolvidos e equilibrar os problemas com uma preocupação moral apropriada. Deste modo as ferramentas utilizadas precisarão de ser continuamente controladas de modo a garantir o funcionamento esperado, conforme as decisões tomadas e possibilitem um atendimento ideal e ético ao utente. É possível que esta nova forma de trabalho mude os papéis e as posições dos médicos radiologistas, revolucione a maneira como as decisões são tomadas sobre os exames de radiologia e transforme a maneira como os radiologistas se relacionam com pacientes e outras partes interessadas (Geis *et al.*, 2019).

Resumindo, a Radiologia deve começar agora a desenvolver códigos de ética e prática para a inteligência artificial. Esses códigos devem promover qualquer uso que ajude os pacientes e o bem comum e bloquear o uso de dados e algoritmos de radiologia para ganhos financeiros. Assim, para que possamos tirar um maior partido da nova tecnologia é necessário ter a obrigação moral de considerar a ética tanto na forma como usamos os dados, como desenvolvemos e operamos as máquinas de tomada de decisão e como nos comportamos como profissionais (Geis *et al.*, 2019).

Seja pela perspectiva ética ou legal, a falta de nitidez sobre a falta do consentimento informado continua a ser um problema, principalmente considerando os princípios éticos e legais aliados à prática médica atual em torna da tomada de decisão do utente e da comunicação dos riscos associados a todo o procedimento pelo que é os técnicos de radiologia e médicos radiologistas possuem um papel crucial na educação dos utentes e, conseqüentemente, na proteção da saúde da saúde pública.

2.5 Instrumentos utilizados na medição da Qualidade: SERVPERF e SERVQUAL

Devido ao complexo conjunto de questões que se colocam todos os dias, o setor privado necessita de dar resposta às expectativas criadas pelos seus utentes. Isto é, as instituições privadas, por esse mesmo facto, regem-se de modo diferente do setor público pelo que adquirem determinadas condutas os quais vão despoletar uma perceção pelo utente e conseqüentemente o irão fazer comparar duas realidades, o que esperava e o que vivenciou. Portanto, sendo este o pressuposto principal e juntando os estudos elaborados sobre o tema em discussão, levantam-se tantas outras questões ainda por esclarecer. Assim, e a partir da presente dissertação, pretende-se por um lado dar continuidade ao que já foi elaborado e desbravar novos caminhos existentes perante a temática.

SERVQUAL

A forma de medição da qualidade de um serviço pode ocorrer mediante o conhecimento sobre o grau com que o mesmo atende ou supera as expectativas do cliente. Nesse sentido, essas definições sugerem que a qualidade deve incutir a perspectiva da satisfação do cliente, do ponto de vista da prestação de serviço. *Kotler e Keller* (2013) a definem como o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo serviço ou resultado em relação às expectativas da pessoa. *Fitzsimmons e Fitzsimmons* (2000) também definem que a satisfação do cliente com um serviço depende do nível de atendimento e a expectativa quanto ao serviço (*Rêgo et al.*, 2014).

Relativamente ao modelo SERVQUAL, e de acordo com autores como *Salomi, Miguel e Abackerli*, a literatura consultada refere que este emergiu em meados de 1983, quando não havia nenhuma base sólida no que respeita à qualidade de serviços. Foi nesse mesmo ano que *Parasuraman, Zeithaml e Berry*, desenvolveram um trabalho pioneiro na avaliação da qualidade em serviços.

O modelo SERVQUAL tem como objetivo principal a medição da qualidade de um serviço através da comparação entre as expectativas antes e após as perceções dos consumidores. Assim sendo, foi a partir de uma série de estudos quantitativos e qualitativos que foram identificadas por *Parasuraman, Zeithaml e Berry* as dez dimensões gerais (1985) determinantes da qualidade do serviço tendo sido depois

reduzidas e/ou reagrupadas em apenas cinco dimensões (1988) que representam o critério de avaliação utilizado pelos consumidores nos estudos elaborados nos dias de hoje (Maia, Salazar e Ramos, 2007).

Na tabela seguinte, irão ser numeradas as dimensões gerais, antes e após a sua redução, que o SERVQUAL toma como eixos na determinação da qualidade do serviço:

Tabela 2.1 - Tabela representativa das dimensões do Serviço de *Parasuraman, Zeithaml e Berry*

10 Dimensões (1985)	Tangibilidade	5 Dimensões (1988)	Tangibilidade
	Confiança		Segurança
	Sensibilidade		Capacidade de Resposta
	Comunicação		Fiabilidade
	Credibilidade		
	Segurança		
	Competência		
	Cortesia		Empatia
	Compreensão/Conhecimento Do Utilizador		
	Acesso		

Fonte - Adaptado de Maia, Salazar e Ramos (2007)

Desta forma, alguns autores alertam que podem ser necessários alguns ajustes ao modelo proposto dependendo do sector a ser analisado. Na perspetiva de *Parasuraman, Zeithaml e Berry*, quando se publicita determinado serviço existe a criação de expectativas no público-alvo e conseqüentemente a sua satisfação dependerá da relação entre essas expectativas e o desempenho do serviço implicando a superação dos seus desejos, necessidades e expectativas. Desta forma, o cliente terá duas opções após o desempenho do serviço: cliente satisfeito (fica satisfeito com o serviço prestado quando a oferta excede as expectativas) ou cliente insatisfeito (fica insatisfeito com o serviço prestado quando a oferta não corresponde ao esperado).

No entanto, é de salientar que *Parasuraman, Zeithaml e Berry* afirmam que o modelo SERVQUAL serve apenas para medir a qualidade do serviço excluindo a satisfação do cliente e surge como forma de medir a qualidade dos serviços relativamente à perceção e às expectativas.

O modelo SERVQUAL apresenta-se deste modo composto por três partes, descritas em seguida:

- **Primeira Parte** – Inclui 21 questões para aferição das expectativas,

agrupadas segundo as 5 dimensões de avaliação anteriormente apresentadas.

- **Segunda Parte** – Inclui 21 questões para avaliação das percepções experienciadas.
- **Terceira Parte** – Inclui uma única pergunta sobre o desempenho global da empresa.

Segundo *Parasuraman et al.* (1985) houve uma proposta pioneira na medição de qualidade dos serviços, baseada no modelo de satisfação de *Oliver* (1980), onde era afirmado que a satisfação do cliente se demonstra pela diferença entre a expectativa e o desempenho. Desta forma, a avaliação da qualidade (Q_j) de um serviço por um cliente, é realizada pela diferença entre a sua expectativa (E_j) e a o seu desempenho (D_j) relativamente ao serviço prestado, sendo que a equação a seguir ilustra este conceito:

$$Q_j = D_j - E_j$$

Em que, os valores de Q_j correspondem à avaliação da qualidade do serviço no que respeita a j , os valores de D_j correspondem aos valores de medida da percepção do desempenho para a característica j do serviço e os valores de E_j correspondem aos valores de medida da expectativa do desempenho em relação à característica j do serviço.

Por outro lado, existiam autores como *Cronin e Taylor* (1992) que consideravam a performance como o parâmetro de medição mais adequado e ainda outros, como *Smith e Houston* (1982) alegaram que a satisfação com os serviços está relacionada à confirmação ou não das expectativas. Eles basearam as suas pesquisas no paradigma da não confirmação, que sustenta que a satisfação está relacionada com o tamanho e direção da experiência não confirmada, onde a dúvida se encontra relacionada com as expectativas iniciais da pessoa (*Parasuraman, Zeithaml e Berry*, 1985).

Para *Grönroos* (1984) que entendia que a qualidade do serviço prestado era avaliado pelo consumidor na base da comparação, isto é, que o consumidor comparava o que deseja receber com o que efetivamente tinha recebido. Este último raciocínio, vem a relacionar-se com o modelo dos *gaps* proposto por *Parasuraman, Zeithaml e Berry*.

Modelo dos *gaps*

O modelo dos *gaps* foi proposto por *Parasuraman, Zeithaml e Berry* e sugeria que os clientes entendessem a qualidade como um desvio entre as expectativas iniciais e o serviço que era realmente recebido. Para estes, existiam três características básicas para a qualidade dos serviços:

1. Os clientes encontravam maior dificuldade em avaliar a qualidade de serviços que a de um bem.
2. As percepções da qualidade em serviços resultavam da comparação entre as expectativas dos consumidores e a performance final.
3. As avaliações da qualidade não dependiam apenas do resultado final do serviço, mas também do processo da prestação do serviço.

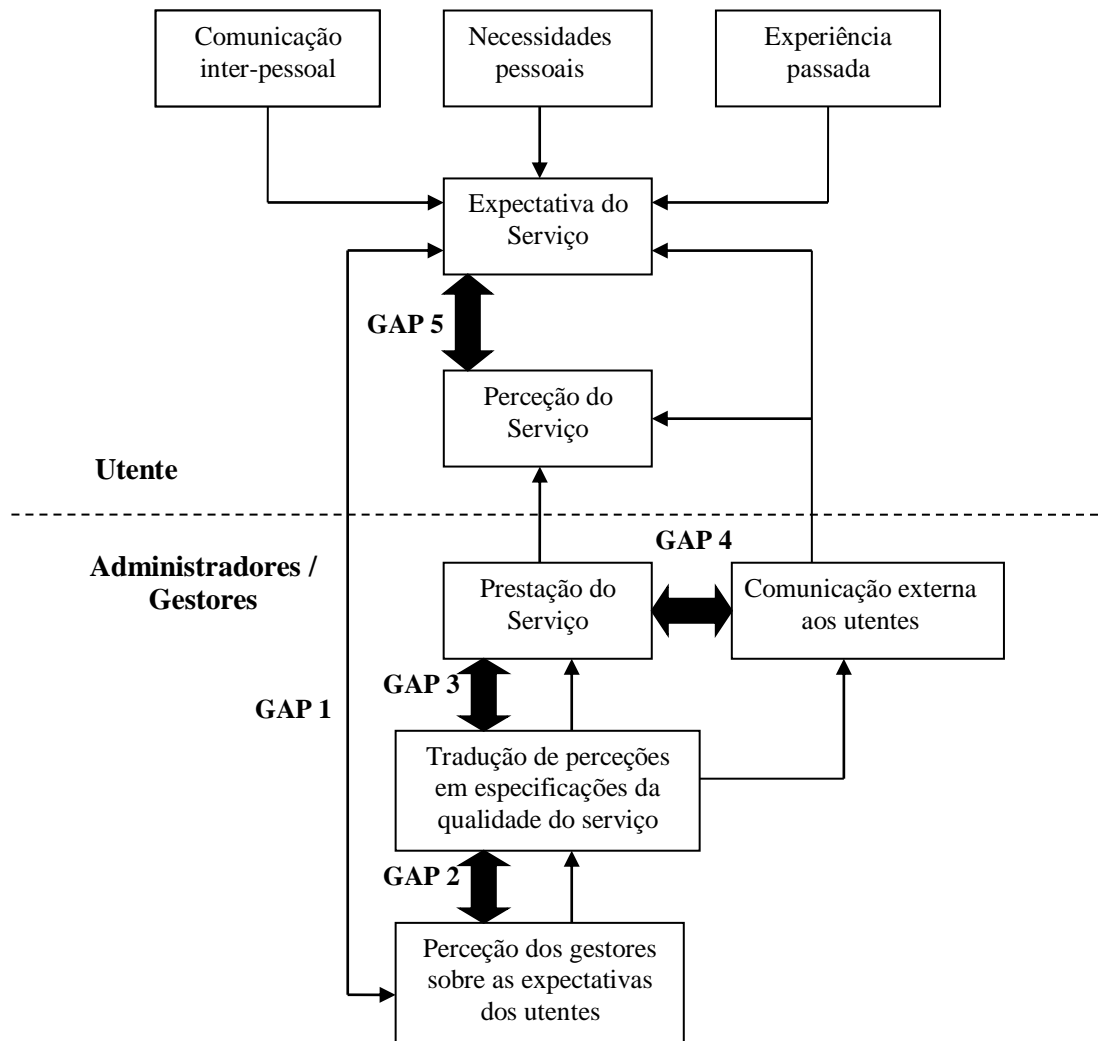
Segundo estas três características básicas, salienta-se que a **1)** e **2)** apresentavam as características dos serviços e a **3)** a base conceptual do modelo elaborado pelos mesmos autores pelo ano de 1988, o modelo dos *gaps*.

O modelo dos *gaps* surge de modo a identificar o conjunto de cinco discrepâncias, denominadas por “*gaps*”, entre a percepção de qualidade do serviço e as tarefas associadas à sua prestação, sendo que os fatores-chave que influenciavam as expectativas a comunicação pessoal, as necessidades pessoais, a experiência anterior e as comunicações externas (Maia, Salazar e Ramos, 2007).

O *gap*, definido como a diferença entre a expectativa e o desempenho, é uma medida da qualidade do serviço em relação a uma característica específica. Os critérios chamados de dimensões da qualidade, determinados por *Parasuraman et al.* (1985), são características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que restringem o serviço sob o ponto de vista do cliente (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

O Modelo dos 5 *gaps* é ilustrado abaixo, mostra a forma pela qual o cliente avalia a qualidade do serviço e como a empresa pode avaliar analiticamente a qualidade de um serviço prestado. O modelo, demonstra as influências das várias discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços e que pode ser dividida em dois segmentos: o lado da organização prestadora de serviços na parte inferior e o lado do utente na parte superior. Desta forma, no lado da organização existem quatro *gaps* na qualidade, sendo que o *gap* 1 está também relacionado com o utente (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

Figura 2.1 - Modelo dos 5 Gaps de Parasuraman, Zeithaml e Berry



Fonte - Adaptado de Almeida (2009)

Parasuraman et al. (1985) definiram os 5 *gaps*, representados acima, da seguinte forma (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1993):

- **gap 1** : definido como o *gap* entre as expectativas do utente e a perceção da direção.
- **gap 2** : definido como o *gap* entre a perceção da direção e as especificações de qualidade do serviço.
- **gap 3** : definido como o *gap* entre as especificações de qualidade do serviço e a prestação do serviço.
- **gap 4** : definido como o *gap* entre a prestação do serviço e a comunicação externa com os pacientes.

- **gap 5** : definido como o *gap* entre o serviço percebido e o serviço esperado.

Pormenorizando cada *gap*, tem-se que: o **gap 1** corresponde à discrepância existente entre as expectativas do consumidor e as percepções da direção dessas expectativas o que terá um impacto na avaliação da qualidade do serviço pelo consumidor, o **gap 2** corresponde à discrepância entre as percepções da direção sobre as expectativas do consumidor e as especificações de qualidade de serviço da empresa o que afetará a qualidade do serviço do ponto de vista do consumidor, o **gap 3**, à discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e a entrega real do serviço o que afetará a qualidade do serviço do ponto de vista do consumidor, o **gap 4** à discrepância entre a entrega real do serviço e as comunicações externas sobre o serviço o que afetará a qualidade do serviço do ponto de vista do consumidor e, por fim mas não menos importante, o **gap 5** à qualidade que o consumidor percebe num serviço é composta em função da magnitude e direção da diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Do Modelo dos 5 *Gaps* define-se que o julgamento sobre a qualidade dos serviços depende de como os clientes percebem o real desempenho do serviço a partir de suas próprias expectativas. Resumindo, *Parasuraman et al.* (1985) propuseram que o modelo de qualidade dos serviços descrito fosse expressado pela seguinte equação:

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

Como mostra a equação acima descrita, a percepção de qualidade dos serviços do ponto de vista do cliente é designada pelo **gap 5** e este possui uma relação de dependência relativamente à direção e magnitude do **gap 1**, **gap 2**, **gap 3** e **gap 4** associadas à prestação de serviços numa determinada organização. Ao criarem este modelo, os autores consideraram que os *gaps*, são determinantes para considerar se o serviço tem, ou tem não qualidade. Assim, e em linha do que já tinha sido definido com as expectativas tem-se que (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985):

- ▲ Expetativas ▼ Qualidade Percebida = Baixa Qualidade do Serviço
- Expetativas = Qualidade Percebida = Serviço com Qualidade Satisfatória

- ▼ Expetativas ▲ Qualidade Percebida = Elevada Qualidade do Serviço

De seguida, irá ser apresentado o modelo SERVPERF, um modelo mais recente e derivado do modelo SERVQUAL, que se destina a medir a qualidade na perspetiva do cliente, isto é, a medição da qualidade a partir da avaliação que o cliente faz acerca do desempenho do prestador do serviço.

SERVPERF

No que concerne ao modelo SERVPERF *Cronin e Taylor*, por volta do ano de 1992, desenvolveram este modelo baseando-se apenas na perceção de desempenho dos serviços distinguindo assim dois conceitos de extrema importância. Se por um lado as empresas fornecedoras de serviços tinham a necessidade de saber qual era o seu objetivo, por outro, também necessitariam de saber se os seus clientes estavam satisfeitos com o seu desempenho. De modo a justificar seu modelo, *Cronin e Taylor* (1992) afirmaram que a qualidade é considerada mais como uma atitude do cliente em relação às dimensões da qualidade, e que não deve ser medida com base no modelo de satisfação de *Oliver* (1980). Em suma, a qualidade não deve ser medida por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, mas sim como uma perceção de desempenho, podendo ser representada pela seguinte expressão:

$$Q_j = D_j$$

Em que, os valores de Q_j , representam a avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j , e os valores de D_j representam os valores de perceção de desempenho para a característica j de serviço (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

Cronin e Taylor (1992) afirmaram ainda que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente, e que essa satisfação tem efeito significativo nas intenções de compra. Segundo os autores, a qualidade dos serviços tem uma menor influência nas intenções de compra que a própria satisfação do cliente, ou seja, o desempenho é representado pela satisfação. Assim os mesmos concluem que o instrumento SERVPERF é mais sensível em demonstrar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

Deste modo, o modelo SERVPERF surge como uma alternativa ao modelo

SERVQUAL na medida em que o SERVPERF mostra mais sensível em apresentar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas, baseando-se na utilização do teste estatístico do Qui-Quadrado como prova de conexão das distribuições empíricas de dados como no coeficiente de determinação da regressão linear dos dados concluindo que a satisfação do cliente leva à intenção de compra de determinado serviço (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

Com referência à relação causal da qualidade em serviço, os investigadores nesta área afirmam que a literatura sugere que satisfação de cliente é um antecedente à qualidade de serviços, citando *Bolton e Drew* (1991). Entretanto, *Cronin e Taylor* (1992) concluíram que a qualidade de serviço conduz à satisfação do cliente. Esta relação de causalidade entre qualidade de serviços e satisfação de clientes foi determinada por meio da técnica de modelamento de equações estruturais com variáveis latentes (Salomi, Miguel e Abackerli, 2005).

Aquando a realização do presente trabalho aplicar-se-á o modelo SERVPERF, com o objetivo de avaliar o nível de perceção da qualidade das cinco unidades em que o estudo se irá realizar e demonstrar as diferentes perceções entre pacientes nacionais e estrangeiros. Desta forma, será possível avaliar as suas perceções, recolhendo os vários questionários, elaborar uma base de dados estabelecendo correlações relativamente aos mesmos e caracteriza-los de maneira a retirar conclusões bem sustentadas.

2.5.1 Estudos anteriores com aplicação do instrumento SERVPERF e SERVQUAL

Das investigações resultantes da pesquisa bibliográfica, e no que respeita à última década, serão abordados vários estudos científicos que tiveram como objetivo avaliar a qualidade percebida na área da saúde aplicando os instrumentos de medida SERVPERF e/ou SERVQUAL e um deles com a aplicação do instrumento de medida paquistanês, o PAKSERV.

Os vários estudos apresentados, consistem em estudos na área da saúde e noutras áreas, realizados em diferentes contextos temporais e até culturais de modo a apresentar, de uma melhor forma, a ampla capacidade que este tipo de instrumentos de medida possuem. Assim, os estudos abordados de seguida contemplam os anos de 2010, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019.

O estudo de Rui Almeida (Almeida, 2010), com o objetivo de avaliar a qualidade percebida de dois serviços de Radiologia distintos segundo os utentes da Consulta Externa do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Com a aplicação deste instrumento e a amostra recolhida, foi possível demonstrar que apesar de mínimas e muito insignificantes diferenças, as dimensões “Capacidade de Resposta”, “Fiabilidade” e “Segurança” tiveram média superior no HF relativamente ao CHBA e todas as outras dimensões foram ligeiramente superiores no CHBA. Assim, no geral, obtém-se que os aspetos mais valorizados pelos utentes tanto de um serviço como do outro, incluem itens de diversas dimensões, nomeadamente, a “Fiabilidade”, a “Tangibilidade”, a “Empatia”, a “Segurança” e o “Profissionalismo e Competência”. Por outro lado, os 3 itens menos valorizados pelos utentes dizem respeito a itens pertencentes às dimensões “Segurança”, “Tangibilidade” e “Empatia”. Assim, é possível concluir que a qualidade dos Serviços de Radiologia em estudo, é explicada com base em 6 dimensões da qualidade pela seguinte ordem de preferência: “Capacidade de resposta empática, com eficiência e segurança”, “Aspetos Gerais + Atenção Personalizada”, “Rigor do serviço de Radiologia, com sala de espera em boas condições”, “Segurança e confiança empática”, “Tangibilidade” e por último a dimensão “Tempo de espera”. Com este estudo verificou-se que o nível de perceção da Qualidade e satisfação que os utentes tiveram relativamente a um serviço de radiologia certificado (CHBA) foi o mesmo relativamente a um serviço de radiologia não certificado (HF), uma vez que não houve diferenças significativas entre as médias para cada uma das dimensões da qualidade consideradas, sendo que na generalidade os utentes encontram-se satisfeitos. Por fim, constatou-se que uma das limitações do estudo foi o tamanho da amostra e outra a restrição a utentes da consulta externa.

O estudo de Pedro Salvador (Salvador, 2012), embora noutra área da saúde, a Secção de Colheiras do Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Faro. Com a aplicação deste instrumento e a amostra recolhida, foi possível demonstrar que a qualidade percebida se explicou com base em 3 dimensões, nomeadamente: a “fiabilidade, segurança e apresentação ao utente”, a “capacidade de resposta empática”, e “tangibilidade e suporte laboral”. Das 3 dimensões que explicam a qualidade percebida concluiu-se que a que deteve maior importância foi a dimensão “fiabilidade, segurança e apresentação ao utente”, uma vez que se tratou da dimensão que explicou uma maior variância total dos dados. Por outro lado, a dimensão menos importante para

a avaliação da qualidade percebida foi a “tangibilidade e suporte laboral”. No que concerne à avaliação da qualidade percebida pelos utentes da secção de Colheitas, concluiu-se que ao nível da dimensão “tangibilidade e suporte laboral” existiu uma necessidade de melhoria total, não tendo existido um único item nesta dimensão que obtivesse uma avaliação global satisfatória. Também ao nível da dimensão “capacidade de resposta empática”, constatou-se que não foi fornecida uma atenção individualizada aos seus utentes e que os seus funcionários costumavam estar muito ocupados para conseguirem responder prontamente às solicitações feitas pelos seus utentes. No entanto, apesar dos pontos negativos evidenciados, os resultados permitiram concluir que na sua maioria os utentes consideraram este um serviço de qualidade, estando satisfeitos com o mesmo e demonstrando intenção de voltar ao serviço assim que necessitem. Assim, várias foram as limitações que se puderam apontar a este trabalho, primeiramente, as limitações inerentes à fase da recolha dos dados e, seguidamente, o fato deste trabalho ter-se cingido à utilização de um instrumento fiel ao original, o que não permitiu descobrir ou investigar se existiam outros itens que pudessem ser importantes para avaliar a qualidade percebida deste tipo de serviços.

O estudo de Paulo Tinoco (Tinoco, 2013) onde os serviços de saúde, foram usados como forma de responder a um vasto e complexo conjunto de questões, onde adquiriam determinadas condutas as quais eram percebidas pelos utentes, onde se fez uma comparação subsequente entre os procedimentos efetuados e as suas expectativas. Assim, tornou-se importante avaliar a qualidade dos serviços de saúde, verificando se estes iam de encontro às expectativas dos seus utentes. Pegando nesse pressuposto, e sabendo que a validade de qualquer método de investigação estava diretamente ligada à qualidade e solidez da metodologia adotada na solução do problema, o instrumento foi aplicado aos utentes da consulta externa que realizaram exames no serviço de Radiologia do Hospital de Faro. Resumidamente, este estudo indica a confiabilidade como o determinante da satisfação com maior importância e a tangibilidade como o determinante com menor importância. Relativamente às limitações encontradas aquando o estudo, prenderam-se com a breve permanência dos utentes no serviço de radiologia, o curto período temporal de recolha de dados, a não inclusão de pacientes provenientes de outros serviços entre outros. Concluiu-se que os índices da qualidade percebida dos utentes deste serviço não foram influenciados pela maioria dos fatores sociodemográficos estudado excetuando o grau de escolaridade que possuiu uma

influência negativa significativa sobre a qualidade percebida do serviço prestado, nomeadamente, nas dimensões “confiabilidade” e “empatia”. Por outro lado, a qualidade da informação percebida pelo utente exerceu efeitos positivos significativos uma vez que doentes com maior perceção da informação percebida apresentaram níveis maiores de qualidade percebida do serviço o que constituiu uma mais-valia para os profissionais de saúde que garantiram que a informação transmitida foi adequada e perceptível para cada utente.

O estudo de Ricardo Brito (Brito, 2015), na área dos transportes públicos e da mobilidade urbana, uma das áreas que tem vindo a ganhar cada vez maior importância e essencial para uma gestão sustentável dos centros urbanos e funcionamento das economias. Deste estudo, onde o objetivo global do estudo foi a avaliação da qualidade do serviço de transporte de autocarro percebida pelos clientes da CARRIS concluiu-se que a variável que obteve melhor classificação média foi a “segurança”, distanciando-se claramente das outras dimensões. No lado oposto, como a dimensão que obteve pior classificação média ficou a “empatia”. Deste modo, o estudo foi orientando os vários testes necessários realizar para responder às suas questões de investigação e tentando adaptar da melhor forma para que estes alcançassem os resultados desejados. Salienta-se por isso a resposta à primeira questão de investigação onde da análise dos trinta e três itens utilizados para avaliar a qualidade percebida do serviço, existiram três itens que se destacaram bastante por classificações muito negativas, foram eles: “Os autocarros têm sempre lugares disponíveis”, “A CARRIS dá-lhe atenção individualizada” e “O preço dos bilhetes é adequado ao serviço de transporte prestado pela CARRIS. No extremo oposto, as afirmações que obtiveram classificações claramente positivas, foram: “Os motoristas da CARRIS têm uma aparência cuidada e vestem-se de modo adequado para as funções que exercem” e “A CARRIS disponibiliza o serviço de transporte que está previsto de acordo com o seu título de transporte”. Assim, algumas das sugestões de melhoria apresentadas neste estudo passaram pela Lotação dos Autocarros, onde o aumento da frequência dos transportes nas horas ou dias em que se prevê uma maior afluência aos serviços prestados pela CARRIS fosse uma e outra sugestão foi o Conforto nas paragens, que foi outro problema detetado devido à falta de limpeza, inexistência de bancos, de resguardos e até de informação. Por fim, e através deste estudo foi possível concluir que uma das maiores limitações deste estudo foi a amostra em que se baseou uma vez que era muito limitada e mostrou-

se enviesada em vários pontos como, por exemplo, o título de transporte onde as percentagens de inquiridos com passe era inferior à população, o nível de escolaridade, onde o foco foi no ensino superior e houve poucas respostas de outros níveis de ensino, a faixa etária onde o foco incidiu na população mais jovem e, a profissão, onde os desempregados e reformados foram pouco representados no estudo.

O estudo de Tânia Umbelino (Umbelino, 2016) onde foi realizado um levantamento da literatura existente e se verificou que a satisfação dos utentes se comprova como um conceito multidimensional e que se torna muito complicado comparar resultados uma vez que cada serviço, cada utente e cada estudo assumem as suas próprias características. Com o objetivo de explorar a evidência existente na literatura a respeito da satisfação do utente e os determinantes que a influenciam, foi realizada uma revisão da literatura onde a pesquisa bibliográfica decorreu nas bases de dados eletrónicas *medline* e *google académico*. Na base de dados *medline* a pesquisa realizada utilizou como termos *MESH* “*patient satisfaction*” e na base de dados *google académico* foram utilizadas como palavras-chave “satisfação do doente” e “satisfação do utente” com o objetivo de perceber a real abrangência do tema nos serviços de saúde portugueses. Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa foram artigos publicados nos últimos 5 anos, entre eles, estudos sobre a espécie humana e disponíveis em *free full text*. Desta forma, a pesquisa bibliográfica após a análise do título de cada artigo e tendo como base os critérios de inclusão e de exclusão referidos, pôde constatar-se que a característica comum em todos os estudos analisados foi os elevados índices de satisfação global o que corrobora com mais uma limitação inerente à avaliação da satisfação que foi o fato de, tendencialmente, os utentes aquando inquiridos anunciam elevados níveis de satisfação. Por fim, de toda a literatura analisada na elaboração deste artigo verificou-se que fatores como o “fornecimento de informação”, a “amabilidade e empatia pelo profissional de saúde”, “infraestruturas acolhedoras e limpas”, “prioridades clínicas elevadas” e “atendimentos rápidos” influenciavam positivamente a satisfação do utente. Em contrapartida, fatores como o “mau estar físico”, a “organização dos serviços”, “longos tempos de espera” e a “ineficácia de resolução do problema de saúde em questão” podem ter influenciado negativamente a satisfação. Nos estudos analisados não se encontrou consenso nos resultados que diziam respeito à influência de certos determinantes na satisfação dos utentes, embora houvessem fatores como “os tempos de

espera” e o “fornecimento de informação e apoio” que foram realçados em vários estudos como pontos de melhoria.

O estudo de Fernando Pontello *et al.* (Pontello, Gosling e Macedo, 2017) mostrou-se como um estudo realizado fora de Portugal, no Brasil, onde o objetivo passou por identificar a qualidade e percepção dos clientes de manutenção de equipamentos odontológicos e mensurar o impacto da qualidade geral percebida e da satisfação na intenção de recomendar os serviços de manutenção. A recomendação no contexto da prestação de serviços, surge como uma peça fundamental na medida em que é uma das principais fontes de informação do processo decisório de um consumidor são o marketing “boca a boca” e a influência interpessoal. Assim, esse marketing “boca a boca” retrata as recomendações de terceiros que já usufruíram de um serviço e que o aprovaram.

Neste sentido, foi realizado um estudo através de um inquérito onde dentistas brasileiros, proprietários de equipamentos odontológicos que recorreram aos serviços de manutenção, demonstraram a sua opinião quanto aos serviços prestados. Da análise dos dados concluiu que as dimensões “empatia” e “tangíveis” foram aquelas com maior peso e as mais importantes na qualidade percebida pelos clientes. Por outro lado, as dimensões “confiabilidade” e “garantia” não foram determinantes na percepção da qualidade dos clientes devido ao fato deste tipo de clientes recorrer a serviços por indicação de alguém, isto é, estas duas dimensões já se encontram incorporadas nos serviços uma vez que a escolha do serviço de manutenção dos seus equipamentos recai em experiências de pessoas conhecidas que já fizeram uso deste tipo de serviço em equipamentos odontológicos. Segundo os autores, uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade da generalização dos dados embora esta também se transforme numa sugestão para a elaboração de novos trabalhos na área.

O estudo de Vadilene Cruz (Cruz, 2018), mostrou-se como um estudo realizado fora de Portugal, em Cabo Verde, onde a qualidade dos serviços percecionada pelos utentes foi medida através da escala PAKSERV um modelo desenvolvido por *Raajpoot*, e usado para bens intangíveis. Este tipo de escala aborda a qualidade dos serviços como uma variável multidimensional, onde, além das quatro variáveis centrais do estudo (qualidade dos serviços, imagem organizacional, satisfação dos utentes e intenções comportamentais), consideraram-se ainda cinco outras variáveis, no sentido de permitir

uma breve caracterização da amostra estudada: género (variável nominal dicotómica), idade (variável contínua), ocupação (variável nominal), nível de instrução escolar (variável ordinal) e rendimento mensal líquido (variável nominal). Neste estudo, foi possível testemunhar que as organizações de saúde devem dispor de meios de comunicação eficazes para que os utentes possam solucionar as falhas do serviço pois uma boa resolução pós-falha produz sentimentos de satisfação nos utentes e estes têm maior tendência para usufruir do serviço novamente. Assim, foi possível concluir que a qualidade apercebida do serviço influencia a melhoria da imagem institucional e de que a imagem institucional tem um impacto positivo sobre a satisfação dos utentes. Deste modo, verifica-se que a imagem institucional desempenha um papel mediador entre a qualidade apercebida e a satisfação, o que acaba por tornar este estudo bastante relevante, uma vez que contribui para a escassez de investigação nesta matéria. Estudo revela-se importante para os gestores de unidades de saúde de serviços de urgência de hospitais públicos, principalmente aos dos países em desenvolvimento, na medida em que lhes sugere um instrumento para avaliar a qualidade do serviço percebida pelo utente. Da análise da informação (recolhida por este instrumento) o gestor ficará mais próximo de perceber de que forma o utente percebe a qualidade, bem como os aspetos que deve melhorar (itens com menor percepção de qualidade) e assim delinear uma estratégia que vá ao encontro das necessidades do utente e não das que ele pensa que o utente precisa.

O estudo de Vanessa Melo (Melo, 2019), apresentou-se como um estudo de caso, onde foi apresentado um questionário aos utentes do Centro de Saúde de Mem-Martins (Lisboa) de modo a perceber qual a sua percepção da satisfação. Os resultados demonstraram que a dimensão com a expectativa mais baixa foi a “capacidade de resposta”. Por outro lado, as dimensões que criaram maiores expectativas aos utentes eram a empatia e a segurança pelo que estes dados revelavam que os utentes esperavam um elevado grau de respeito e dignidade, isto é, o modo como esperavam ser tratados. Assim, verificou-se que quatro das correlações obtidas foram consideradas fortes: capacidade de resposta – confiabilidade, segurança – confiabilidade, segurança – capacidade de resposta e empatia – segurança. O fato das correlações mais baixas terem sido obtidas quando se comparava a tangibilidade com qualquer uma das outras quatro dimensões, poderá ser explicado pelo facto de a tangibilidade ser percebida pelos utentes como algo relativamente independente das restantes dimensões do serviço em

análise. Tendo em conta os dados obtidos, a dimensão que maior urgência de melhoria se sente na visão dos utentes do centro de saúde, será a capacidade de resposta.

De modo a facilitar a compreensão dos estudos mencionados anteriormente e a facultar uma ideia mais pormenorizada dos mesmos, foi elaborada a tabela 2.2 que se considera como um resumo onde se organizaram as principais características de cada estudo. Uma vez que os mesmos são relativos a estudos elaborados tanto em Portugal como no estrangeiro, como é o caso dos estudos desenvolvidos no Brasil e em Cabo Verde, entre os tópicos, destacam-se os itens: tamanho da amostra, instrumento aplicado, escala de resposta, dimensão e verificação. Todos estes tópicos foram preenchidos com base na leitura de cada um dos estudos e na informação que cada um disponibilizava.

Ano da Publicação	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Autor	Rui Almeida	Pedro Salvador	Paulo Tinoco	Ricardo Brito	Tânia Umbelino	Fernando Pontello et al	Vadilene Cruz	Vanessa Melo
Título	Análise da perceção da Qualidade e Satisfação em dois serviços de Radiologia distintos, segundo os utentes das Consultas Externas	Qualidade em Análises Clínicas: Avaliação da Qualidade Percebida pelos utentes na secção de colheitas de um Serviço de Patologia Clínica (SPC)	Avaliação da Qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de radiologia do Hospital de Faro E.P.E	Avaliação da perceção da qualidade do serviço prestado pela empresa CARRIS	Os Determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado de Lisboa	Qualidade percebida, satisfação e recomendação de serviços em equipamentos odontológicos	Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde	Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço
Amostra	Utentes da consulta externa dos serviços de Radiologia do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	Utentes da secção de colheitas do SPC do Hospital de Faro	Utentes da consulta externa que realizaram exames no Serviço de Radiologia do Hospital de Faro	Cientes dos serviços de transporte da CARRIS, focando apenas o segmento dos autocarros	Identificação dos níveis de satisfação dos utentes num serviço de radiologia privado e os determinantes da satisfação que a influenciam	Dentistas Brasileiros proprietários de equipamento de Radiologia Odontológica	Utentes do Serviço de urgência de 2 hospitais públicos centrais de Cabo Verde (Hospital Agostinho Neto e Hospital Baptista de Sousa)	Utentes do centro de Saúde de Mem Martins, Sintra.
Tamanho da Amostra	124 utentes (dados referentes a 2008)	303 utentes	140 utentes	317 respostas válidas	178 utentes	154 dentistas	308 utentes	147 utentes
Instrumento Aplicado	SERVPERF Modificado	SERVPERF	SERVQUAL Modificado	SERVPERF	SERVPERF	SERVPERF	PAKSERV	SERVQUAL
Escala de Resposta	Escala de Likert de 5 pontos	Escala de Likert de 7 pontos	Escala de Likert de 7 pontos	Escala de Likert de 7 pontos	Escala de Likert de 5 pontos	Escala de Likert de 11 pontos	Escala de Likert de 5 pontos	Escala de Likert de 5 pontos

Questionário		Auto-Administrado	Auto-Administrado	Auto-Administrado	Auto-Administrado (Via Online)	Auto-Administrado	Entrevista	Não é claro	Entrevista Pessoal
Dimensão	Utilizada	Tangibilidade Capacidade de Resposta Fiabilidade Empatia Segurança Profissionalismo e Competência Aspetos Gerais	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia Design da Rede Disponibilidade de Informação Tarifa Proteção Ambiental	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia	Tangibilidade Empatia Capacidade de Resposta Profissionalismo e Competência	Tangibilidade Confiabilidade Garantia Sinceridade Personalização Satisfação Formalidade Imagem Institucional Intenções Comportamentais	Tangibilidade Confiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia
	Resultante	Capacidade de resposta empática com eficiência e segurança Atenção personalizada Rigor do Serviço Segurança e confiança empática Aparência física das instalações	Tangibilidade e Suporte Laboral Fiabilidade, Segurança e apresentação ao utente Capacidade de resposta em Público	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia	Tangibilidade Fiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia Outros Atributos do Serviço	Profissionalismo/ Responsabilidade Competência/ Fiabilidade do serviço Empatia Confiança/ Segurança Instalações/ Equipamentos	Tangibilidade Empatia Capacidade de Resposta Segurança	Tangibilidade Confiabilidade Garantia Sinceridade Personalização Satisfação Formalidade Imagem Institucional Intenções Comportamentais	Tangibilidade Confiabilidade Capacidade de Resposta Segurança Empatia
	Principal	Capacidade de resposta empática, eficiência e segurança (análise da variância)	Fiabilidade, segurança e apresentação ao utente	Confiabilidade Empatia	Segurança Tarifa Fiabilidade	Confiabilidade Capacidade de Resposta Empatia	Tangibilidade Empatia Capacidade de Resposta	Imagem Institucional Satisfação Intenções Comportamentais	Capacidade de Resposta Confiabilidade Segurança Empatia
Verificação	Da Fiabilidade	Sim (Alfa de Cronbach)	Sim (Alfa de Cronbach)	Sim (Alfa de Cronbach)	Sim (Alfa de Cronbach)	Sim (Alfa de Cronbach)	Sim (Alfa de Cronbach)	Não	Sim (Alfa de Cronbach)
	Da Validade	Não	Sim (Validade Convergente)	Não	Não é claro	Não	Sim (Validade Convergente)	Não é claro	Não

Tabela 2.2 - Estudos que utilizaram o SERVPERF, SERVQUAL e o PAKSERV em diferentes áreas

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

A metodologia reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades propostas para responder às questões de investigação e/ou para verificar as hipóteses formuladas aquando a fase conceptual. Deste modo a teoria passou à prática pelo que a partir desta fase será necessário determinar o número de operações e estratégias que especifiquem como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o percurso a seguir para organizar as fases seguintes de realização e interpretação. No decurso da presente fase, a atenção deve ser dirigida ao desenho de investigação, à escolha da população-alvo, dos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, Côté e Filion, 2009).

3.1 Objetivo do Estudo

Quantos aos objetivos traçados para a realização da presente dissertação, estes dividem-se em dois tipos: um objetivo geral e vários objetivos específicos.

3.1.1 Objetivo da Dissertação

O objetivo desta investigação é avaliar o nível de qualidade percebida e de satisfação dos utentes nacionais e estrangeiros que recorrem aos vários Serviços de Imagiologia Privados na região do Algarve.

3.1.2 Objetivos Específicos da Dissertação

Através dos objetivos específicos pretendemos saber mais acerca dos seguintes aspetos:

- Aplicar o instrumento SERVPERF à população nacional e estrangeira que realizou exames, em contexto ambulatorio, nas várias unidades do grupo hospitalar algarvio em estudo.
- Caracterizar o perfil geográfico e sociodemográfico da população nacional e estrangeira que se desloca aos vários serviços de imagiologia do grupo de hospitalar algarvio em estudo.
- Analisar as várias dimensões da qualidade percebida e a relação que estas

possuem com o grau de satisfação dos utentes nas cinco unidades hospitalares que os acolheram.

- Analisar as dimensões da qualidade relativamente à idade e aos níveis globais de qualidade, satisfação e imagem.

3.2 Questões e Hipóteses de Investigação

Perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação, surge a hipótese de investigação que mais não é que a resposta temporária e provisória para a mesma. Consequentemente, as decisões respeitantes às características da população, baseiam-se em hipóteses que, de um modo geral, são informações suportadas pelas distribuições dos dados relativos às características da amostra que se pretende testar (Vilelas, 2017).

Assim, no que concerne às questões de investigação que poderiam ser colocadas, apresentam-se as seguintes:

P1: Os índices de qualidade percebida dos utentes são influenciados pelos fatores sociodemográficos?

P2: Existem diferenças nos níveis de qualidade percebida em função da nacionalidade dos utentes?

P3: Existem diferenças nos níveis de qualidade percebida pelos utentes em função da unidade hospitalar/clínica em que realizam exames imagiológicos?

P4: Existe correlação entre a idade e os níveis de qualidade percebida?

E, no que respeita às hipóteses de investigação:

H1: Os índices de qualidade percebida pelos utentes são influenciados pelo estado civil, área de residência, grau académico e situação profissional.

H2: Os índices da qualidade percebida são influenciados pela nacionalidade do utente.

H3: Os índices da qualidade percebida pelos utentes são influenciados em função

da unidade hospitalar em que o exame imagiológico foi realizado.

H4:Existe uma relação direta entre as dimensões da qualidade percebida e a idade.

3.3 Tipo de Estudo, Período temporal e Local da Recolha dos Dados

Consoante o tipo de dados a serem recolhidos para realizar um trabalho de investigação, existe uma categorização e distinção consoante a metodologia aplicada e necessária para o desenvolvimento dos mesmos. No presente caso, o estudo que se pretende desenvolver trata-se é um estudo quantitativo, uma vez que será possível traduzir em números as opiniões e as informações para que de seguida sejam classificadas e analisadas. Assim, requer-se o uso de recursos e técnicas estatísticas específicas visando a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à explicação futura sobre o fenómeno sobre o qual recaem as observações. Este tipo de estudo evidencia-se assim pela formulação de hipóteses prévias e técnicas de verificação sistemática na procura de explicações causais para os fenómenos estudados. Tenta conhecer e controlar variáveis, eliminando fatores de confusão e preocupando-se com a validade e a fiabilidade das mesmas trazendo à luz dados, indicadores e tendências observáveis gerando medidas fiáveis (Vilelas, 2017).

Relativamente às principais características deste tipo de investigação, salientam-se as seguintes (Vilelas, 2017):

- Colheita de dados de modo a comprovar teorias/hipóteses/modelos preconcebidos
- Presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar hipóteses.
- Ser um método sistemático que lida com informações objetivas e está associada a estudos positivistas confirmatórios.

Por fim, e como será posteriormente descrito, a técnica usada na recolha de dados será o questionário o que torna o processo da recolha e do processamento de dados mais simples e rápido. Desta forma, a recolha de dados será realizada num período de tempo entre 03 de dezembro de 2019 e 03 de março de 2020 nas instalações

do grupo privado no qual o estudo se irá desenvolver. Assim, num total de cinco unidades, dois hospitais (Gambelas e Alvor) e três clínicas (Guia, Vilamoura e Loulé) o estudo decorrerá sem comprometer o normal funcionamento dos mesmos.

De seguida será apresentada uma tabela como forma de representação da dinâmica do estudo e das suas várias etapas de modo a sintetizar e demonstrar de uma forma mais simples todo o processo realizado ao longo dos vários meses.

Tabela 3.1 - Programação de Atividades

Programação das Atividades	Ano Letivo/ Meses do Ano											
	2019			2020								
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S
Pedido de Autorização Aceite	■											
Revisão da Literatura	■	■	■									
Estruturação da Tese	■	■	■									
Adaptação do Questionário	■	■										
Distribuição dos Questionários			■	■	■	■						
Recolha dos Dados					■	■						
Tratamento e Análise dos Dados						■	■	■	■	■		
Discussão e Conclusões							■	■	■	■	■	
Redação da Tese				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formatação e Entrega da Tese												■

3.4 População-Alvo e Dimensão Amostral

A população-alvo do presente estudo de investigação foram os pacientes nacionais e estrangeiros residentes ou não na região do Algarve que provinham da Consulta Externa que recorreram ao Serviço de Imagiologia deste grupo privado durante o ano de 2019/2020 e que tinham mais de 18 anos de idade. Salienta-se que não foram incluídos os doentes provenientes nem do Serviço de Urgência nem do Serviço de Internamento uma vez que estes permanecem no serviço por períodos curtos de tempo e porque na sua maioria se apresentavam em condições débeis para fazer uma avaliação autónoma do mesmo.

3.5 Instrumento de Recolha dos Dados

A técnica de pesquisa aplicada foi por meio de questionário. O questionário apresentou-se como um instrumento de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças,

sentimentos entre outros. A sua finalidade foi de obter de maneira sistemática e ordenada toda a informação acerca da população que em estudo assim como das variáveis que foram o objeto de estudo. Este tipo de instrumento de recolha de dados apresentou-se as suas vantagens e desvantagens: como vantagem a possibilidade de obter os dados num conjunto estruturado de questões expressas num papel destinado a explorar a opinião da população-alvo e como desvantagem poder-se considerar o constrangimento pela diretividade das perguntas e o facto de os inquiridos darem muitas vezes respostas socialmente aceites. O questionário aplicado foi do tipo misto, isto é, tinha questões do tipo fechado e do tipo aberto, com vista à redução dos seus inconvenientes (Vilelas, 2017).

Deste modo os utentes que realizaram exames imagiológicos nesta instituição hospitalar privada fizeram o questionário após a realização do exame e os dados do foram recolhidos através do instrumento SERVPERF numa versão adaptada. A versão original do questionário SERVPERF foi criada por *Cronin e Taylor (1992)* e foi posteriormente traduzida e aplicada à área da Radiologia por *Almeida et al. (2010)*. A sua tradução para a versão em inglês foi realizada através da aplicação do método de tração-retradução para a sua validação em inglês e a sua adaptação foi efetuada em conjunto com um painel de especialistas na área pelo que antes da sua aplicação foi realizado um pré-teste para as duas versões do questionário. Esta etapa foi indispensável uma vez que permitiu descobrir quais as lacunas e reformular o questionário de modo a ficar o mais correto possível. O passo metodológico seguinte passou pela aplicação do questionário adaptado aos utentes nacionais e estrangeiros de modo a que o estudo fosse uma pesquisa quantitativa e transversal.

Tal como outros estudos realizados nesta área, a investigação quantitativa implica a existência de uma verdade absoluta em que os fatos e os princípios existem independentemente do contexto histórico e social. Se algo existe, quer dizer que poderá ser medido. Assim o objetivo deste tipo de investigação é estabelecer fatos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer relações de causa/efeito ou verificar as teorias ou proposições teóricas visando obter resultados suscetíveis de serem utilizados na prática e fornecerem melhorias em situações particulares. Numa investigação quantitativa, é o investigador que define as variáveis operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os recorrendo a técnicas estatísticas (Fortin, Côte e Filion, 2009).

No que concerne ao presente estudo, analisando a função das variáveis na análise dos dados, estas apresentam-se como variáveis de dois tipos: dependentes e

independentes. A variável independente, corresponde àquela que é manipulada pelo investigador para avaliar o efeito que ela exerce sobre uma outra variável, isto é, diversas vezes esta é designada por “variável preditora” na medida em que prediz o comportamento de outra variável. Por outro lado, a variável dependente é a variável que suporta os efeitos da variável independente, podendo também ser designada por “variável de resultado” (Morais, 2005).

Por outro lado, estas também podem ser classificadas como qualitativas ou quantitativas. As variáveis qualitativas podem ser: nominais e ordinais. Por exemplo, são “nominais” quando não existe ordenação de entre as categorias, como por exemplo a variável “sexo”, e “ordinais”, quando existe uma organização entre as categorias, como por exemplo a variável “grau académico”. Quanto às variáveis quantitativas, estas podem ser: discretas ou contínuas. Por exemplo, discretas quando são mensuráveis assumindo apenas um valor inteiro como, por exemplo, “número de exames realizados”, e contínuas quando assumem valores numa escala contínua, como por exemplo a “medição da altura ou do peso”(Silvestre, 2007).

No que concerne ao presente estudo, as variáveis “sexo”, “grau académico”, “situação profissional”, “área de residência” e “situação profissional” correspondem a variáveis qualitativas enquanto variáveis como “idade”, “índices de perceção da qualidade do serviço” e a “importância de cada item” correspondem a variáveis quantitativas.

Dentro da investigação quantitativa, inserem-se vários tipos, sendo que a presente se domina descritiva. A pesquisa descritiva caracteriza-se por descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação sendo que para a recolha de informação este recorre ao questionário. Quanto ao método utilizado, este depende, sobretudo, da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, as suas crenças e, sobretudo, da questão colocada. Por fim, é possível aferir que este é um estudo transversal sendo que na análise dos dados o investigador serve-se da estatística descritiva e estabelece correlações (Fortin, Côte e Filion, 2009).

Ao longo das últimas três décadas vários tem sido os instrumentos desenvolvidos com o objetivo de medir as perceções do utente no que respeita à qualidade percebida. Segundo *Parasuran et al* (1988), a criação de um instrumento de medição da qualidade do serviço resultou na composição de 10 dimensões no início que, posteriormente, reduziram para 5 e que designou o instrumento de medida como SERVQUAL.

Assim sendo, e uma vez que o instrumento SERVPERF mais não é do que uma versão “melhorada” do instrumento SERVQUAL, tendo a mesma estrutura base para a avaliação das perceções, as mesmas aplicam-se à presente dissertação. De seguida, serão descritas as 6 dimensões que compõem o instrumento SERVPERF numa versão adaptada ao presente estudo:

- **Tangibilidade:** corresponde à aparência das instalações físicas do departamento de Imagiologia, aos equipamentos e aos profissionais.
- **Fiabilidade:** corresponde à capacidade de fornecer o serviço prometido de forma confiável e com exatidão.
- **Capacidade de resposta:** corresponde à capacidade dos profissionais em ajudar os utentes de imediato.
- **Profissionalismo e Competências:** corresponde ao conhecimento e cortesia dos funcionários para com os utentes.
- **Segurança:** corresponde à capacidade de transmitir sentimentos de confiança e segurança aos utentes.
- **Empatia:** corresponde ao cuidado e atenção prestados aos utentes de modo individualizado.

É possível entender que as 6 dimensões acima descritas possuem um papel fundamental para os utentes embora nem todas tenham o mesmo peso na avaliação final e na qualidade percebida salientando-se que é importante para a instituição de saúde ter em conta a sua ordem de relevância (Towbin, 2018).

3.6 Consentimento Informado e Procedimentos Éticos

Em teoria, o princípio legal que garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é denominado Consentimento Informado e, este mais não é do que um instrumento que considera que a pessoa ou o seu representante legal, no lugar deste ser menor ou incapaz, deve ou não participar na pesquisa sem indução indevida nem qualquer elemento de força, engano, coerção ou outras formas de coação. Deste modo, nenhum investigador pode envolver qualquer indivíduo a uma pesquisa antes de obter o seu consentimento informado (Vilelas, 2017).

Assim, parte-se do pressuposto que a Ética é a ciência moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento, isto é, através dela é realizado um juízo filosófico onde se conclui, baseado em princípios usados para justificar ações e resolver

problemas, o que é o mais correto. Por outro lado, quando acontecem situações em que os direitos das pessoas e as exigências da ciência entram em conflito, surgem os dilemas éticos e, neste caso, o investigador apenas tem de tomar uma decisão entre o interesse do estudo e os seus valores pessoais sem por em causa os direitos e liberdades da pessoa (Vilelas, 2017).

Na presente investigação, a recolha de dados seria efetuada por meio da aplicação de um questionário e, para tal, solicitar-se-ia uma autorização por escrito ao Grupo HPA Saúde e ao Grupo Unilabs. Após a aprovação das entidades anteriores, seriam informados todos os participantes do hospital mencionado, por escrito e devidamente autenticado, solicitando-se a sua colaboração neste estudo através do preenchimento de um questionário sendo que este seria assinado e datado no fim do seu preenchimento. Os participantes também seriam informados que a sua participação seria voluntária e anónima, garantindo que a presente investigação não evidenciaria a identificação individual de qualquer natureza e que lhes seria garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos por meio dos questionários (Apêndice 6 e 7).

3.7 Tratamento Estatístico

O tratamento e a análise estatística dos dados recolhidos seriam elaborados, primeiramente, pela caracterização de todas as variáveis existentes em termos de medidas de estatísticas descritiva e, posteriormente, através do uso do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* de modo a haver uma maior organização dos dados. No que respeita ao protocolo de tratamento de dados relativo aos dados recolhidos durante o período de recolha de dados que serão posteriormente tratados e analisados de modo a dar respostas aos objetivos a que a autora se propôs este são os seguintes:

- Análise Estatística do perfil sociodemográfico da Amostra
- Análise Estatística do perfil geográfico da Amostra
- Análise Estatística Descritiva da qualidade percebida pelos utentes em cada unidade de saúde
- Determinação do Coeficiente de alfa de *Cronbach* verificando a fiabilidade do instrumento SERVPERF adaptado ao estudo
- Análise de Componentes Principais para Dados Categóricos (CATPCA) de modo a identificar as dimensões e a sua importância para a avaliação da

qualidade percebida nos vários serviços de imagiologia do grupo hospitalar privado em que decorreu a investigação.

- Determinação do Coeficiente de Correlação de *Spearman* com o objetivo de avaliar a existência ou não e o grau de correlação existente entre as 6 dimensões da qualidade e a satisfação geral
- Análise da validade convergente do instrumento SERVPERF

Após a análise dos resultados obtidos de todos os pontos supramencionados assim como a realização da sua interpretação proceder-se-á à apresentação das conclusões principais no último capítulo da presente dissertação.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados apresentam-se como as informações numéricas recolhidas da análise estatística dos resultados recolhidos, junto dos participantes, e através do instrumento de medida escolhido (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

O instrumento SERVPERF foi aplicado a uma amostra de 471 utentes que realizaram exames imagiológicos nos cinco serviços de imagiologia de um grupo hospitalar algarvio. A primeira parte do questionário, a parte A, correspondeu à aplicação do modelo SERVPERF e a segunda parte, a parte B, à caracterização do perfil geográfico e sociodemográfico da amostra apresentada.

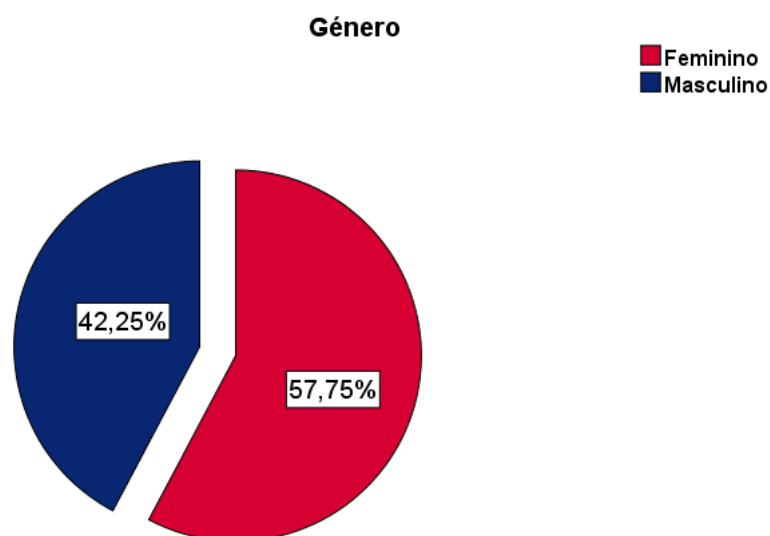
4.1 Caracterização do Perfil da Amostra

Dos 471 utentes que participaram no presente estudo, todos eles responderam por si próprios sem o auxílio de um acompanhante ou representante legal. Por outro lado, a maioria dos utentes referiram morar no distrito de Faro sendo que apenas 4 dos respondentes afirmaram não residir em Portugal, assim, os países nos quais viviam eram os seguintes: Brasil, Holanda, Suécia e reino Unido.

4.1.1 Resultados sobre o Género dos respondentes

Em relação ao género dos inquiridos, tal como se pode observar (gráfico 4.1) 57,75% dos utentes que participaram no estudo eram do género feminino e 42,25% dos utentes do género masculino.

Gráfico 4.1 - Género da Amostra



4.1.2 Resultados sobre a Idade dos respondentes

Em relação à idade dos inquiridos, tal como se pode observar na tabela 4.1, as idades variavam entre os 18 e os 92 anos, a unidade com a média de idades menor foi a unidade de Loulé com um valor de $(\pm)\sqrt{48,42}$ anos e a média de idades mais elevada foi registada na unidade HPA Alvor com um valor de $(\pm)\sqrt{55,63}$ anos. Relativamente à média total da amostra, esta foi de $(\pm)\sqrt{53,62}$ anos, o desvio padrão de 15,52, o mínimo de 18 e o máximo de 92.

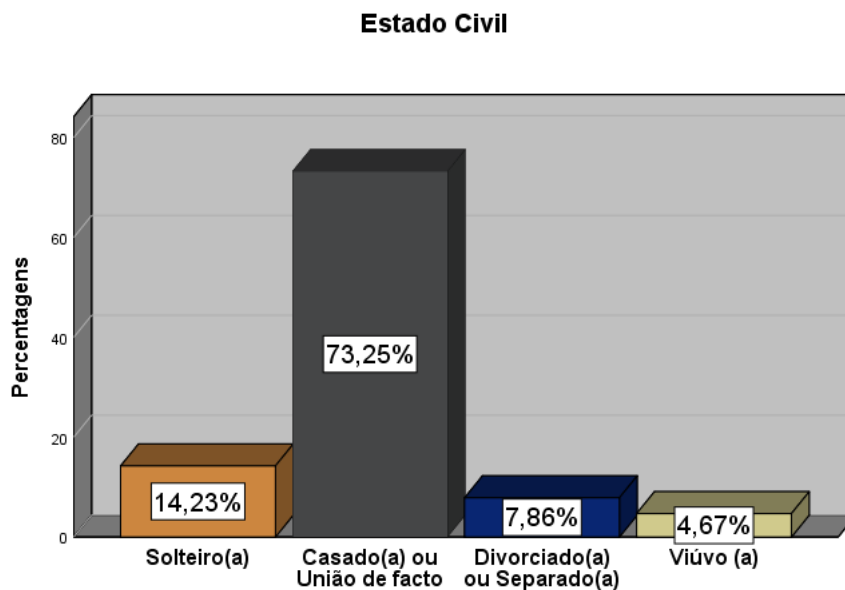
Tabela 4.1 - Idade da Amostra por Unidade Hospitalar e no Total (Output do SPSS)

Idade	Unidade Hospitalar					Total
	HPA Gambelas	HPA Alvor	Guia	Vilamoura	Loulé	
N	149	161	52	43	66	471
Média	54.4	55.63	51.31	54.21	48.42	53.62
Desvio Padrão	17.17	14.45	16.00	17.84	10.29	15.52
Mínimo	18	20	18	18	23	18
Máximo	88	92	77	86	73	92

4.1.3 Resultados sobre a Estado Civil dos respondentes

No que respeita ao estado civil dos respondentes, no geral e sem correspondência a cada unidade hospitalar, verificou-se que a maioria dos utentes era “Casado(a) ou em União de Facto” com uma cotação de 73,25% e que a minoria referiu ser “viúvo(a)” com 4,67% da cotação (gráfico 4.2).

Gráfico 4.2 - Estado Civil Geral da Amostra



De modo a facilitar a perceção dos dados por unidade hospitalar, a tabela 4.2 disponibiliza uma maior perceção dos dados. Assim, em todas as unidades hospitalares estudadas, a maior percentagem de utentes referiu que o seu estado civil era “Casado(a) ou em União de facto” o que corrobora com o gráfico anterior. No que se concerne às minorias, na unidade HPA Gambelas e Guia a menor percentagem correspondia aos utentes “Divorciado(a) ou Separado(a)”, no HPA Alvor correspondia aos utentes que referiram ser “Viúvo(a)” e na unidade de Vilamoura e Loulé a minoria referiu ser “Solteiro(a)” e “Divorciado(a) ou Separado(a)” com a mesma percentagem.

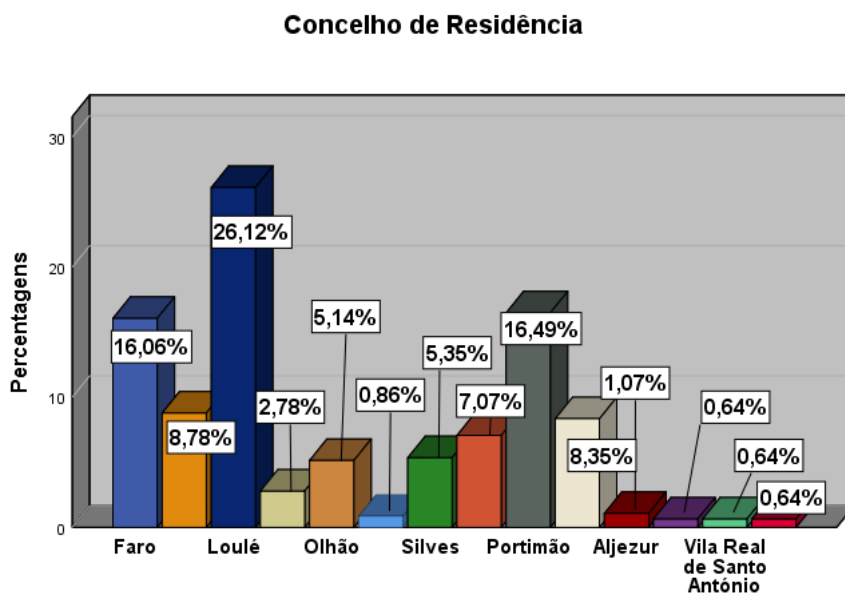
Tabela 4.2 - Resultados sobre o Estado Civil dos utentes por Unidade Hospitalar (Output do SPSS)

Estado Civil		Unidade Hospitalar				
		HPA Gambelas	HPA Alvor	Guia	Vilamoura	Loulé
Solteiro(a)	N	25	19	6	6	11
	%	16.8	11.8	11.5	14.0	16.7
Casado(a) ou União de Facto	N	109	126	41	25	44
	%	73.2	7.3	78.8	58.1	66.7
Divorciado(a) ou Separado(a)	N	5	13	2	6	11
	%	3.4	8.1	3.8	14.0	16.7
Viúvo(a)	N	10	3	3	6	-
	%	6.7	1.9	5.8	14.0	-
Total	N	149	161	52	43	66
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

4.1.4 Resultados sobre o Concelho de Residência dos residentes

Relativamente ao concelho de residência de onde eram provenientes a maioria dos utentes (gráfico 4.3), houve três concelhos que mereceram um maior destaque: em primeiro lugar encontravam-se os utentes residentes em “Loulé” (26,12%) sendo o concelho com maior representação no estudo, em segundo lugar, encontrava-se o concelho de “Portimão” (16,49%) com valores muito próximos aos demonstrados pelo concelho de “Faro” (16,06%) que ficou assim no terceiro lugar desse mesmo *ranking*.

Gráfico 4.3 - Distribuição da Amostra por Concelho de Residência (n=467)



4.1.5 Resultados sobre a Freguesia de Residência dos respondentes

No que respeita à freguesia de residência de onde era proveniente a maioria dos respondentes existem três freguesias que se destacam por deter a maioria dos inquiridos. Assim, em primeiro lugar com 12,3% de respostas encontrava-se a freguesia de “Portimão”, em segundo, com 10,6% encontrava-se a freguesia de “Quarteira” e, e em terceiro, com 9,1% dos casos, a freguesia de “Faro” (Apêndice 8).

4.1.6 Resultados sobre o Grau Académico dos respondentes

Quanto ao grau académico dos utentes, e de modo a facilitar a perceção dos dados por unidade hospitalar, a tabela 4.3 disponibiliza uma maior perceção dos dados. Assim, a maior percentagem de utentes referiu que possuía o “3º Ciclo do Ensino Básico” com as percentagens mais elevadas, seguido dos utentes que possuíam uma “Licenciatura” e, em terceiro lugar, pelos utentes que possuíam o “2º Ciclo do Ensino Básico”. Relativamente aos utentes “Sem Escolaridade”, houve apenas um representante assim como também só um dos utentes referiu possuir “Doutoramento”.

Tabela 4.3 - Resultados sobre o Grau Académico dos utentes por Unidade Hospitalar

Grau Académico		Unidade Hospitalar				
		HPA Gambelas	HPA Alvor	Guia	Vilamoura	Loulé
Sem Escolaridade	N	-	1	-	-	-
	%		0.6			
1º Ciclo do Ensino Básico	N	1	8	4	3	-
	%	0.7	5.0	7.7	7.0	
2º Ciclo do Ensino Básico	N	29	42	8	6	4
	%	19.5	26.1	15.4	14.0	6.1
3º Ciclo do Ensino Básico	N	62	69	29	22	27
	%	41.6	42.9	55.8	51.2	40.9
Licenciatura	N	52	20	11	11	29
	%	34.9	18.6	21.2	25.6	43.9
Mestrado	N	4	10	-	1	6
	%	2.7	6.2		2.3	9.1
Doutoramento	N	1	-	-	-	-
	%	0.7				
Outro	N	-	1	-	-	-
	%		0,6			
Total	N	149	161	52	43	66
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

4.1.7 Resultados sobre a Situação Profissional dos respondentes

No que toca à situação profissional (tabela 4.4), a maioria dos respondentes de cada unidade encontrava-se no ativo e eram trabalhadores por conta de outrem. Relativamente à minoria das respostas, na globalidade das respostas estas referiam-se a utentes que se encontravam a estudar com a exceção do HPA (Alvor) onde a minoria das respostas registadas se referia a utentes que se encontravam no desemprego.

Tabela 4.4 - Situação Profissional da Amostra por Unidade Hospitalar

Situação Profissional		Unidade Hospitalar				
		HPA Gambelas	HPA Alvor	Guia	Vilamoura	Loulé
Desempregado(a)	N	-	2	-	-	-
	%		1,2			
Trabalhador(a) por conta Própria	N	19	24	7	7	11
	%	12,8	14,9	13,5	16,3	16,7
Trabalhador(a) por conta de Outrem	N	62	71	25	20	49
	%	41,6	44,1	48,1	46,5	74,2
Reformado(a)	N	61	64	18	14	5
	%	40,9	39,8	34,6	32,6	7,6
Estudante	N	7	-	2	2	1
	%	4,7		3,8	4,7	1,5
Outro	N	-	-	-	-	-
	%					
Total	N	149	161	52	43	66
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.1.7 Resultados sobre qual a Versão do Questionário dos respondentes

No caso da versão do questionário preenchida pelos utentes (tabela 4.5), esta foi maioritariamente preenchida em Português com 57,7% embora houvesse também uma percentagem bastante considerável da versão em Inglês com 42,3% do total.

Tabela 4.5 - Versão do Questionário: Português Vs Inglês

Versão do Questionário	Frequências	Percentagens
Português	272	57,7%
Inglês	199	42,3%
Total	471	100%

Quanto à versão do questionário, a versão com maior número de respostas nos dois hospitais em estudo (tabela 4.6) foi a versão em inglês com 34,6% das respostas e,

relativamente à versão com maior número de respostas nas três clínicas, a versão com maior número de respostas foi a versão em português com 26,6% das respostas.

Tabela 4.6 - Versão do Questionário: Hospitais Vs Clínicas

Unidade	Versão do Questionário	Frequências	Percentagens
Hospitais	Português	147	31,2
	Inglês	163	34,6
Clínicas	Português	125	26,6
	Inglês	36	7,6
Total		471	100%

Relativamente aos respondentes por unidade hospitalar (tabela 4.7), sendo que foram apenas 5 unidades onde se realizou o presente estudo, foi possível referir que foram preenchidos 149 questionários no Hospital Particular do Algarve (Gambelas) e 161 questionários no Hospital Particular do Algarve (Alvor) justificando-se os valores superiores com a maior afluência de utentes que os hospitais possuem comparativamente com as clínicas do mesmo grupo.

Por outro lado, no que toca aos questionários preenchidos nas restantes três unidades, as clínicas, foi possível afirmar que foram preenchidos 52 na Clínica Particular do Algarve (Guia), 43 na Clínica Particular do Algarve (Vilamoura) e 66 na Clínica Particular do Algarve (Loulé).

Tabela 4.7 - Questionários preenchidos por Unidade Hospitalar

Unidade Hospitalar	Frequências	Percentagens
HPA Gambelas	149	31,6%
HPA Alvor	161	34,2%
Guia	52	11%
Vilamoura	43	9,1%
Loulé	66	14%
Total	471	100%

4.2 Análise sobre as Dimensões da Qualidade

Após a análise do perfil geográfico e sociodemográfico da amostra procedeu-se à descrição do que este estudo pretendeu investigar, nomeadamente, quais as dimensões da qualidade de um serviço de radiologia privado, analisar a importância dessas dimensões e descobrir qual a sua relação com os níveis de satisfação do utente assim como compara-los entre dois tipos de população, a população nacional e estrangeira residente na região do Algarve.

Após o reagrupamento dos 25 itens (Apêndice 9), é possível verificar através da tabela 4.8 as 6 dimensões ou fatores iniciais aos quais correspondem itens com as mesmas características. Assim, realizou-se através do *software* SPSS, um estudo das várias propriedades que cada uma possui passando pela estatística descritiva.

Tabela 4.8 - Estatística Descritiva relativa às 6 Dimensões Iniciais (n=470)

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tangibilidade	471	3.00	5.00	4.49	.471
Empatia	471	3.00	5.00	4.49	.535
Segurança	471	3.00	5.00	4.59	.489
Profissionalismo e Competências	471	3.00	5.00	4.54	.520
Fiabilidade	470	3.00	5.00	4.47	.547
Capacidade de Resposta	471	3.00	5.00	4.52	.480
Aspetos Gerais	471	3.00	4.00	3.56	.208
Valid N (listwise)	470				

Na análise estatística descritiva apresentada relativa às 6 dimensões iniciais (tabela 4.8) foi possível inferir acerca do seu mínimo, o máximo, o valor médio e o desvio padrão. Assim, a cotação mínima apresentada para todas as dimensões foi de 3,00 e a cotação máxima apresentada de 5,00 para todas as dimensões com exceção da dimensão “Aspetos Gerais”. Relativamente ao valor médio, foi possível afirmar que a dimensão que apresentou o valor médio mais elevado foi a dimensão “Segurança” com $(\pm)\sqrt{4,59}$ inversamente ao valor médio mais baixo apresentado que correspondeu à dimensão “Aspetos Gerais” com $(\pm)\sqrt{3,56}$. Por fim, no que respeitou à variância apresentada, o valor mais elevado registado correspondeu à dimensão “Fiabilidade” com uma cotação de 0,547 e o mais baixo correspondeu à dimensão “Aspetos Gerais” com uma cotação de 0,208.

4.2.1 Análise das diferentes dimensões por Unidade Hospitalar

Através de uma Escala de *Likert* disposta de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Plenamente), foram recolhidas as respostas relativas às dimensões em estudo. As tabelas seguintes descrevem da melhor forma as respostas dadas pelos utentes, em cada unidade, segundo as dimensões iniciais acrescentando o item “aspetos gerais”.

Na unidade HPA Gambelas (tabela 4.9) houve um total de 149 respostas válidas onde o valor médio com maior expressão foi relativo à dimensão “profissionalismo e Competências” com 4.55 das respostas e o valor da variância maior se refere à dimensão “Empatia” com 0,318.

Tabela 4.9 - Respostas dadas por dimensão na Unidade HPA de Gambelas

HPA Gambelas						
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tangibilidade	149	4	5	4.53	.441	.195
Empatia	149	3	5	4.46	.564	.318
Segurança	149	4	5	4.54	.511	.261
Profissionalismo e Competências	149	3	5	4.55	.529	.280
Fiabilidade	148	3	5	4.49	.503	.253
Capacidade de Resposta	149	4	5	4.51	.457	.209
Aspetos Gerais	149	3	4	3.59	.164	.027
Valid N (listwise)	148					

Relativamente à unidade HPA Alvor (tabela 4.10) houve um total de 161 respostas válidas, onde o valor médio com maior expressão foi de 4.60 relativo à dimensão “Segurança” e o maior valor da variância se refere, novamente, à dimensão “Fiabilidade” com 0,366.

Tabela 4.10 - Respostas dadas por dimensão na Unidade HPA de Alvor

HPA ALVOR						
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tangibilidade	161	3	5	4.39	.516	.266
Empatia	161	3	5	4.47	.527	.277
Segurança	161	3	5	4.60	.493	.243
Profissionalismo e Competências	161	3	5	4.51	.516	.267
Fiabilidade	161	3	5	4.43	.605	.366
Capacidade de Resposta	161	3	5	4.46	.527	.278
Aspetos Gerais	161	3	4	3.56	.216	.047
Valid N (listwise)	161					

No que se refere à Clínica Particular do Algarve – Guia (tabela 4.11), houve um total de 52 respostas válidas onde o valor médio com maior expressão foi de 4,60

relativo à dimensão “Profissionalismo e Competências” e o valor da variância maior se refere à dimensão “Empatia” com 0,301.

Tabela 4.11 - Respostas dadas por dimensão na Unidade da Guia

	Guia					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tangibilidade	52	4	5	4.50	.447	.200
Empatia	52	3	5	4.52	.549	.301
Segurança	52	4	5	4.62	.473	.224
Profissionalismo e Competências	52	3	5	4.60	.521	.272
Fiabilidade	52	3	5	4.44	.543	.295
Capacidade de Resposta	52	4	5	4.59	.429	.184
Aspetos Gerais	52	3	4	3.56	.224	.050
Valid N (listwise)	52					

No que toca à Clínica Particular do Algarve – Vilamoura (tabela 4.12), houve um total de 43 respostas válidas onde o valor médio com maior expressão foi de 4.76 relativo à dimensão “Segurança” e o valor da variância maior se refere à dimensão “Fiabilidade” com um valor de 0,322.

Tabela 4.12 - Respostas dadas por dimensão na Unidade de Vilamoura

	Vilamoura					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tangibilidade	43	4	5	4.64	.410	.168
Empatia	43	3	5	4.62	.491	.241
Segurança	43	4	5	4.76	.414	.171
Profissionalismo e Competências	43	3	5	4.66	.507	.257
Fiabilidade	43	3	5	4.55	.568	.322
Capacidade de Resposta	43	4	5	4.67	.435	.189
Aspetos Gerais	43	3	4	3.56	.269	.073
Valid N (listwise)	43					

Por fim, quanto à Clínica Particular do Algarve – Loulé (tabela 4.13), houve um total de 66 respostas válidas onde o valor médio com maior expressão foi de 4.56 para a dimensão “Segurança” e o maior valor da variância se refere à dimensão “Empatia” com 0,258.

Tabela 4.13 - Respostas dadas por dimensão na Unidade de Loulé

	Loulé					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tangibilidade	66	4	5	4.53	.444	.197
Empatia	66	3	5	4.47	.508	.258
Segurança	66	4	5	4.56	.477	.228
Profissionalismo e Competências	66	3	5	4.48	.520	.271
Fiabilidade	66	3	5	4.47	.482	.233
Capacidade de Resposta	66	4	5	4.52	.458	.209
Aspetos Gerais	66	3	4	3.52	.212	.045
Valid N (listwise)	66					

4.2.2 Teste da Normalidade

De seguida, efetuaram-se dois testes para a verificação da normalidade da amostra, o teste *Kolmogorov-Smirnov* e o Teste de *Shapiro-Wilk*, foi através destes dois testes (tabela 4.14) que se pôde constatar que a distribuição não foi Normal pelo que serão necessários realizar testes não paramétricos tal como constatado anteriormente nos diferentes estudos consultados como o de *Almeida et al.* (2010).

Tabela 4.14 - Testes da Normalidade

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PA1.1	.331	470	.000	.717	470	.000
PA1.2	.336	470	.000	.715	470	.000
PA1.3	.436	470	.000	.602	470	.000
PA1.4	.311	470	.000	.741	470	.000
PA1.5	.298	470	.000	.733	470	.000
PA1.6	.354	470	.000	.694	470	.000
PA1.7	.301	470	.000	.717	470	.000
PA1.8	.321	470	.000	.739	470	.000
PA1.9	.352	470	.000	.709	470	.000
PA1.10	.356	470	.000	.717	470	.000
PA1.11	.391	470	.000	.663	470	.000
PA1.12	.424	470	.000	.617	470	.000
PA1.13	.349	470	.000	.712	470	.000
PA1.14	.328	470	.000	.737	470	.000
PA1.15	.359	470	.000	.703	470	.000
PA1.16	.363	470	.000	.702	470	.000
PA1.17	.408	470	.000	.637	470	.000
PA1.18	.402	470	.000	.661	470	.000
PA1.19	.408	470	.000	.649	470	.000
PA1.20	.377	470	.000	.679	470	.000
PA1.21	.405	470	.000	.655	470	.000
PA1.22	.376	470	.000	.693	470	.000
PA1.23	.328	470	.000	.745	470	.000
PA1.24	.363	470	.000	.704	470	.000
PA1.25	.319	470	.000	.722	470	.000
PA2.1	.439	470	.000	.600	470	.000
PA2.2	.442	470	.000	.592	470	.000
PA2.3	.444	470	.000	.592	470	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Através da interpretação da tabela acima foi possível constatar que o *p-value* ou “sig” foi inferior a 0,05 pelo que se confirma que a distribuição das variáveis na amostra não foi Normal.

4.2.3 Fiabilidade Interna

Quanto à medição da consistência interna do instrumento, a maneira de o fazer foi recorrer ao cálculo, através do *software SPSS*, do Alpha de *Cronbach*. Este último é considerado uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis/itens e varia entre 0 e 1 sendo que 0 representa um alpha < 0,5 (inaceitável) e o valor > 0,90 (muito boa).

Tal como demonstra a tabela 4.15, o valor de Alpha foi de 0,969 o que denota uma “muito boa” consistência do instrumento utilizado. Salienta-se que o Alpha de Cronbach total baseou-se no Eigenvalue Total (Pereira e Patrício, 2016).

Tabela 4.15 - Alpha de *Cronbach* Total

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.969	.970	25

No que respeita ao Alpha de Cronbach referente às 25 itens/questões principais utilizados na avaliação da qualidade percebida, estas apresentaram valores superiores a 0,90 o que denotaram uma “muito boa” consistência interna no que concerne a cada questão individualmente (Apêndice 10).

4.2.4 Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett

De modo investigar se seria possível a realização da análise fatorial exploratória das componentes principais, através do *software SPSS*, realizou-se o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (tabela 4.16).

Através do teste *Kaiser-Meyer-Olkin*, que pode variar entre valores inferiores a 0,50 denominando-se como “análise fatorial inaceitável” e o valores superiores a 0,90 denominando-se como “análise fatorial muito boa”, obteve-se um valor de KMO de 0.958 o que considerou a presente análise fatorial como exequível e se qualificava como “muito boa”. Por outro lado, o teste de esfericidade de Bartlett apresentou um *p-value* inferior a 0,01 pelo que se rejeita a H_0 e conclui-se que as variáveis se encontram correlacionadas entre si significativamente (Pereira e Patrício, 2016).

Tabela 4.16 - KMO e Teste de Esfericidade de *Bartlett*

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.958
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	10576.182
	df	300
	Sig.	.000

4.2.5 Análise Fatorial

A análise fatorial é uma técnica de análise exploratória de dados que tem como objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores. Assim, a partir de um conjunto inicial de variáveis, esta tenta identificar um conjunto menor de variáveis hipotéticas (fatores) de modo a reduzir a dimensão dos dados sem perda significativa da informação (Pereira e Patrício, 2016).

Sendo o objetivo da análise fatorial modelar as inter-relações entre os itens, é necessário estar atento à variância e à covariância e não no valor médio. Deste modo, a análise fatorial assume que a variância pode ser dividida em dois tipos: comum e única. No presente caso, estamos perante uma “variância comum” uma vez que os itens altamente correlacionados compartilham muitas variações e daí surge o conceito de “comunalidade” e a formação de uma “Tabela de Comunalidades” (Apêndice 11). A variância comum varia entre 0 e 1 onde valores próximos de 1 sugerem que os fatores extraídos explicam mais da variância de um item individual. Desta forma, a extração de fatores envolve fazer uma escolha sobre o tipo de modelo assim como o número de fatores a serem extraídos com o objetivo de obter uma estrutura simples. Assim, existem duas abordagens para a extração sendo que a utilizada no presente estudo é a análise de componentes principais. A análise de componentes principais ou CATPCA pressupõe que não há variância única, a variância total é igual à variância comum. Através da variância total explicada obtiveram-se 3 fatores que, em conjunto, explicam mais de 68% da variância total como se pode observar na tabela 4.17 (UCLA, 2020).

Verificou-se que o Fator 1 explica 28,657% variância, o Fator 2 20,431% da variância e o Fator 3 com 19.500% da variância total explicada.

Tabela 4.17 - Variância Total Explicada

Component	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14.683	58.733	58.733	7.164	28.657	28.657
2	1.316	5.263	63.996	5.108	20.431	49.088
3	1.148	4.592	68.588	4.875	19.500	68.588
4	.751	3.006	71.593			
5	.704	2.816	74.410			
6	.656	2.625	77.034			
7	.578	2.311	79.345			
8	.554	2.214	81.560			
9	.518	2.072	83.631			
10	.457	1.829	85.460			
11	.378	1.512	86.973			
12	.376	1.504	88.476			
13	.365	1.461	89.938			
14	.330	1.320	91.257			
15	.308	1.232	92.489			
16	.275	1.099	93.589			
17	.257	1.029	94.618			
18	.247	.990	95.608			
19	.218	.873	96.481			
20	.186	.744	97.225			
21	.167	.670	97.895			
22	.159	.635	98.530			
23	.151	.605	99.135			
24	.112	.450	99.585			
25	.104	.415	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Através dos dados da tabela 4.17, e utilizando uma análise fatorial dos componentes principais aliadas a uma rotação varimax foi possível determinar os itens que compõem os 3 novos fatores sem perdas significativas de informação. Desta forma, o seu reagrupamento gera na atribuição de novas denominações que não são mais do que a coerência dos resultados obtidos (Apêndice 12).

Tabela 4.18 - Dimensões Geradas a partir dos 6 Fatores Iniciais

Dimensões Geradas					
Dimensão/ Fator	Itens	Dimensão Inicial	Nova Dimensão	Variância Total Explicada	Consistencia Interna
	PA1.24	Profissionalismo e			
		Competências			
	PA1.23	Empatia			
	PA1.14	Empatia			
	PA1.19	Segurança			
	PA1.18	Segurança			
	PA1.25	Empatia			
	PA1.16	Segurança			
	PA1.21	Profissionalismo e			

		Competências			
Fator 1	PA1.22	Empatia	Qualidade Técnica e Segurança	58.733	0.959
	PA1.15	Empatia			
	PA1.13	Profissionalismo e Competências			
	PA1.20	Capacidade de Resposta			
	PA1.11	Capacidade de Resposta			
Fator 2	PA1.13	Profissionalismo e Competências	Imagem do Departamento e Capacidade Tecnológica	5.263	0.873
	PA1.12	Empatia			
	PA1.17	Segurança			
	PA1.1	Tangíveis			
	PA1.9	Fiabilidade			
	PA1.7	Capacidade de Resposta			
Fator 3	PA1.4	Tangíveis	Comunicação, Instalações e Sinalética	4.592	0.898
	PA1.5	Tangíveis			
	PA1.10	Fiabilidade			
	PA1.8	Fiabilidade			
	PA1.2	Tangíveis			
	PA1.6	Capacidade de Resposta			

Pela observação da tabela 4.18 é possível afirmar que a dimensão “Qualidade Técnica e Segurança” é responsável por 58,733 da variância explicada contendo a agregação de 4 dimensões iniciais e denomina-se por Fator 1. A segunda nova dimensão, denominada por “Imagem do Departamento e Capacidade Tecnológica” é responsável por 5,263 da variância explicada e contendo também a agregação de 6 dimensões iniciais denominando-se por Fator 2. E, por último mas não menos importante, o Fator 3, que incorpora um conjunto de 3 dimensões designando-se por “Comunicação, Instalações e Sinalética” com uma variância explicada de 4,592.

Importa salientar que no que diz respeito à consistência interna dos 3 fatores, estes apresentam-se com um grau que varia entre “muito bom” e “excelente” pelo que demonstra um nível de fiabilidade interna bastante atrativo. Através da tabela 4.18 pode concluir-se que os 25 itens iniciais podem, futuramente, passar a ser representados por estas 3 novas dimensões sendo que a atribuição dos diferentes nomes a cada nova dimensão é o resultado do agrupamento das “dimensões iniciais” na tentativa de representar as dimensões geradas da forma mais fiel.

O Fator 1, denominado por “Qualidade Técnica e Segurança”, detêm 58,7% da variância explicada, contendo a agregação de 4 dimensões iniciais.

O Fator 2, denominado por “Imagem do Departamento e Capacidade Tecnológica” detêm 5,3% da variância explicada e a agregação de 5 dimensões iniciais.

O Fator 3, denominado por “Comunicação, Instalações e Sinalética”, detêm 4,6% da variância explicada, contendo 4,6% da variância explicada e a agregação de 3 dimensões iniciais.

Por fim, depois de caracterizadas as 3 novas dimensões, procedeu-se à medição da fiabilidade interna da cada fator através do cálculo do Alpha de *Cronbach* tendo se obtido o valor de 0,959 para o Fator 1 , o valor de 0,873 para o Fator 2 e o valor de 0.898 para o fator 3. Pode assim concluir-se que os valores mais elevados correspondem ao Fator 1 e Fator 3 e se interpretam com uma “muito boa” consistência interna e com uma “boa” consistência interna para o Fator 2. Salienta-se que o Alpha de Cronbach total baseou-se no Eigevalue Total.

Através da tabela 4.19 é possível saber como é que a matriz passou de Matriz Fator para Matriz de Fator Rodada normalizada por *Kaiser*.

Tabela 4.19 - Matriz de Transformação de Componentes

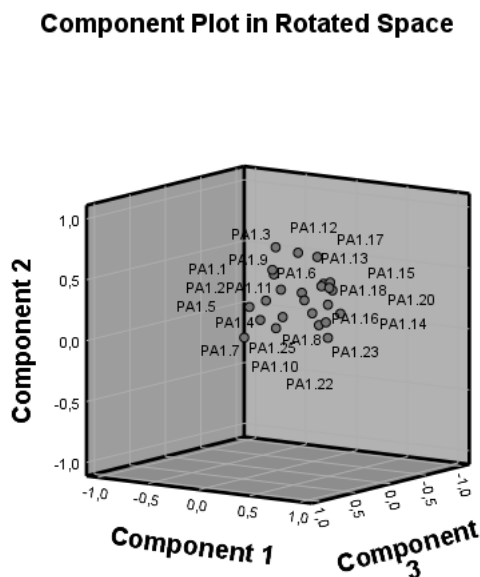
Component Transformation Matrix			
Component	1	2	3
1	.665	.540	.516
2	-.387	-.342	.856
3	-.639	.769	.019

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Por fim, é apresentado um gráfico que mostra os itens/variáveis no espaço do fator girado, uma figura tridimensional pelos 25 itens dispostos conforme o seu par ordenado onde as cargas podem variar entre -1 e 1, Cargas próximas de -1 ou 1 indicam que a variável influência fortemente o fator, cargas próximas de 0 indicam que a variável tem uma influência fraca no fator (Minitab LLC, 2019).

Figura 4.1 - Matriz de Componentes Rodada no Espaço



4.2.6 Comparação de três ou mais grupos numa Variável Dependente medida numa Escala Ordinal

O teste de *Kruskal-Wallis* assume-se como uma alternativa ao teste ANOVA I, e é calculado de forma semelhante ao teste de *Mann-Whitney* com a diferença de que podem existir mais grupos. Os dados tem assim de derivar de amostras independentes de populações com a mesma forma que não necessita de ser normal apesar de se manter o requisito das variâncias iguais para todos os grupos (Pereira e Patrício, 2016).

Tabela 4.20 - Comparação dos Valores Médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes por Unidade Hospitalar

Ranks			
Nome da Unidade Hospitalar			
		N	Mean Rank
Tangibilidade ($p = 0.023$)	HPA Gambelas	149	246.95
	HPA Alvor	161	210.34
	Guia	52	238.56
	Vilamoura	43	275.66
	Loulé	66	246.01
	Total	471	
Empatia ($p = 0.408$)	HPA Gambelas	149	231.23
	HPA Alvor	161	230.91
	Guia	52	245.78
	Vilamoura	43	271.38
	Loulé	66	228.44
	Total	471	

Segurança ($p = 0.153$)	HPA Gambelas	149	223.85
	HPA Alvor	161	237.57
	Guia	52	241.01
	Vilamoura	43	279.03
	Loulé	66	227.62
	Total	471	
Profissionalismo e Competências ($p = 0.193$)	HPA Gambelas	149	237.87
	HPA Alvor	161	226.13
	Guia	52	252.46
	Vilamoura	43	271.09
	Loulé	66	220.02
	Total	471	
Fiabilidade ($p = 0.745$)	HPA Gambelas	148	236.89
	HPA Alvor	161	231.28
	Guia	52	227.62
	Vilamoura	43	260.08
	Loulé	66	232.86
	Total	470	
Capacidade de Resposta ($p = 0.090$)	HPA Gambelas	149	232.67
	HPA Alvor	161	223.03
	Guia	52	255.14
	Vilamoura	43	281.48
	Loulé	66	230.45
	Total	471	
PA2.1 - A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou: ($p = 0.009$)	HPA Gambelas	149	255.99
	HPA Alvor	161	214.89
	Guia	52	255.86
	Vilamoura	43	238.20
	Loulé	66	225.30
	Total	471	
PA2.2 - A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Radiologia: ($p = 0.084$)	HPA Gambelas	149	244.94
	HPA Alvor	161	218.16
	Guia	52	257.11
	Vilamoura	43	231.31
	Loulé	66	245.75
	Total	471	
PA2.3 - A Imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresenta: ($p = 0.552$)	HPA Gambelas	149	245.68
	HPA Alvor	161	233.69
	Guia	52	239.96
	Vilamoura	43	231.98
	Loulé	66	219.27
	Total	471	

De modo a perceber a influência de cada Unidade Hospitalar nos utentes para cada dimensão da qualidade percebida, foram definidas as seguintes hipóteses:

H₀: As dimensões da qualidade percebida e da qualidade/satisfação/imagem em geral são independentes de cada Unidade Hospitalar para os utentes

H₁: As dimensões da qualidade percebida e da qualidade/satisfação/imagem em geral são dependentes de cada Unidade Hospitalar para os utentes

Através do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida nos cinco grupos de unidades foi possível inferir o seguinte:

No que respeita à dimensão “Tangibilidade” tal como na dimensão “Capacidade

de resposta”, o maior valor médio correspondeu à unidade hospitalar de Vilamoura e o menor valor médio à unidade hospitalar HPA Alvor. Relativamente à dimensão “Empatia” assim como para a dimensão “Profissionalismo e Competências”, o maior valor médio correspondeu à unidade hospitalar de Vilamoura e o menor valor médio à unidade hospitalar de Loulé. Quanto à dimensão “Segurança”, o maior valor médio correspondeu à unidade hospitalar de Vilamoura e o menor valor médio à unidade hospitalar HPA Gambelas. No que concerne à dimensão “Fiabilidade”, o maior valor médio correspondeu à unidade hospitalar de Vilamoura e o menor valor médio à unidade hospitalar da Guia. Em termos da qualidade em geral percecionada pelos utentes em cada unidade hospitalar, o maior valor médio correspondeu à unidade HPA Gambelas sendo que o menor valor médio correspondeu à unidade HPA Alvor. No que toca à satisfação em geral percecionada pelos utentes em cada unidade hospitalar, o maior valor médio correspondeu à unidade da Guia sendo que o menor valor médio correspondeu à unidade HPA Alvor. Por fim, no que alude à imagem em geral que o serviço de Radiologia apresenta aos utentes, o maior valor médio correspondeu à unidade HPA Gambelas e o menor valor médio correspondeu à unidade de Loulé.

Foi possível visualizar os valores de *Kruskal-Wallis* para a qualidade percebida por unidade hospitalar (tabela 4.20), desta forma, apenas existiram diferenças significativas entre as unidades em estudo nas dimensões “Tangibilidade”, “Capacidade de Resposta” e na “Qualidade Geral” onde o $p < 0,05$ pelo que nessas três variáveis existiu significância estatística nas diferenças encontradas.

Tabela 4.21 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes segundo o seu Estado Civil

		Ranks		
		PB3 - Estado Civil	N	Mean Rank
Tangibilidade ($p = 0.995$)		Solteiro(a)	67	233.11
		Casado(a) ou União de facto	345	236.05
		Divorciado(a) ou Separado(a)	37	237.81
		Viúvo (a)	22	240.91
		Total	471	
Empatia ($p = 0.929$)		Solteiro(a)	67	242.32
		Casado(a) ou União de facto	345	234.22
		Divorciado(a) ou Separado(a)	37	233.23
		Viúvo (a)	22	249.30
		Total	471	
Segurança ($p = 0.452$)		Solteiro(a)	67	249.99
		Casado(a) ou União de facto	345	231.86
		Divorciado(a) ou Separado(a)	37	258.27
		Viúvo (a)	22	220.82
		Total	471	

	Total	471	
Profissionalismo e Competências ($p = 0.881$)	Solteiro(a)	67	245.56
	Casado(a) ou União de facto	345	234.45
	Divorciado(a) ou Separado(a)	37	227.99
	Viúvo (a)	22	244.66
	Total	471	
Fiabilidade ($p = 0.881$)	Solteiro(a)	67	228.67
	Casado(a) ou União de facto	344	235.63
	Divorciado(a) ou Separado(a)	37	235.27
	Viúvo (a)	22	254.68
	Total	470	
Capacidade de Resposta ($p = 0.738$)	Solteiro(a)	67	232.66
	Casado(a) ou União de facto	345	234.21
	Divorciado(a) ou Separado(a)	37	241.28
	Viúvo (a)	22	265.30
	Total	471	
Aspetos Gerais ($p = 0.991$)	Solteiro(a)	67	237.63
	Casado(a) ou União de facto	345	235.05
	Divorciado(a) ou Separado(a)	37	238.36
	Viúvo (a)	22	241.91
	Total	471	

De modo a perceber a influência do Estado Civil nos utentes para cada dimensão da qualidade percebida, foram definidas as seguintes hipóteses:

H₀: As dimensões da qualidade percebida são independentes do Estado Civil dos utentes

H₁: As dimensões da qualidade percebida são dependentes do Estado Civil dos utentes.

No que respeita à dimensão “Tangibilidade”, o maior valor médio correspondeu aos utentes viúvos e o menor valor médio aos utentes solteiros. Relativamente à dimensão “Empatia”, o maior valor médio correspondeu aos utentes viúvos e o menor valor médio aos utentes divorciados ou separados. Quanto à dimensão “Segurança”, o maior valor médio correspondeu aos utentes divorciados/separados e o menor valor médio aos utentes viúvos. No que concerne à dimensão “Profissionalismo e Competências”, o maior valor médio correspondeu aos utentes solteiros e o menor valor médio aos utentes divorciados ou separados. Em termos da dimensão “Fiabilidade” tal como da dimensão “Capacidade de resposta”, o maior valor médio correspondeu aos utentes viúvos e o menor valor médio aos utentes solteiros. Por fim, no que toca à dimensão “Aspetos Gerais”, o maior valor médio correspondeu aos utentes viúvos e o menor valor médio aos utentes casados ou em união de fato.

Foi possível constatar, através dos valores de *Kruskal-Wallis* para a qualidade percebida segundo o Estado Civil (tabela 4.21), que não existiam diferenças

significativas pois para todas as dimensões o $p > 0,05$ pelo que não existiu significância estatística nas diferenças encontradas.

Tabela 4.22 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes segundo a sua Situação Profissional

		Ranks		
		PB6 - Situação Profissional	N	Mean Rank
Tangibilidade ($p = 0.925$)	Desempregado(a)		2	210.50
	Trabalhador(a) por conta própria		68	235.47
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	240.26
	Reformado		162	232.54
	Estudante		12	209.50
	Total		471	
Empatia ($p = 0.299$)	Desempregado(a)		2	333.25
	Trabalhador(a) por conta própria		68	243.18
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	229.98
	Reformado		162	244.66
	Estudante		12	176.00
	Total		471	
Segurança ($p = 0.613$)	Desempregado(a)		2	217.00
	Trabalhador(a) por conta própria		68	236.51
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	241.46
	Reformado		162	232.29
	Estudante		12	183.21
	Total		471	
Profissionalismo e Competências ($p = 0.785$)	Desempregado(a)		2	264.75
	Trabalhador(a) por conta própria		68	238.37
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	230.89
	Reformado		162	243.98
	Estudante		12	206.79
	Total		471	
Fiabilidade ($p = 0.497$)	Desempregado(a)		2	284.25
	Trabalhador(a) por conta própria		68	222.39
	Trabalhador(a) por conta de outrem		226	239.70
	Reformado		162	238.53
	Estudante		12	181.54
	Total		470	
Capacidade de Resposta ($p = 0.878$)	Desempregado(a)		2	322.00
	Trabalhador(a) por conta própria		68	240.90
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	232.87
	Reformado		162	238.06
	Estudante		12	225.21
	Total		471	
Aspetos Gerais ($p = 0.189$)	Desempregado(a)		2	84.00
	Trabalhador(a) por conta própria		68	228.07
	Trabalhador(a) por conta de outrem		227	231.73
	Reformado		162	248.29
	Estudante		12	221.17
	Total		471	

De modo a perceber a influência da Situação Profissional nos utentes para cada dimensão da qualidade percebida, foram definidas as seguintes hipóteses:

H₀: As dimensões da qualidade percebida são independentes da Situação Profissional dos utentes

H₁:As dimensões da qualidade percebida são dependentes da Situação Profissional dos utentes.

Através do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida nos cinco grupos de utentes foi possível inferir o seguinte:

No que respeita às dimensões “Tangibilidade” e “Segurança”, o maior valor médio correspondeu aos utentes trabalhadores por contem de Outrem e o menor valor médio aos utentes que eram estudantes. Relativamente à dimensão “Empatia”, o maior valor médio correspondeu aos utentes desempregados e o menor valor médio aos utentes que eram estudantes. No que concerne à dimensão “Profissionalismo e Competências”, o maior valor médio correspondeu aos utentes reformados e o menor valor médio aos utentes que eram estudantes. Em termos das dimensões “Fiabilidade” e tal como da dimensão “Capacidade de resposta”, o maior valor médio correspondeu aos utentes desempregados e o menor valor médio aos utentes que eram estudantes. Por fim, no que toca à dimensão “Aspetos Gerais”, o maior valor médio correspondeu aos utentes reformados e o menor valor médio aos utentes desempregados.

Foi possível constatar, através dos valores de *Kruskal-Wallis* para a qualidade percebida segundo a Situação Profissional (tabela 4.22), que não existiam diferenças significativas pois para todas as dimensões o $p > 0,05$ pelo que não existiu significância estatística nas diferenças encontradas.

Tabela 4.23 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes por Concelho de Residência

		Ranks	
	PB4.3 - Concelho	N	Mean Rank
Tangibilidade ($p = 0.418$)	Faro	75	204.95
	Albufeira	41	239.16
	Loulé	122	261.56
	São Brás de Alportel	13	260.23
	Olhão	24	253.38
	Tavira	4	254.25
	Silves	25	233.10
	Lagoa	33	216.73
	Portimão	77	225.04
	Lagos	39	217.91
	Aljezur	5	214.10
	Vila do Bispo	3	162.67
	Vila Real de Santo António	3	266.67
Castro Marim	3	181.83	
	Total	467	
Empatia ($p = 0.105$)	Faro	75	198.26
	Albufeira	41	252.60
	Loulé	122	246.66
	São Brás de Alportel	13	238.04

	Olhão	24	227.13
	Tavira	4	252.00
	Silves	25	253.10
	Lagoa	33	207.00
	Portimão	77	256.99
	Lagos	39	232.09
	Aljezur	5	130.70
	Vila do Bispo	3	126.50
	Vila Real de Santo António	3	315.67
	Castro Marim	3	142.33
	Total	467	
Segurança ($p = 0.051$)	Faro	75	188.13
	Albufeira	41	251.38
	Loulé	122	247.30
	São Brás de Alportel	13	229.85
	Olhão	24	237.29
	Tavira	4	308.00
	Silves	25	237.06
	Lagoa	33	210.91
	Portimão	77	265.26
	Lagos	39	218.90
	Aljezur	5	240.70
	Vila do Bispo	3	169.83
	Vila Real de Santo António	3	257.50
	Castro Marim	3	147.50
	Total	467	
Profissionalismo e Competências ($p = 0.256$)	Faro	75	198.67
	Albufeira	41	237.02
	Loulé	122	251.44
	São Brás de Alportel	13	224.96
	Olhão	24	248.40
	Tavira	4	291.25
	Silves	25	254.70
	Lagoa	33	219.44
	Portimão	77	243.40
	Lagos	39	230.31
	Aljezur	5	156.90
	Vila do Bispo	3	178.17
	Vila Real de Santo António	3	295.33
	Castro Marim	3	132.00
	Total	467	
Fiabilidade ($p = 0.361$)	Faro	75	191.77
	Albufeira	41	245.22
	Loulé	121	252.78
	São Brás de Alportel	13	233.00
	Olhão	24	247.00
	Tavira	4	295.88
	Silves	25	238.00
	Lagoa	33	229.67
	Portimão	77	240.82
	Lagos	39	224.95
	Aljezur	5	205.80
	Vila do Bispo	3	165.50
	Vila Real de Santo António	3	242.33
	Castro Marim	3	183.50
	Total	466	
Capacidade de Resposta ($p = 0.235$)	Faro	75	196.63
	Albufeira	41	272.27
	Loulé	122	249.84
	São Brás de Alportel	13	235.96
	Olhão	24	232.44
	Tavira	4	277.50

	Silves	25	245.96
	Lagoa	33	225.64
	Portimão	77	237.19
	Lagos	39	215.44
	Aljezur	5	185.80
	Vila do Bispo	3	206.50
	Vila Real de Santo António	3	299.17
	Castro Marim	3	141.17
	Total	467	
Aspetos Gerais ($p = 0.130$)	Faro	75	204.63
	Albufeira	41	256.88
	Loulé	122	248.63
	São Brás de Alportel	13	188.42
	Olhão	24	231.52
	Tavira	4	337.00
	Silves	25	231.98
	Lagoa	33	207.20
	Portimão	77	248.75
	Lagos	39	222.90
	Aljezur	5	211.40
	Vila do Bispo	3	225.67
	Vila Real de Santo António	3	297.00
	Castro Marim	3	201.17
	Total	467	

De modo a perceber a influência do Concelho de Residência nos utentes para cada dimensão da qualidade percebida, foram definidas as seguintes hipóteses:

H₀:As dimensões da qualidade percebida são independentes ao Concelho de Residência dos utentes

H₁:As dimensões da qualidade percebida são dependentes do Concelho de Residência dos utentes.

No que respeita às dimensões “Tangibilidade” e “Empatia”, o maior valor médio correspondeu aos utentes residentes no concelho de Vila Real de Santo António e o menor valor médio aos utentes residentes no concelho de Vila do Bispo. Relativamente à dimensão “Segurança”, o maior valor médio correspondeu aos utentes desempregados e o menor valor médio aos utentes que eram estudantes. Em termos das dimensões “Profissionalismo e Competências” e tal como da dimensão “Capacidade de resposta”, o maior valor médio correspondeu aos utentes residentes no concelho de Vila Real de Santo António e o menor valor médio aos utentes residentes no concelho de Castro Marim. Em termos das dimensões “Fiabilidade”, o maior valor médio correspondeu aos utentes residentes no concelho de Tavira e o menor valor médio aos utentes residentes no concelho de Vila do Bispo. Por fim, no que toca à dimensão “Aspetos Gerais”, o maior valor médio correspondeu utentes residentes no concelho de Tavira e o menor valor médio aos utentes residentes no concelho de São Brás de Alportel.

Foi possível constatar, através dos valores de *Kruskal-Wallis* para a qualidade

percebida segundo o Concelho de Residência (tabela 4.23), que não existiam diferenças significativas pois para todas as dimensões o $p > 0,05$ pelo que não existiu significância estatística nas diferenças encontradas.

4.2.7 Comparação de dois grupos numa variável dependente medida numa escala ordinal

O Teste de *Mann-Whitney* é a alternativa mais comum para a realização dos testes t em amostras independentes. Este teste é comumente utilizado para aceitar a hipótese nula que afirma que as médias da população são as mesmas para os dois grupos. Desta forma, é necessário que a forma das distribuições seja a mesma para os dois grupos, ou seja, que a variância da variável em estudo seja a mesma nos dois grupos (Pereira e Patrício, 2016).

Por não existir normalidade das distribuições nas dimensões dos dois grupos em estudo, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* de modo a comparar os valores médios entre a população nacional e estrangeira.

De modo a comparar os valores médios das dimensões da qualidade percebida nos utentes nacionais relativamente aos utentes estrangeiros, foi efetuada com base nas seguintes hipóteses estatísticas:

H₀:As dimensões da qualidade percebida são superiores nos utentes nacionais

H₁:As dimensões da qualidade percebida são superiores nos utentes estrangeiros

Tabela 4.24 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida nos utentes Nacionais Vs Estrangeiros

Ranks				
	Versão do Questionário	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tangibilidade	Versão Portuguesa	272	230.71	62753.50
	Versão Inglesa	199	243.23	48402.50
	Total	471		
Empatia	Versão Portuguesa	272	229.43	62405.00
	Versão Inglesa	199	244.98	48751.00
	Total	471		
Segurança	Versão Portuguesa	272	238.54	64883.50
	Versão Inglesa	199	232.53	46272.50
	Total	471		
Profissionalismo e Competências	Versão Portuguesa	272	231.69	63018.50
	Versão Inglesa	199	241.90	48137.50
	Total	471		
Fiabilidade	Versão Portuguesa	271	235.47	63812.00
	Versão Inglesa	199	235.54	46873.00

	Total	470		
Capacidade de Resposta	Versão Portuguesa	272	228.41	62128.00
	Versão Inglesa	199	246.37	49028.00
	Total	471		
Aspetos Gerais	Versão Portuguesa	272	225.69	61387.50
	Versão Inglesa	199	250.09	49768.50
	Total	471		

Constatou-se através da observação da tabela 4.24 que para todas as dimensões calculadas à exceção da dimensão “Segurança”, que o valor médio das dimensões da qualidade percebida pelos utentes estrangeiros foi superior ao valor médio dos utentes nacionais.

Tabela 4.25 - Teste de Mann-Whitney para cada dimensão da qualidade percebida nos utentes Nacionais Vs Estrangeiros ($p > 0,05$)

	Test Statistics ^a						
	Tangibilidade	Empatia	Segurança	Profissionalismo e Competências	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Aspetos Gerais
Mann-Whitney U	25625.500	25277.000	26372.500	25890.500	26956.000	25000.000	24259.500
Wilcoxon Signed Rank Z	62753.500	62405.000	46272.500	63018.500	63812.000	62128.000	61387.500
Asymp. Sig. (2-tailed)	-1.012	-1.257	-.508	-.853	-.006	-1.466	-2.268
	.311	.209	.611	.393	.995	.143	.023

a. Grouping Variable: Versão do Questionário

Assim, segundo os resultados do teste de *Mann-Whitney*, as diferenças observadas entre os valores médios de cada dimensão nos utentes nacionais e estrangeiros não foram estatisticamente significativos à exceção do valor da dimensão “Aspetos Gerais” que demonstrou ter um $p < 0,05$. Assim, para a dimensão “Aspetos Gerais” existe diferença significativa nos dois tipos de utentes sendo que a qualidade percebida pelo grupo dos utentes estrangeiros possui uma maior conotação em aspetos como a imagem, satisfação e qualidade do serviço prestado (tabela 4.25).

Tabela 4.26 - Comparação dos valores médios das Dimensões da Qualidade Percebida segundo o Género

	Ranks			
	PB1 - Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tangibilidade	Feminino	272	236.35	64286.00
	Masculino	199	235.53	46870.00
	Total	471		
Empatia	Feminino	272	235.93	64172.50
	Masculino	199	236.10	46983.50
	Total	471		
Segurança	Feminino	272	240.17	65325,50

	Masculino	199	230.30	45830,50
	Total	471		
Profissionalismo e	Feminino	272	231.17	62878.00
Competências	Masculino	199	242.60	48278.00
	Total	471		
Fiabilidade	Feminino	271	236.09	63979.50
	Masculino	199	234.70	46705.50
	Total	470		
Capacidade de	Feminino	272	236.21	64249.00
Resposta	Masculino	199	235.71	46907.00
	Total	471		
Aspetos Gerais	Feminino	272	228.29	62094.00
	Masculino	199	246.54	49062.00
	Total	471		

Através da tabela 4.26 foi possível fazer a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida nos utentes do género feminino relativamente aos utentes do género masculino sendo que esta foi efetuada com base nas seguintes hipóteses estatísticas:

H₀: As dimensões da qualidade percebida são superiores nas mulheres

H₁: As dimensões da qualidade percebida são superiores nos homens

Através do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* de modo a comparar os valores médios entre a população feminina e masculina constatou-se que para as dimensões “Tangibilidade”, “Segurança”, “Fiabilidade” e “Capacidade de Resposta” o valor médio foi superior para os utentes do género feminino sendo que para as dimensões “Empatia” e “Profissionalismo e Competências” o valor médio das respostas foi superior nos utentes do género masculino.

Tabela 4.27 - Teste de Mann-Whitney para cada dimensão da qualidade percebida nos utentes segundo o Género ($p > 0,05$)

	Test Statistics ^a						
	Tangibilidade	Empatia	Segurança	Profissionalismo e Competências	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Aspetos Gerais
Mann-Whitney U	26970.000	27044.500	25930.500	25750.000	26805.500	27007.000	24966.000
Wilcoxon W	46870.000	64172.500	45830.500	62878.000	46705.500	46907.000	62094.000
Z	-.066	-.014	-.833	-.955	-.114	-.040	-1.697
Asymp. Sig. (2-tailed)	.947	.989	.405	.339	.909	.968	.090

a. Grouping Variable: PBI - Sexo

Porém, segundo os resultados do teste de *Mann-Whitney*, as diferenças observadas entre os valores médios de cada dimensão nos utentes do género feminino e masculino não foram estatisticamente significativos demonstrados por um valor de $p >$

0,05 (tabela 4.27).

4.2.8 Medição da intensidade da relação entre Duas Variáveis Ordinais

O procedimento estatístico de correlação determina o grau de associação entre variáveis. Assim, a correlação mede a relação entre variáveis, para variáveis quantitativas, ou as ordens dessas variáveis, para variáveis ordinais. Os coeficientes de correlação podem variar entre -1 denominando-se de “associação negativa perfeita” e +1 denominando-se de “correlação positiva perfeita”. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis, assim o sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. O valor 0 indica a inexistência de relação linear entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2014).

As forças de correlação variam da seguinte forma: entre 0 e 0,19 elas denominam-se de “muito fracas”, entre 0,20 e 0,39 denominam-se de “fracas”, entre 0,40 e 0,59 denominam-se de “moderadas”, entre 0,60 e 0,79 denominam-se de “fortes” e de 0,80 e 1 denominam-se de “muito fortes” (Owen *et al.*, 2020).

De modo a estudar a influência da qualidade percebida e dos aspetos gerais nos utentes através da utilização deste coeficiente não paramétrico, formulou-se as seguintes hipóteses estatísticas:

H₀: As dimensões da qualidade percebida e os Aspetos Gerais não se correlacionam.

H₁: As dimensões da qualidade percebida e os Aspetos Gerais correlacionam-se significativamente.

Os valores dos Coeficientes de *Spearman* e as respetivas significâncias (tabela 4.28) indicam que todos os itens de avaliação da qualidade percebida pelos utentes assim como os Aspetos Gerais (avaliando parâmetros relativos à qualidade em geral, à satisfação em geral e à imagem em geral) se encontram correlacionados de forma positiva ($0 \leq R_s < 1$) e muito significativa ($p \leq 0,01$) com as dimensões da qualidade percebida. As correlações determinadas demonstraram ser, quanto às dimensões em estudo, correlações fortes (entre 0,60 e 0,79) na sua maioria. No que diz respeito aos Aspetos Gerais, as correlações demonstraram ser moderadas (entre 0,40 e 0,59).

Existe assim, uma tendência moderada por parte dos utentes com maior satisfação, em termos gerais da qualidade percebida, em demonstrar maiores valores das dimensões da qualidade percebida do serviço (Apêndice 13).

Tabela 4.28 - Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebida e os Aspetos Gerais

		Tangibilidade	Empatia	Segurança	Profissionalismo e Competências	Fiabilidade	Capacidade de Resposta
PA2.1	Correlation Coefficient	.486**	.474**	.487**	.483**	.442**	.476**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	471	471	471	471	470	471
PA2.2	Correlation Coefficient	.399**	.433**	.404**	.436**	.401**	.444**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	471	471	471	471	470	471
PA2.3	Correlation Coefficient	.444**	.437**	.407**	.440**	.443**	.437**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	471	471	471	471	470	471

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

De modo a perceber qual a influência dos dados sociodemográficos sobre as dimensões da qualidade percebida recorreu-se, novamente, ao Coeficiente de *Spearman*. Desta forma, formulou-se as seguintes hipóteses estatísticas:

H₀:As dimensões da qualidade percebida e o Grau Académico não se correlacionam.

H₁:As dimensões da qualidade percebida e Grau Académico correlacionam-se significativamente.

Em consonância com os valores dos coeficientes de *Spearman* e os respetivos valores de significâncias (tabela 4.29), apenas foram determinadas correlações significativas ($p \leq 0,05$) entre o Grau Académico e a dimensão “Aspetos Gerais”, tendo uma correlação fraca (entre 0,20 e 3,39) e negativa ($-1 \leq R_s < 0$). As restantes dimensões não apresentaram correlações estatisticamente significativas com o Grau Académico ($p > 0,05$) (Apêndice 14).

Tabela 4.29 - Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebida e os Dados Sociodemográficos

			Tangibilid	Empat	Seguran	Professionali	Fiabilida	Capacid	Aspet
			ade	ia	ça	smo e	de	ade de	os
						Competência		Resposta	Gerai
						s			s
Spearman's rho	PB5 - Grau Académico	Correlation Coefficient	-0.007	-0.051	-0.021	-0.055	-0.015	-0.069	-0.091*
		Sig. (2-tailed)	.884	.273	.651	.238	.754	.135	.049
		N	471	471	471	471	470	471	471

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

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

De modo a perceber qual a influência dos Aspectos Gerais e da idade sobre as dimensões da qualidade percebida recorreu-se, novamente, ao Coeficiente de *Spearman*. Desta forma, formulou-se as seguintes hipóteses estatísticas:

H₀:As dimensões da qualidade percebida, os Aspectos Gerais e a Idade não se correlacionam.

H₁:As dimensões da qualidade percebida, os Aspectos Gerais e a Idade correlacionam-se significativamente.

De acordo com os valores apresentados pelos Coeficientes de *Spearman* e respetivas significâncias (tabela 4.30) a única correlação estatisticamente significativa refere-se à dimensão “Aspectos Gerais” mais concretamente no item “PA2.3” relativo à imagem em geral percecionada pelos utentes ($p > 0,05$) sendo uma correlação “muito fraca” (entre 0 e 0,19) embora positiva ($0 \leq R_s < 1$) (Apêndice 15).

Tabela 4.30 - Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebida, Aspetos Gerais e Idade

			Profissional			Capacidade			PA 2.1	PA 2.2	PA 2.3
			Tangibilidade	Empatia	Segurança	Competências	Fiabilidade	Resposta			
Spearman's rho	Classes de idades	Correlation Coefficient	.009	.048	-.017	.017	.023	.038	.064	.068	.134**
		Sig. (2-tailed)	.852	.302	.721	.719	.617	.408	.166	.142	.004
		N	471	471	471	471	470	471	471	471	471

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

4.2.9 Validade Convergente

Novamente, através da aplicação do Coeficiente de *Spearman* foi também possível verificar também a validade convergente do instrumento usado. Para a realização deste teste, foi necessário considerar as respostas dadas pelos utentes ao item PA.2.1 que correspondia à medição da qualidade percebida em geral e a média dos 25 itens dos quais faziam parte a primeira parte do questionário utilizado no presente estudo (na tabela 4.31).

Tabela 4.31 - Validade Convergente do Instrumento

Correlations		Score Medio	PA2.1
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.511**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	470	470

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

Como é possível constatar, as duas medidas correlacionam-se positivamente ($0 \leq R_s < 1$), sendo esta uma correlação “moderada” com o valor de 0,511 o que significa que o instrumento se encontra a medir o que seria expetável, neste caso em concreto, a qualidade geral.

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

Apenas a apresentação dos resultados não é suficiente, é necessário apreciar e interpretar os mesmos. Assim é na discussão que há lugar para precisar os limites do estudo, avaliar as consequências dos resultados no plano teórico e prático assim como formular recomendações. É neste capítulo que se examina os principais resultados, ligando-os ao problema, às questões e as hipóteses de investigação. Salienta-se que o investigador tem a responsabilidade de justificar a sua interpretação dos resultados e as conclusões que o levaram às comparações estabelecidas com outros estudos científicos na mesma área de estudo (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

Dos resultados obtidos, foi possível inferir que o instrumento da presente dissertação, o SERVPERF numa versão modificada, foi assim aplicado a uma amostra de 471 utentes que se deslocaram, em contexto ambulatorio, a uma das cinco unidades hospitalares privadas em estudo, entre elas dois hospitais e três clínicas, na região do Algarve. Quanto ao perfil sociodemográfico, a idade média dos utentes foi de 54 anos, eram na sua maioria do género feminino, casados ou em união de fato e possuíam o 3º Ciclo do Ensino Básico. No que diz respeito às duas versões dos questionários disponibilizadas aos utentes aquando o seu preenchimento, apesar de a média ter sido bastante cruenta, a versão em português teve mais respostas relativamente à traduzida sendo que a mais preenchidas em contexto hospitalar foi a versão traduzida opostamente à versão mais preenchida em contexto clínico, a versão portuguesa. Relativamente ao perfil geográfico, todos os utentes provinham do distrito de Faro, a maioria residentes no concelho de Loulé sendo que a freguesia de onde derivavam a maioria dos utentes foi a freguesia de Portimão.

Com a realização deste estudo foi possível alcançar os objetivos propostos, uma vez que se avaliou a qualidade percebida pelos utentes nacionais e estrangeiros, embora esta não se encontre explicada com base nas dimensões originais defendidas por *Parasuraman, Berry e Zeithaml* (1988) nem por *Cronin e Taylor* (1992). Mesmo assim, é de salientar, que os autores referidos anteriormente, eram defensores de uma ideologia em que o instrumento de medida deveria ser adaptado conforme o serviço em causa visto que as dimensões originais encerravam em si contextos diferentes. As conclusões dos estudos mais recentes de *Manulik S, Rosińczuk J*, (2016) e de *Fan et al.* (2017) corroboram as mesmas conclusões uma vez que não confirmam as 5 dimensões propostas pelo instrumento original demonstrando que estas são suscetíveis a adaptações de modo a se ajustarem a todas as áreas e serviços.

Relativamente à relevância das dimensões da qualidade percebida para os utentes, a dimensão “Segurança” demonstrou ser a que possui uma maior relevância, o que vai de encontro à opinião que os utentes possuem na maioria das unidades hospitalares.

No que concerne às hipóteses de investigação formuladas aquando o início do presente estudo, a H1 e H4 são rejeitadas, uma vez que tal como se verificou no estudo desenvolvido por Tinoco, (2013)., e após a realização de testes estatísticos, constatou-se que os fatores sociodemográficos como a idade, o género, o grau académico, o estado civil, o concelho de residência e situação profissional não possuem qualquer influência sobre os níveis de qualidade percebida dos utentes que participaram no presente estudo.

No que respeita aos índices de qualidade percebida pelos utentes nacionais relativamente aos utentes estrangeiros, que reporta à H3, e uma vez que a bibliografia existente quanto a essa área é extremamente diminuta, o estudo recente de Rahman, (2019) infere acerca da indústria do turismo médico onde pacientes e médicos deixam intencionalmente o seu país de origem para ter acesso à saúde e/ou prestar serviços de assistência no exterior. Cada vez mais essa é uma prática comum que, aliada à satisfação do utente e desempenho percebido pode fazer crescer as várias unidades de saúde que acolhem os utentes estrangeiros. No presente estudo denota-se que a dimensão “Aspetos Gerais” relacionada com a qualidade, a satisfação e a imagem possui o seu peso na decisão dos utentes estrangeiros o que corrobora com o o estudo acima onde os resultados referiram questões como a acessibilidade e acomodação, uma vez que não possuem conhecimento suficiente para avaliar outras questões como a tecnicidade, por exemplo.

Para além da caracterização sociodemográfica dos utentes também foi importante abordar a unidade hospitalar em que os utentes realizava os exames e se os índices da qualidade percebida por estes variavam consoante as diferentes unidades tal como já foi feito por Almeida, (2010) onde os utentes foram inquiridos acerca da realização de exames imagiológicos em duas unidades públicas ou noutras unidades fora destas. Relativamente à H3, esta é confirmada, uma vez que através da inferência estatística sobre os dados obtidos se constatou que os utentes davam importância à dimensão “Tangibilidade” assim como à dimensão correspondente à qualidade apresentada pelas diversas unidades pelo que aspetos como uma boa capacidade tecnológica, boas instalações físicas, boa aparência do pessoal técnico assim como uma boa qualidade no geral fizeram com que os utentes tivessem preferências aquando a realização dos diversos exames imagiológicos.

De forma a recolher mais informação, foi colocada no fim do questionário, uma pergunta aberta com o objetivo de recolher sugestões de melhoria ou aspetos considerados importantes de forma a promover uma melhoria da qualidade das várias unidades hospitalares. Na generalidade, quase nenhum dos utentes respondeu de forma clara e precisa pelo que muitas das vezes esta foi ignorada pelo que não possui significado estatístico.

Perante os resultados obtidos, a sugestão de intervenção a ser feita seria a construção de um plano estratégico para a promoção da qualidade, monitorização contínua da mesma, aquisição de mais recursos humanos de modo a colmatar a falta existente e a aposta em planos de formação diferenciados. A dispensa adequada de recursos humanos é uma questão vital pelo que a prosperidade dos serviços de imagiologia dependem em muito deste fator. Mais que as técnicas, competências, organização os utentes valorizam a disponibilidade de tempo, questão de extrema importância hoje em dia. Consequentemente ao aumento da contratação de profissionais de saúde, haveria mais tempo para acolher os utentes, tirando as suas dúvidas quanto aos exames que irão fazer e diminuindo os níveis de *stress* associados.

De acordo com os resultados obtidos, é possível inferir que apesar de, no geral, a qualidade percebida pelos utentes não apontar falhas graves, deve ser obrigação da instituição hospital incentivar os utentes cada vez mais a utilizar os mecanismos formalmente instituídos para a recolha de sugestões ou reclamações por escrito de modo a promover a busca constante da melhoria contínua dos serviços de imagiologia do presente hospital privado e estender a unidades que venham a ser adquiridas no futuro.

Por fim, conclui-se que os resultados obtidos no presente estudo, não poderão ser nunca extrapolados para a população em geral uma vez que a amostra foi obtida a partir de um método de amostragem não probabilístico porém, pode admitir-se que em condições normais a população anual de utentes que frequentariam os serviços privados de imagiologia teriam um comportamento semelhante ao da amostra considerado na presente dissertação.

CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO

Por fim, a conclusão de um estudo exige da parte da investigadora que este seja capaz de fazer a síntese do conjunto de resultados obtidos anteriormente e coloque em evidência os elementos novos que o estudo permitiu descobrir. Assim, nesta fase, existe um recapitular do problema de investigação à luz dos resultados obtidos, determinando-se o objetivo a que a investigadora se propôs no início e explicado de que modo os resultados confirmam ou desmentem as hipóteses e apoiam o quadro teórico (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

6.1 Principais Conclusões

No presente estudo o principal objetivo foi analisar os níveis de qualidade percebida dos utentes nacionais e estrangeiros que realizaram exames complementares de diagnóstico na área da Radiologia em dois hospitais e três clínicas do Grupo HPA. Desta forma, foi possível perceber quais os fatores que maior contribuição tiveram para a qualidade percebida pelos dois tipos de população em estudo de modo a melhorar os cuidados de saúde prestados por esses cinco serviços de Imagiologia.

A aplicação deste instrumento a esta amostra demonstrou que a qualidade percebida pelos utentes deste grupo hospitalar privado algarvio poderia ser explicada com base em 3 dimensões e não em 6 como inicialmente tinha sido proposto. Assim, dessas 3 dimensões que poderiam explicar a qualidade percebida pelos utentes nacionais e estrangeiros, a que deteve maior importância (Fator 1) concentrava 4 dimensões iniciais sendo denominada por “Qualidade Técnica e Segurança” e a dimensão com uma menor importância concentrava 3 dimensões iniciais e denominava-se “Comunicação, Instalações e Sinalética” possuindo, por consequência, uma menor variância total dos dados.

No que respeita aos índices de qualidade percebida pelos utentes no geral, concluiu-se que não são influenciados pela maioria dos fatores sociodemográficos em estudo. Simultaneamente concluiu-se que parâmetros tangíveis como a qualidade, a satisfação e a imagem, possuem alguma conotação na promoção de um turismo de saúde, uma vez que os utentes estrangeiros pensam nessas questões na hora de escolher onde querem realizar os seus exames imagiológicos, sendo as suas expectativas ligeiramente diferentes das expectativas dos utentes portugueses.

Após a análise dos resultados obtidos, e na generalidade, foi possível concluir

que os utentes das cinco unidades hospitalares estudadas na presente dissertação se encontravam satisfeitos com a qualidade global dos serviços que lhes foram prestados. Desta forma, considera-se que a imagem que os cinco serviços de imagiologia apresentaram foi positiva fazendo com seja incutida a intenção de voltar, sejam eles utentes nacionais como utentes estrangeiros.

6.2 Limitações do Estudo e Recomendações de Melhoria

Aquando o decorrer da recolha dos dados foram sentidas algumas dificuldades e obstáculos. Assim, essas limitações dividiram-se em dois grandes grupos: as limitações na perspectiva do utente e as limitações na perspectiva da investigadora.

Relativamente à perspectiva dos utentes, as dificuldades sentidas foram as seguintes: alegarem que o curto espaço de tempo de permanência no serviço e a realização de exames imagiológicos rápidos como por exemplo os exames da sala de Radiologia Convencional, argumentarem com a falta de disponibilidade para o preenchimento dos questionários após a realização dos exames uma vez que iam com o “tempo contado” e já estavam atrasados para outros compromissos, reclamarem acerca dos longos tempos de espera invés de escrever ou dar sugestões quando lhes é dada a oportunidade para tal aquando o preenchimento do questionário de satisfação e, no caso de pessoas idosas, as dúvidas que estas apresentavam no preenchimento dos questionários e a indisponibilidade que os acompanhantes apresentavam quando lhes era solicitado a sua ajuda/participação por falta de tempo para tal.

No que concerne à perspectiva da investigadora, e uma vez que o estudo foi elaborado em cinco unidades diferentes, e no que respeita ao preenchimento incorreto dos questionários por pessoas menos letradas ou mais idosas, mesmo depois de lhes ser explicado o processo de preenchimento, sucedia-se que as mesmas respondiam apenas à frente do questionário e entregavam na receção. Consequentemente, não era possível perceber logo de modo a chamar a atenção pela falta de preenchimento de alguns campos e assim o questionário acabava por se tornar inválido. Outra das dificuldades sentidas foi a existência de estrangeiros que não dominavam a língua inglesa. Cada vez mais chegam às instalações deste grupo hospitalar privado estrangeiros originários da França, Alemanha ou Holanda que não dominam outra língua senão a sua língua materna. Consequentemente, a comunicação da parte técnica tornava-se bastante difícil durante a aquisição dos vários exames imagiológicos e assim impossibilitava a colaboração dos mesmos no estudo.

E, por fim, mas não menos importante, a existência de uma pandemia causada

pelo vírus Covid-19 à escala mundial, que condicionou a última fase de recolha de dados. Devido ao isolamento social e preventivo, os pacientes que iriam realizar exames durante o mês de março de 2020 começaram a isolar-se em casa pelo que o estudo durante essa fase não teve nenhum progresso. O plano inicial de recolha previsto incluía o período de tempo entre os meses de dezembro de 2019 e março de 2020 pelo que o último mês previsto para a recolha teve de ser suspenso devido ao cancelamento de inúmeros exames de rotina que, devido à pandemia instalada, tiveram de ser adiados. Assim sendo, a recolha decorreu desde dia 3 de dezembro de 2019 a 3 de Março de 2020 contando com todos os questionários recolhidos até essa data.

6.3 Sugestões para Investigações Futuras

Na realização de investigações futuras na área da qualidade percebida pelo utente, e apesar de já existir muita documentação na área, seria interessante a utilização uma metodologia complementar, a metodologia quantitativa, através de grupos focais ou de entrevistas semi-estruturadas.

Desta forma, e começando pela utilização da técnica de “grupo focal”, esta traria várias vantagens, nomeadamente, por ser uma técnica de diagnóstico rápida onde a partir de reuniões em grupos de 10 ou menos pessoas seria possível levantar problemas e planear ações na perceção e melhoria da qualidade percebida. Por norma, usa-se este método na indústria da publicidade ou para medir o impacto de um potencial produto embora esta possa ser adaptada a qualquer área inclusive à área da saúde. Quanto às suas vantagens, apresenta-se como uma metodologia de baixo custo e que permite avaliar perceções e comportamentos na fase de diagnóstico pelo que tem sido uma prática adotada nos estudos dos últimos anos. Relativamente às desvantagens, e uma vez que são grupos pequenos, em questões de amostragem poderá ter algum efeito assim como na omissão das opiniões pessoais de cada elemento. Por outro lado, a sugestão de uma metodologia quantitativa suportada em entrevistas semi-estruturadas onde deve existir uma preparação prévia da entrevista que possua uma linguagem simples e clara expondo de modo conciso as motivações que levaram o investigador a propôr a abordagem deste tema na área da qualidade percebida. Neste caso, a vantagem presente incide na imprevisibilidade dos fatos onde todas as respostas são válidas e únicas sendo que no final da entrevista, o entrevistador pode perguntar ao entrevistado se este possui sugestões de melhoria ou se quer acrescentar algo que considere importante de modo a enriquecer a recolha dos dados.

Assim, e uma vez que, por norma, a metodologia adotada é quantitativa, seria uma mais-valia uma recolha de dados suportada noutras metodologias também elas válidas e que possam acrescentar mais valor ao que já foi desenvolvido até ao presente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Portuguesa do Ambiente (2020) *Alterações do quadro legal da proteção radiológica: Decreto-Lei n.º 108/2018, Proteção Radiológica e Segurança Nuclear*. Disponível em: <https://apambiente.pt/index.php?ref=17&subref=1544&sub2ref=1556&sub3ref=1559> (Acedido: 20 de Maio de 2020).

Aggarwal, A., Aeran, H. e Rathee, M. (2019) «Quality management in healthcare: The pivotal desideratum», *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), pp. 180–182. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006>.

Almeida, R. (2010) «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*, Vol.XXII, pp. 21–22.

Angood, P. B. (2017) «Patient-Centered Care: Is it really disruption?», *Physician Leadership Journal*, pp. 6–8. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f0781bb8-b99e-45f5-b158-c40a1c3162c2%40sdc-v-sessmgr03>.

António, N. S. e Teixeira, A. (2009) *Gestão da Qualidade - de Deming ao modelo de Excelência da EFQM*. 1ª Edição. Editado por M. Robalo. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
Assembleia da República (1979) *Lei n.º 56/79, Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15*. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized> (Acedido: 20 de Maio de 2020).

Associação Portuguesa de Seguradores (2009) *Os Seguros de Saúde Privados no contexto do Sistema de Saúde Português*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/aps-r.pdf> (Acedido: 5 de Abril de 2020).

Brito, R. F. de O. (2015) *Avaliação da percepção da qualidade do serviço prestado pela empresa CARRIS*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Cruz, V. M. R. (2018) *Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde*. Universidade da Beira Interior. Disponível em: http://purl.org/coar/access_right/c_abf2.

Direção-Geral da Saúde (2014) *Programa Nacional de Acreditação em Saúde -*

Reconhecimento da Qualidade no Serviço nacional de Saúde. Lisboa. Disponível em: https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao_-_brochura_-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx.

Direção-Geral da Saúde (2020a) *Certificação em Saúde*.

Direção-Geral da Saúde (2020b) *Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dqs-documento-geral-certificacao1.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2020c) *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx> (Acedido: 7 de Junho de 2020).

Doudenkova, V. e Pison, J.-C. B. Tisler (2016) «Duty to Inform and Informed Consent in Diagnostic Radiology: How Ethics and Law can Better Guide Practice», *Springer*, pp. 75–94. doi: <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9275-7>.

Fan, L. *et al.* (2017) «Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model», *PLOS ONE*, pp. 1–13. doi: doi.org/10.1371/journal.pone.0190123.
Fortin, M.-F. (2000) *O Processo de Investigação Da Concepção à Realização*. 04–2000.^a ed. Editado por Lusodidacta.

Fortin, M.-F., Côte, J. e Filion, F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Editado por LUSODIDACTA.

Geis, J. R. *et al.* (2019) «Ethics of artificial intelligence in radiology: summary of the joint European and North American multisociety statement», *Springer*, pp. 1–6. doi: <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0785-8>.

Governo da República Portuguesa (2020) *Saúde, Orçamento de Estado 2020*. Disponível em: <https://www.oe2020.gov.pt/areas-governativas/saude/> (Acedido: 1 de Maio de 2020).

Grupo HPA Saúde (2019) *Turismo de Saúde Algarve*. Disponível em: <https://www.grupohpa.com/pt/turismo-saude-algarve-portugal/> (Acedido: 22 de Junho de 2019).

Grupo HPA Saúde (2020) *História*. Disponível em: <https://www.grupohpa.com/pt/hpa-saude/apresentacao/historia/> (Acedido: 20 de Maio de 2020).

Heuve, J. van den *et al.* (2005) «An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits?», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(5), pp. 361–369. doi: 10.1108/09526860510612216.

Jensen, J. D. *et al.* (2016) «Using Quality Improvement Methods to Improve Patient Experience», *Journal of the American College of Radiology*, 13(12), pp. 1550–1554. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2016.09.005>.

Loureiro, I. (2015) «A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(I), p. 1. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.05.001.

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», em Universidad de la Rioja (ed.) *Conocimiento, innovación y emprendedores : camino al futuro*. Madrid, pp. 1802–1809.

Manulik S, Rosińczuk J, K. P. (2016) «Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center.», *DovePress: Patient Preference & Adherence*, 10, pp. 1435–1442. doi: 10.2147/PPA.S108252.

Mateus, A. *et al.* (2017) *Setor Privado da Saúde em Portugal*. Disponível em: https://fronteirasxxi.pt/wpcontent/uploads/2018/02/EstudoSector_Privado_da_Saúde_em_Portugal.pdf.

Melo, V. P. de S. (2019) *Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço*. Universidade Atlântica. doi:<http://hdl.handle.net/10884/1484>.

Ministério da Saúde (2020) *Serviço Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/> (Acedido: 1 de Maio de 2020).

Minitab LLC (2019) *Interpret all statistics and graphs for Factor Analysis, Minitab Statistical Software*. Disponível em: <https://support.minitab.com/en-us/minitab/18/help-and-how-to/modeling-statistics/multivariate/how-to/factor-analysis/interpret-the-results/all-statistics-and-graphs/> (Acedido: 15 de Setembro de 2020).

Morais, C. (2005) *Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística*. Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7325>.

Oliveira, A. G. de (2020) *Pandemia obriga a repensar o panorama da saúde algarvia*, *Jornal Online Algarve Express*. Disponível em: <http://www.algarveexpress.pt/?p=17227> (Acedido: 20 de Maio de 2020).

Owen, A. *et al.* (2020) *Spearman's correlation*. England. Disponível em: <https://www.statstutor.ac.uk/resources/uploaded/spearmans.pdf>.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985) «A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research», *The Journal of Marketing*, 49, pp. 41–50. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1251430>.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1993) «The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service», *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1), pp. 1–12. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0092070393211001>.

Pereira, A. e Patrício, T. (2016) *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 8ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014) *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS*. 6ª Edição. Editado por M. Robalo. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pinto, I. L. (2020) *E depois da pandemia: Como vamos encarar o SNS e a saúde pública?*, *JPN*. Disponível em: <https://jpn.up.pt/2020/05/05/e-depois-da-pandemia-como-vamos-encarar-o-sns-e-a-saude-publica/> (Acedido: 29 de Maio de 2020).

Pontello, F. S. S., Gosling, M. de S. e Macedo, S. B. (2017) «Qualidade percebida, satisfação e recomendação de serviços em equipamentos odontológicos», *Suma de Negocios*, 8(18), pp. 122–130. doi: 10.1016/j.sumneg.2017.08.001.

Rahman, M. K. (2019) «Medical tourism: tourists' perceived services and satisfaction lessons from Malaysian hospitals», *Emerald Publishing*, 74(3), pp. 739–758. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/TR-01-2018-0006>.

Rêgo, T. de F. *et al.* (2014) *Qualidade do Serviço Público: um estudo sobre as expectativas e percepções dos usuários dos serviços de habilitação e veículos do DETRAN/RN*. Gramado - Brasil. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/EMA2014-Qualidadedodoserviopublico.pdf>.

Rodrigues, A. e Felício, M. M. (2017) *Governança Clínica e Governança de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais, Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governança Clínica e de Saúde.pdf> (Acedido: 5 de Maio de 2020).

Salomi, G., Miguel, P. e Abackerli, P. (2005) «Servqual x Servperf: Comparação entre instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos», pp. 279–293. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250984148_SERVQUAL_x_SERVPERF_comparacao_entre_instrumentos_para_avaliacao_da_qualidade_de_servicos_internos.

Salvador, P. F. C. (2012) *Qualidade em Análises Clínicas: Avaliação da Qualidade Percebida pelos utentes na Secção de Colheitas de um Serviço de Patologia Clínica*. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.

Serrão, D. (2015) *A Ética Médica ao longo do tempo*. Teixeira,. Editado por Academia das Ciências de Lisboa. Lisboa. Disponível em: http://www.acad-ciencias.pt/document-uploads/2530675_serrao,-daniel---a-etica-medica-ao-longo-do-tempo.pdf.

Serviço Nacional de Saúde (2020) *Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde*. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/ParceriasPublicoPrivadas/tabid/1222/language/pt-PT/Default.aspx> (Acedido: 10 de Maio de 2020).

Silvestre, A. L. (2007) *Análise de Dados e Estatística Descritiva*. Editado por E. Editora.

Tinoco, P. C. R. (2013) *Avaliação da Qualidade Percebida em Saúde: o caso do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E*. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.

Towbin, A. J. (2018) *Customer Service in Radiology: Satisfying Your Patients and Referrers, Radiological Society of North America*. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/rg.2018180026> (Acedido: 20 de Maio de 2020).

UCLA (2020) *Principal Components (PCA) and Exploratory Factor Analysis (EFA) with SPSS, Institute for Digital Research & Education Statistical Consulting*. Disponível em: <https://stats.idre.ucla.edu/spss/seminars/efa-spss/#s3>.

Umbelino, T. (2016) *Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado*. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde

de Lisboa.

UNESCO (2006) *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, *UNESCO Digital Library*. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180> (Acedido: 1 de Abril de 2020).

Vilelas, J. (2017) *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 2ª Edição. Editado por M. Robalo. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

World Health Organization (2006) *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Disponível em: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

Yesilada, F. e Direktor, E. (2010) «Health care service quality: A comparison of public and private hospitals», *African Journal of Business Management*, 4, pp. 962–971. Disponível em: <https://academicjournals.org/AJBM>.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Pedido de Autorização para Recolha de Dados no Grupo HPA

Em 2019-09-19 12:12, Marta Fernandes escreveu:

Bom Dia, Doutora Teresa Figueiredo

Venho por este meio pedir autorização de V. Exa. e dos restantes intervenientes para a realização do meu projeto de investigação com o seguinte tema:

" _AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NACIONAIS E ESTRANGEIROS NOS SERVIÇOS DE IMAGIOLOGIA PRIVADOS DO ALGARVE" _

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade percebida e satisfação dos utentes que recorrem aos serviços de Imagiologia privados na região do Algarve e, como objetivos específicos, conhecer o seu perfil sociodemográfico, analisando a importância das diferentes dimensões da qualidade percebida e da sua relação com a satisfação dos utentes.

Em anexo, envio o projeto de dissertação e o pedido de autorização devidamente assinado e datado.

Estou ao dispor de V. Exa. para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Antecipadamente grata,
Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Marta Fernandes
Técnica de Radiologia do Grupo Unilabs / HPA Saúde

----- Mensagem Original -----

Assunto: Re: Pedido de Autorização - Dissertação Final de Mestrado (Radiologia)

Data: 2019-09-27 18:49

Remetente: teresa.figueiredo@drcamposcosta.pt

Para: Téc. Marta Bastardinho Fernandes <marta.fernandes@drcamposcosta.pt>

Cc: Ana Fontes <anafontes@grupohpa.com>, Téc. André Mestre <andre.mestre@drcamposcosta.pt>, "Eduardo Ribeiro, BASE-PT" <eduardo.ribeiro@base.pt>, "Hugo Durao, IMAG" <hugo.durao@imag.pt>, Paulo Marques <paulo.marques@base.pt>, Filipe Macedo <filipe.macedo71@gmail.com>, "Dr. Filipe Macedo" <filipe.macedo@drcamposcosta.pt>

Cara Dra. Ana Coelho,

Venho solicitar a autorização para o referido estudo pela nossa TcsRAD, Marta Fernandes, que acho muito interessante, pois será um indicador da qualidade do nosso trabalho, para quem é realmente importante: a satisfação dos utentes.

Salvaguardada a confidencialidade e o consentimento do paciente em participarem no estudo, comprometo-me a enviar-lhe a Tese De Mestrado, a data de prestação de provas, bem como a avaliação final.

Grata pela sua colaboração.

Cordialmente,

Teresa Figueiredo

Apêndice 2 – Resposta ao Pedido de Autorização para Recolha de Dados no Grupo HPA

----- Mensagem Original -----

Assunto: RE: Pedido de Autorização - Dissertação Final de Mestrado (Radiologia)

Data: 2019-09-30 10:54

Remetente: Ana Fontes <AnaFontes@grupohpa.com>

Para: "teresa.figueiredo@drcamposcosta.pt" <teresa.figueiredo@drcamposcosta.pt>, Téc. Marta Bastardinho Fernandes <marta.fernandes@drcamposcosta.pt>

Cc: Téc. André Mestre <andre.mestre@drcamposcosta.pt>, "Eduardo Ribeiro, BASE-PT" <eduardo.ribeiro@base.pt>, "Ilda Costa, BASE-PT" <ilda.costa@base.pt>, "Hugo Marques" <paulo.marques@base.pt>, "Filipe Macedo71@gmail.com" <filipe.macedo71@gmail.com>, "Dr. Filipe Macedo" <filipe.macedo@drcamposcosta.pt>

Bom dia Sra. Doutora Teresa Figueiredo

Trocou-me o nome, mas o e-mail é para mim.

Desejamos votos de muito sucesso e aguardamos os resultados, por forma a que os possamos comunicar e promover.

Atenciosamente,

Ana Paula Fontes

Consultora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional

Ext. (807) 775

Telemóvel: +351 917 915 116

**Apêndice 3 – Proposta de Registo do Tema do Trabalho Final de
Mestrado (TFM) (artigo 17º do Regulamento n.º 287/2012)**



Edif. 9, Campus de Gambelas, 8005-139 Faro, Portugal
Tel.: +351 289 800 915; Fax: +351 289 800 064

A preencher pelo Secretariado de Pós-graduações da UAlgFE
Recebido a: ____/____/____
Funcionário(a): _____
Registo nº ____/____
Funcionário(a): _____
Data: ____/____/____

Unidade Curricular DISSERTAÇÃO
(Artigo 17º do Regulamento n.º 287/12)

**Proposta de Registo do Trabalho Final
de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.**

Assinale a opção de TFM aplicável:

<input checked="" type="checkbox"/> Dissertação	<input type="checkbox"/> Relatório de Estágio
<input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	

À Direção de Curso,

Nos termos do artigo 17º do Regulamento 287/12, apresento em seguida a proposta de Trabalho Final de Mestrado que pretendo desenvolver no âmbito deste curso.

A declaração de aceitação expressa da parte dos orientadores, prevista no artigo 17º do Regulamento n.º 287/12, encontra-se no anexo ao presente documento.

A mestranda
Marta Sofia Serafim Bastardinho Fernandes

(Nome Completo em letra de imprensa)

(assinatura)

1. Título:

“ AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NACIONAIS E ESTRANGEIROS NOS SERVIÇOS DE IMAGIOLOGIA PRIVADOS DO ALGARVE ”

2. Orientadores:

Os orientadores da presente Proposta de Registo do Trabalho Final de Mestrado são os seguintes:

- **Orientador:** Professor Mestre Rui Almeida – Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (Título de Especialista – CNAEF 725).
- **Co-Orientador:** Professor Doutor António Abrantes – Escola Superior de Saúde e Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

3. Objetivos:

O objetivo geral consistirá em avaliar a qualidade percebida e satisfação dos utentes / pacientes que recorrem aos serviços de Imagiologia privados na região do Algarve. Relativamente aos objetivos específicos, pretende-se conhecer o perfil sociodemográfico dos utentes / pacientes que recorrem a este tipo de serviços e analisar a importância das diferentes dimensões da qualidade percebida e da sua relação com a satisfação dos utentes / pacientes portugueses e estrangeiros.

4. Caracterização do trabalho:

O presente trabalho abordará a problemática que é a avaliação da qualidade percebida e satisfação dos utentes / pacientes que recorrem aos serviços de Imagiologia privados na Região do Algarve. Atualmente, o fator “sazonalidade” passou a ser um indicador de menor valor pois o número de prescrições emitidas são relativamente uniformes ao longo de todo o ano pelo que o crescente aumento no número de exames imagiológicos tem sido uma realidade evidente e não se verificando apenas em certas épocas do ano. Assim, o principal objetivo prende-se em indagar com maior grau de precisão qual o nível de qualidade percebida e o grau de satisfação daqueles que recorrem a este tipo de serviços e, simultaneamente, perceber quais as suas expetativas ou ideais.

Os resultados obtidos através da realização da presente proposta permitirão fazer uma melhor caracterização sociodemográfica, assim como das necessidades e/ou expetativas dos utentes / pacientes que recorrem aos serviços de imagiologia privados.

No que diz respeito às lacunas encontradas a nível da Região do Algarve, nesta temática, e segundo investigação prévia, existem problemas relacionados com o facto de só haver um único centro hospitalar público na Região do Algarve, que não consegue dar resposta, em tempo útil, à população crescente nesta região. Deste modo, a existência de uma instituição privada faz com que a procura seja descentralizada e a preferência por parte do utente / paciente se altere (Grupo HPA Saúde, 2019).

Por último, considera-se ainda que a concretização deste estudo será uma mais-valia na avaliação da perceção da população residente nesta região no que respeita à qualidade percebida e que possa cada vez mais dar a melhor resposta à população que realiza exames imagiológicos nos serviços de imagiologia privados da região.

Dos estudos resultantes da pesquisa na área da Imagiologia destacam-se quatro seguintes estudos:

I - O estudo de Tânia Umbelino (Umbelino, 2016), realizou um levantamento da literatura existente sobre a percepção da qualidade, onde dos 80 artigos, resultantes da sua pesquisa bibliográfica, foram analisados 29 artigos (6 artigos da base de dados *medline* e 23 do *google* académico) que satisfizeram os critérios de inclusão e de exclusão delineados na metodologia do artigo. Sendo que, todos os estudos incluídos neste artigo foram estudos quantitativos transversais que utilizaram como ferramenta de recolha de dados questionários aplicados às amostras das populações em estudo, com o objetivo de estudar a satisfação dos utentes em diversas áreas de prestação de cuidados de saúde. Deste modo, verificou-se que a satisfação dos utentes se comprova como um conceito multidimensional e que se torna muito complicado comparar resultados uma vez que cada serviço, cada utente e cada estudo assumem as suas próprias características. Quanto à característica comum em todos os estudos analisados por esta autora, foram os elevados índices de satisfação global que corroboram com mais uma limitação inerente à avaliação da satisfação que foi o facto de, tendencialmente, os utentes, quando inquiridos, anunciarem elevados níveis de satisfação. Segundo a autora, o fornecimento de informação, a amabilidade e empatia pelo profissional de saúde, as infraestruturas acolhedoras e limpas, as prioridades clínicas elevadas e os atendimentos rápidos influenciam positivamente a satisfação do utente. Em contrapartida, fatores como o mau estar físico, a organização dos serviços, os longos tempos de espera e a ineficácia de resolução do problema de saúde em questão podem influenciar negativamente a satisfação.

II - Outro dos estudos encontrados e relacionados com o presente tema, foi o estudo de Paulo Tinoco (Tinoco, 2013), onde foi utilizado o instrumento SERVQUAL numa versão modificada de modo a perceber o fenómeno em estudo. Assim, este estudo foi aplicado no Serviço de Imagiologia de um Hospital Público da Região do Algarve a doentes provenientes da Consulta Externa, com mais de 18 anos, num período temporal de três meses. Da recolha, resultaram 140 questionários e a amostra incluiu utentes / pacientes com idades entre os 10 e os 89 anos, maioritariamente do sexo feminino e casados ou em união de facto. Caracterizando a amostra recolhida, foi possível inferir que a confiabilidade foi o determinante da satisfação com maior importância e a tangibilidade o determinante com menor importância. A maioria dos utentes considera-se satisfeito (56,4%) ou muito satisfeito (28,6%), tendo 70,4% dos utentes intenção de regressar a este serviço, assim como 64,9% dos utentes recomendam o serviço à utilização de um amigo ou familiar. Constatou-se, ainda, que fatores sociodemográficos como o género, a idade, o estado civil e a situação profissional não tiveram influência nos índices da qualidade percebida. Assim, utentes com maior grau académico tendem a estar mais descontentes com as dimensões confiabilidade e empatia, não existindo influência do grau académico nas restantes dimensões. Conclui-se que os índices da qualidade percebida dos utentes deste serviço não foram influenciados pela maioria dos fatores sociodemográficos estudados, excetuando o grau de escolaridade que possui uma influência negativa significativa sobre a qualidade percebida do serviço prestado, nomeadamente, nas dimensões “confiabilidade” e “empatia”. Por outro lado, a qualidade da informação percebida pelo utente exerce efeitos positivos significativos uma vez que doentes com maior percepção da informação percebida apresentam níveis maiores de qualidade percebida do serviço o que constitui uma mais-valia para os profissionais de saúde que garantem que a informação transmitida é adequada e perceptível para cada utente.

III – Outro estudo selecionado e que aborda a temática foi o de Rui Almeida (Almeida, 2010), também com o objetivo de avaliar a qualidade percebida embora neste caso, de dois serviços de Radiologia distintos, segundo os utentes da Consulta Externa. Na elaboração do questionário foram efetuadas algumas modificações na escala SERVPERF, baseadas na relevância das questões para os serviços de Radiologia, de modo a que os utentes / pacientes respondessem sem qualquer tipo de dúvida.

O questionário encontrava-se dividido em três partes, em que primeira fazia a avaliação da percepção do utente, em relação às dimensões da qualidade do serviço através de 25 itens, a segunda avaliava a satisfação geral do utente e o desempenho global do serviço de Radiologia através de

questões que permitissem comparar a satisfação com determinantes específico e, a terceira que consistia na caracterização sócio-demográfica dos utentes, de forma a identificar o seu perfil relativamente ao sexo, ao nível de instrução, à idade, à área geográfica de residência e situação profissional. Este decorreu entre Fevereiro e Junho de 2009, foram recolhidos 84 questionários num Hospital Público sem certificação de qualidade para uma população de 2212 e 40 questionários num Hospital Público com certificação de qualidade para uma população de 1021, dados referentes a 2008.

No total dos 124 questionários recolhidos, nos dois hospitais, 84.7% dizem respeito a inquiridos que responderam por eles próprios aos questionários, e 15.3% foram respondidos por familiares ou acompanhantes dos utentes. Relativamente ao sexo dos inquiridos, 67.7% dos utentes pertenciam ao sexo feminino e 32.3%, com uma média de idades para o conjunto dos dois hospitais de 53.7 anos. No que respeita ao estado civil dos inquiridos, a maioria, 69 encontravam-se casados ou em união de facto (55.6%).

Salienta-se que o nível de perceção da qualidade e satisfação que os utentes sentiram, relativamente a um serviço de radiologia certificado, foi o mesmo que num serviço de radiologia não certificado e os itens mais valorizados pelos utentes foram “O serviço de Radiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame” com 21.50 no ranking, “Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados” com 18.66 no ranking, e o item “Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção” com 17.31. Quanto aos aspetos menos elogiados, surgiu em último lugar do ranking o item “Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente” com cotação de 8.55, depois o item “Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente” com pontuação de 9.14 e “Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame” com 11.95. A qualidade dos Serviços de Radiologia, nos dois hospitais, foi explicada com base em 5 das 6 dimensões da qualidade encontradas, pela seguinte ordem de importância: “Capacidade de resposta empática, com eficiência e segurança”, “Atenção Personalizada em termos gerais”, “Rigor do Serviço de Radiologia (aspetos formais e informais)”, “Segurança e confiança empática”, e por último “Aparência física das instalações”. Salientou-se que os níveis de perceção, da Qualidade e Satisfação, em termos gerais, dos serviços estudados, se apresentaram mais influenciadas pelos atributos relacionados com a “Atenção personalizada em termos gerais” e com as situações de ausência de “Rigor do Serviço de Radiologia”, quer nos aspetos formais e informais. Com este estudo verificou-se que a implementação de um sistema de gestão da qualidade, não se traduziu num aumento da qualidade e satisfação dos utentes.

IV – Por fim, foi consultado o estudo de Pedro Salvador (Salvador, 2012), que embora com aplicação num Serviço de Patologia Clínica, foi um estudo onde foi utilizado o instrumento SERVPERF, um instrumento americano de avaliação da qualidade percebida, suscetível de ser adaptado ao tipo de sector em análise. Neste estudo, o SERVPERF foi aplicado a uma amostra de 303 utentes de uma secção de colheitas de um determinado hospital público, com uma idade média de 46 anos. Os utentes foram na sua maioria do sexo feminino, casados ou em união de facto, letrados (61,7% têm escolaridade acima do 9º ano) e numa situação profissional ativa. A maioria já tinha feito análises no local onde foi aplicado o estudo e também noutros locais, maioritariamente em Laboratórios de Análises Clínicas privados. Com a aplicação do instrumento e a amostra recolhida foi possível demonstrar que a qualidade percebida se explicou com base em 3 dimensões, nomeadamente: a fiabilidade; a segurança e apresentação ao utente; a capacidade de resposta empática; e tangibilidade e suporte laboral. Das três dimensões que explicam a qualidade percebida concluiu-se que a que deteve maior importância foi a dimensão “fiabilidade, segurança e apresentação ao utente”, uma vez que se trata da dimensão que explicou uma maior variância total dos dados. Já a dimensão menos importante para a avaliação da qualidade percebida foi a “tangibilidade e suporte laboral”. No que concerne à avaliação da qualidade percebida pelos utentes da secção de Colheitas, concluiu-se que ao nível da dimensão “tangibilidade e suporte laboral” existe uma necessidade de melhoria total, não tendo existido um único item nesta dimensão que obtivesse uma avaliação global satisfatória. Também ao nível da dimensão “capacidade de resposta empática”, constatou-se que não fornece uma atenção individualizada aos seus utentes, que os seus

funcionários costumam estar muito ocupados para conseguirem responder prontamente às solicitações feitas pelos utentes e não fornecem uma atenção personalizada ao utente. No entanto, apesar dos pontos negativos evidenciados, os resultados permitem concluir que, na sua maioria, os utentes consideram este um serviço de qualidade, estando satisfeitos com o mesmo e demonstrando intenção de voltar ao serviço assim que necessitem.

5. Metodologia de Análise:

O estudo que se pretende desenvolver será exploratório e descritivo, uma vez que, ao descrever e explorar os fenómenos em estudo, é possível contribuir para um melhor conhecimento da problemática em questão. É também um estudo quantitativo relativamente à metodologia a seguir, uma vez que é baseado na objetividade, colheita de dados quantificáveis, manipulação de variáveis e procura a generalização, tendo em consideração que a medida quantitativa consiste em atribuir valores numéricos aos objetos ou acontecimentos segundo certas regras de medida de correspondência (Fortin, 2000).

Deste modo, a população-alvo deste projeto de investigação serão os utentes / pacientes da Consulta Externa, com mais de 18 anos de idade, que frequentam os serviços de Imagiologias dos Hospitais das Gambelas e de Alvor assim como às clínicas da Guia, de Vilamoura, de Vila Real de Santo António e de Loulé pertencentes ao grupo HPA durante um determinado período de tempo. De modo a não haver qualquer tipo de influência por parte da equipa técnica, os questionários irão ser entregues pelas assistentes técnicas ou administrativos, na receção, aquando do término dos exames.

A técnica de pesquisa aplicada neste projeto será por meio de questionário adaptado à temática. Sendo que um questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos, que neste caso irão ser os utentes / pacientes que irão realizar exames imagiológicos. Deste modo, o questionário será uma ajuda na organização, na normalização e no controlo os dados de modo a que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa e segura através do instrumento SERVPERF, numa versão adaptada ao contexto, em Língua Portuguesa e em Inglesa, de maneira a medir a qualidade percebida após a prestação do serviço.

6. Planeamento e Calendarização do Trabalho:

O desenvolvimento das várias etapas do presente trabalho deverá processar-se consoante o seguinte cronograma:

- **Setembro de 2019:** Pedido de Autorização para a realização da recolha de dados ao Grupo Unilabs e ao Grupo HPA, de modo a poder fazer a aplicação do presente estudo e recolher os dados daí resultantes.
- **Outubro de 2019:** Entrega da “Proposta de Registo do Trabalho Final de Mestrado”, formulação dos questionários utilizados e realização de um pré-teste dos mesmos.
- **Novembro e Dezembro de 2019:** Distribuição dos Questionários e Recolha dos dados nos hospitais e clínicas associadas ao grupo, com o objetivo de obter-se uma amostra consistente e realizar-se um estudo com uma base de dados sólida.
- **Janeiro de 2020:** Análise e Processamento dos Dados.
- **Fevereiro de 2020:** Leitura e Interpretação dos Dados, de modo a ter bons resultados e retirar conclusões fidedignas.
- **Março e Abril de 2020:** Redação da tese e Exposição das Conclusões resultantes, que culminará na elaboração de uma discussão devidamente sustentada e um trabalho final bem suportado.
- **Mai de 2020:** Entrega do Trabalho Final de Mestrado.
- **Junho de 2020:** Defesa do Trabalho Final de Mestrado.

Salienta-se que durante todo o procedimento é possível que venham a existir algumas alterações ao presente cronograma uma vez que há etapas do processo que dependem de terceiros e, portanto, alheios ao controlo pela autora.

Para que exista uma maior agilização de todo o processo, que culminará com a elaboração do

Trabalho Final de Mestrado, haverá uma redação e formatação contínuas, assim como uma supervisão e correção por parte dos orientadores que contribuirá para que o resultado final seja o mais claro possível no momento da sua entrega.

7. Bibliografia de base:

As publicações que mais impacto tiveram no enquadramento do presente trabalho foram as seguintes:

Almeida, R. (2010) «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*, Vol.XXII, pp. 21–22.

Grupo HPA Saúde (2019) *Acreditação pela Joint Commission International*. Disponível em: <https://www.grupohpa.com/pt/hpa-saude/qualidade-e-seguranca/> (Acedido: 21 de Junho de 2019).

International, J. C. (2019) *JCI-Accredited Organizations*. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal&a=Hospital Program> (Acedido: 21 de Junho de 2019).

Ministério da Saúde (2017) *Programa de Acreditação*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/> (Acedido: 20 de Junho de 2019).

Salvador, P. F. C. (2012) *Qualidade em Análises Clínicas: Avaliação da Qualidade Percebida pelos utentes na Secção de Colheitas de um Serviço de Patologia Clínica*. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.

Sousa, V. e Fialho, J. (2012) «Avaliação da Qualidade: Estudo Percetivo da Qualidade e Satisfação em Radiologia».

Tinoco, P. C. R. (2013) *Avaliação da Qualidade Percebida em Saúde: o caso do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E.* Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.

Umbelino, T. (2016) *Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado*. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

World Health Organization (2006) *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Disponível em: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

Anexo à Proposta:

Declarações

Da mestranda:

Declaro que aceito realizar esta Proposta de trabalho segundo o plano indicado.

.....
(Assinatura)

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

.....

Dos orientadores:

Declaro que aceito orientar a realização deste Trabalho Final de Mestrado segundo o plano apresentado pela mestranda.

.....
...
(Assinatura)

.....
....
(Assinatura)

.....
...
(Nome completo em letra de imprensa)

.....
...
(Nome completo em letra de imprensa)

.....
....
(Nome da Instituição)

.....
....
(Nome da Instituição)

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

Avaliação da qualidade percebida e da satisfação dos utentes nacionais e estrangeiros nos Serviços de Imagiologia Privados do Algarve

Questionário n.º: |_|_|_|_|

Unidade: HPA Faro _ HPA Alvor_ CPALG_ CVM_ MARSHOPPING_

Este questionário faz parte de um estudo sobre a qualidade e satisfação dos utentes dos Serviços de Radiologia Privados da Região do Algarve, orientado pelo Prof. Rui Pedro Almeida e Coorientada pelo Prof. Doutor António Abrantes da Escola Superior de Saúde e da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Serão salvaguardados os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética em vigor e do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Questionário Utentes – 1ª Parte

Pergunta 1: As frases seguintes referem-se à sua percepção sobre o **SERVIÇO DE RADIOLOGIA**. Para cada uma das afirmações, assinale com um X a sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 significa “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “indiferente”, 4 “concordo” e 5 “concordo totalmente”.

	Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
1.1 O Serviço de Radiologia possui boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	①	②	③	④	⑤
1.2 O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	①	②	③	④	⑤
1.3 Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	①	②	③	④	⑤
1.4 O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em uma boa informação e sinalética.	①	②	③	④	⑤
1.5 O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) em limites suportáveis.	①	②	③	④	⑤
1.6 O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou representantes legais de forma clara e precisa.	①	②	③	④	⑤
1.7 Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	①	②	③	④	⑤
1.8 O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc. de forma correta).	①	②	③	④	⑤
1.9 O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exata, a data e horário da consulta.	①	②	③	④	⑤
1.10 O Serviço de Radiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data / hora da realização do exame (caso se aplique).	①	②	③	④	⑤
1.11 Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	①	②	③	④	⑤
1.12 Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	①	②	③	④	⑤
1.13 Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	①	②	③	④	⑤

1.14 Quando o utente tem problemas, os funcionários do Serviço de Radiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.	①	②	③	④	⑤
1.15 O atendimento foi adaptado às suas necessidades.	①	②	③	④	⑤
1.16 Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	①	②	③	④	⑤
1.17 Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	①	②	③	④	⑤
1.18 Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço	①	②	③	④	⑤
1.19 Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes.	①	②	③	④	⑤
1.20 Este serviço de Radiologia apresenta um horário laboral conveniente.	①	②	③	④	⑤
1.21 Os Técnicos de Radiologia têm capacidade para desempenhar de forma exemplar o seu trabalho (profissionalismo e competência).	①	②	③	④	⑤
1.22 Os funcionários da Receção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	①	②	③	④	⑤
1.23 Os Técnicos de Radiologia dão apoio moral, principalmente aos utentes mais doentes e que estão há mais tempo à espera.	①	②	③	④	⑤
1.24 Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões.	①	②	③	④	⑤
1.25 Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	①	②	③	④	⑤

Adaptado segundo o modelo SERVPERF traduzido por Almeida (2009), com adaptação parcial dos modelos ONSERQUAL (2007), HQual (2006-08), entre outros.

O seguinte conjunto de declarações está relacionado com as **suas impressões sobre o Serviço de Radiologia**. Por favor, responda, fazendo uma cruz no número que melhor reflete a sua opinião.

Pergunta 2: A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia lhe proporcionou foi?

Insuficiente ① ② ③ ④ ⑤ Excelente

Pergunta 3: A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Radiologia considera-se?

Muito Satisfeito(a) ① ② ③ ④ ⑤ Muito Insatisfeito(a)

Pergunta 4: A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresenta foi?

Muito Fraca ① ② ③ ④ ⑤ Excelente

Pergunta 5: No caso de ter necessidade, voltaria ao Serviço de Radiologia deste Hospital/Clinica?

Muito Provável ① ② ③ ④ ⑤ Improvável

Pergunta 6: Aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Serviço de Radiologia?

Muito Provável ① ② ③ ④ ⑤ Improvável

Questionário Utentes – 2ª Parte

2. Caracterização da pessoa que responde ao questionário:

2.1 Quem se encontra a preencher este questionário? Selecione a opção com um (x):

O próprio: <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/>
O Acompanhante/Familiar <input type="checkbox"/>	Qual: _____

3. Caracterização da pessoa que realizou o exame:

3.1 Qual o seu sexo? Selecione a opção com um (x):

Feminino: <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/>
Masculino: <input type="checkbox"/>	Qual: _____

3.2 Qual a sua idade? _____

3.3 Qual o seu estado civil? Selecione a opção com um (x):

Solteiro(a): <input type="checkbox"/>	Divorciado(a): <input type="checkbox"/>
Casado(a)/União de Fato: <input type="checkbox"/>	Viúvo(a): <input type="checkbox"/>

3.4 Qual a sua área de residência? Selecione a opção com um (x):

Portugal: <input type="checkbox"/>	Estrangeiro: <input type="checkbox"/>
Distrito: _____	Qual o país em que reside: _____
Concelho: _____	
Freguesia: _____	

3.5 Qual o seu grau académico? Selecione a opção com um (x):

Sem Escolaridade: <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
1º ciclo do Ensino Básico: <input type="checkbox"/>	Mestrado: <input type="checkbox"/>
2º ciclo do Ensino Básico: <input type="checkbox"/>	Doutoramento: <input type="checkbox"/>
3º ciclo do Ensino Básico: <input type="checkbox"/>	Outro, qual: _____

3.6 Qual a sua situação profissional? Selecione a opção com um (x):

Desempregado(a): <input type="checkbox"/>	Reformado(a) <input type="checkbox"/>
Trabalhador por conta própria: <input type="checkbox"/>	Estudante: <input type="checkbox"/>
Trabalhador por conta de outrem: <input type="checkbox"/>	Outro, qual: _____
Reformado(a): <input type="checkbox"/>	

3.7 Caso tenha alguma sugestão a acrescentar ao presente estudo, por favor indique-nos:

Agradeço a sua colaboração!

Evaluation of the perceived quality and satisfaction of domestic and foreign users of the private imaging services in the Algarve Region

Questionnaire n.º: | | | | |

Unit: HPA Faro _ HPA Alvor_ CPALG_ CVM_ MARSHOPPING_

This questionnaire is part of a study on the quality and patient satisfaction regarding the Radiology Services in the Algarve Region, supervised by Prof. Rui Pedro Almeida and in collaboration with Prof. António Abrantes from the Health School and the Faculty of Economics of the University of Algarve. The anonymity criteria of participants will be safeguarded according to the code of ethics of scientific research.

Patients Questionnaire - 1st Part

Question 1: The following sentences refer to **your perception of your RADIOLOGY DEPARTMENT**. For each statement, mark your assessment with an X using a scale from 1 to 5, where 1 means “strongly disagree”, 2 “disagree”, 3 “indifferent”, 4 “agree” and 5 “strongly agree”.

	S. Disagree	Disagree	Indiferent	Agree	S. Agree
1.1 The Radiology Department has up-to-date equipment and good technological ability.	①	②	③	④	⑤
1.2 Physical facilities are visually appealing (physical environment, cleanliness, etc)	①	②	③	④	⑤
1.3 Radiographers are neat in appearance (clean uniform, clean shoes, etc.)	①	②	③	④	⑤
1.4 Radiology Department is well located and has good indications and signage.	①	②	③	④	⑤
1.5 The Radiology Department has a good waiting room and physical installations in accordance with sound (noise) levels within tolerable limits.	①	②	③	④	⑤
1.6 The Radiology Department transmits clearly and accurately the necessary information to patients or legal representants.	①	②	③	④	⑤
1.7 Waiting times provision for exams were acceptable (reduced to a minimum).	①	②	③	④	⑤
1.8 The Radiology Department ensures accuracy in its administrative Staff/Organization (files correctly medical records, e.g. information, exams, etc.)	①	②	③	④	⑤
1.9 The Radiology Department provides to the patient the exact date and time of the exam.	①	②	③	④	⑤
1.10 Radiology Department notifies beforehand patients when the date / time of the exam has changed (if applicable).	①	②	③	④	⑤
1.11 Radiographers perform their services as quick as possible by minimizing exam times.	①	②	③	④	⑤

1.12 Radiographers are always willing to help, showing attention and kindness.	①	②	③	④	⑤
1.13 Radiographers are never too busy to respond to requests, immediately.	①	②	③	④	⑤
1.14 When the patients has problems radiographers reassure him and show interest in solving the problema.	①	②	③	④	⑤
1.15 The exam was adapted to your needs.	①	②	③	④	⑤
1.16 Radiographers gave a detailed explanation about the examination.	①	②	③	④	⑤
1.17 Radiographers kept my individual privacy during the exam.	①	②	③	④	⑤
1.18 Radiographers ensure comfort and safety during the time in the Radiology Department.	①	②	③	④	⑤
1.19 Radiographers showed safety and trust to their patients.	①	②	③	④	⑤
1.20 The Radiology Department has a convenient operating working time.	①	②	③	④	⑤
1.21 Radiographers have the ability to provide the exemplar service manner (with professionalism and competence).	①	②	③	④	⑤
1.22 Administrative Staff gives personal attention to the patients and relatives.	①	②	③	④	⑤
1.23 Radiographers give moral support especially to sick and long-awaited patients.	①	②	③	④	⑤
1.24 Radiographers have patient's best interests at heart and answer your questions.	①	②	③	④	⑤
1.25 Radiographers havs plenty of time to assist each patient.	①	②	③	④	⑤

Adapted according to the SERVPERF model translated by Almeida (2009) and De Man (2002).

The following set of statements is related to **your feelings about the Radiology Service**. Please answer by ticking the number that best reflects your opinion.

Question 2: Overall quality of the Radiology Department:

Very poor ① ② ③ ④ ⑤ Excellent

Question 3: Overall satisfaction with the Radiology Service:

Very satisfied ① ② ③ ④ ⑤ Very Dissatisfied

Question 4: Overall image presented by the Radiology Department was:

Very Poor ① ② ③ ④ ⑤ Excellent

Question 5: If you need, would you return to this Radiology Department?

Very Likely ① ② ③ ④ ⑤ Unlikely

Question 6: Would you advise a friend/family member to come to this Radiology Department?

Very Likely ① ② ③ ④ ⑤ Unlikely

Patients Questionnaire - 2nd Part

2. Information/Details from the person answering the questionnaire:

2.1 Who is completing this questionnaire? Select the option with an (x):

Own: <input type="checkbox"/>	Other: <input type="checkbox"/>
Family Member/Legal Representant <input type="checkbox"/>	Which: _____

3. Information/Details from the person who performed the exam:

3.1 What is your gender? Select the option with an (x):

Female: <input type="checkbox"/>	Other: <input type="checkbox"/>
Male: <input type="checkbox"/>	Which: _____

3.2 How old are you? _____

3.3 What is your marital status? Select the option with an (x):

Single: <input type="checkbox"/>	Divorced: <input type="checkbox"/>
Married/Union: <input type="checkbox"/>	Widower /Widower: <input type="checkbox"/>

3.4 What is your area of residence? Select the option with an (x):

Portugal: <input type="checkbox"/>	Abroad: <input type="checkbox"/>
District: _____	Country: _____
County: _____	
Parish: _____	

3.5 What is your academic degree? Select the option with an (x):

No schooling: <input type="checkbox"/>	Bachelor degree <input type="checkbox"/>
Primary School: <input type="checkbox"/>	Master degree: <input type="checkbox"/>
Preparatory School: <input type="checkbox"/>	Doctorate degree: <input type="checkbox"/>
High School: <input type="checkbox"/>	Another situation: _____

3.6 What is your professional situation? Select the option with an (x):

Unemployed: <input type="checkbox"/>	Retired <input type="checkbox"/>
Self-employed: <input type="checkbox"/>	Student <input type="checkbox"/>
Employed worker: <input type="checkbox"/>	Another: _____

3.7 If you have any suggestions to add to this study, please let us know:

Thank you for your attention!

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



Investigação no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde **Investigadora: Marta Sofia Serafim Bastardinho Fernandes**

Leia com atenção a informação seguinte e, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do Estudo: “Avaliação da qualidade percebida e da satisfação dos utentes nacionais e estrangeiros nos serviços de imagiologia privados do Algarve ”

Enquadramento e Explicação do Estudo: O presente estudo insere-se no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde e tem como objetivo avaliar a qualidade percebida e satisfação dos utentes que recorrem aos serviços de Imagiologia privados na região do Algarve. Os resultados obtidos através da realização deste estudo permitirão fazer uma melhor caracterização sociodemográfica, assim como das necessidades e expectativas dos utentes que recorrem a este tipo de serviços.

Condições e Financiamento: Este estudo é integralmente financiado pela investigadora pelo que a sua participação é de carácter voluntário, não existindo prejuízos, assistenciais ou outros, caso não pretenda participar.

Confidencialidade e Anonimato: Serão salvaguardados os critérios de confidencialidade e o anonimato de todos os participantes em conformidade com o código de ética em vigor e do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Agradeço-lhe a atenção dispensada e estarei à sua disposição para qualquer tipo de esclarecimento relativamente ao estudo apresentado.

A Investigadora,
Marta Fernandes (E-mail : a41474@ualg.pt)

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

No caso de não ser o próprio a assinar por idade ou por incapacidade do mesmo, por favor assine:

Assinatura: _____ Parentesco: _____ Data: ___/___/___

Informed Consent



Research Project for the Master of Healthcare Unit Management

Researcher: Marta Sofia Serafim Bastardinho Fernandes

Please read carefully the following information, if you think something is incorrect or unclear, please ask for more information.

Study Title: “Evaluation of perceived quality and satisfaction of domestic and foreign patients of the private imaging services in the Algarve Region”

Study Framework: This study is part of the Master of Healthcare Unit management and aims to evaluate the perceived quality and satisfaction of the patients who use private imaging services in the Algarve region. The results obtained from this study will allow a better sociodemographic characterization, as well as the needs and expectations of the users who require this type of services.

Conditions and Funding: This study is fully funded by the researcher. Therefore, your participation is voluntary, and there are no consequences, such as assistance or other, if you decide to not participate.

Confidentiality and Anonymity: The confidentiality criteria and anonymity of all participants will be safeguarded in accordance with the current code of ethics and the General Data Protection Regulation.

Thanks for your attention and I will be available for further clarification regarding the presented study.

The Researcher,

Marta Fernandes (E-mail : a41474@ualg.pt)

Signature: _____

I have read and understood this document, as well as the verbal information provided. I was guaranteed the possibility of refusing to participate in this study at any time without any consequences. Therefore, I agree to participate in this study and allow the use of the data I voluntarily will provide. I trust that will only be used for this research project and that the researcher assures confidentiality and anonymity with regards to my data. If you agree with this proposal, please sign this document.

Signature: _____ Date: ____/____/____

In case of the patient can't sign (due to age or disability conditions):

Signature: _____ Kinship: _____ Date: ____/____/____

Apêndice 8 – Distribuição da Amostra por Freguesia (n=467)

Freguesias	Frequências	Percentagens
Faro	43	9.1%
Montenegro	19	4.0%
São Brás de Alportel	13	2.8%
Loulé	26	5.5%
Albufeira e Olhos de Água	24	5.1%
Guia	15	3.2%
Ferreiras	2	0.4%
Lagoa	26	5.5%
Porches	1	0.2%
Armação de Pêra	8	1.7%
Pêra e Alcantarilha	3	0.6%
Almancil	41	8.7%
Quarteira	50	10.6%
Boliqueime	5	1.1%
Olhão	16	3.4%
Tavira	4	0.8%
Alvor	17	3.6%
Portimão	58	12.3%
Vila do Bispo e Raposeira	1	0.2%
Vila Nova de Cacela	2	0.4%
Lagos	24	5.1%
Estômbar e Parchal	3	0.6%
Bordeira	2	0.4%
Odeleite	1	0.2%
Algoz e Tunes	9	1.9%
Ferragudo	3	0.6%
Mexilhoeira Grande	2	0.4%
Silves	5	1.1%
Rogil	2	0.4%
Budens	2	0.4%
Odeceixe	1	0.2%
Luz	15	3.2%
Sé	13	2.8%
Quelfes	8	1.7%
Castro Marim	2	0.4%
Vila Real de Santo António	1	0.2%
Total	467	99.2%

Apêndice 9 – Distribuição das Dimensões da Qualidade por Item

Distribuição das dimensões da Qualidade	
Dimensões da Qualidade	Perguntas do Questionário correspondentes
	1.1
	1.2
Tangíveis	1.3
	1.4
	1.5
	1.12
	1.14
Empatia	1.15
	1.22
	1.23
	1.25
	1.16
Segurança	1.17
	1.18
	1.19
	1.21
Profissionalismo e Competências	1.24
	1.13
	1.8
Fiabilidade	1.9
	1.10
	1.6
	1.7
Capacidade de Resposta	1.11
	1.20
	2.1
Aspetos Gerais	2.2
	2.3

Apêndice 10 – Valor do Alpha de Cronbach por Item

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PA1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	108.39	122.443	.712	.	.968
PA1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	108.38	122.270	.706	.	.968
PA1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	108.17	124.446	.670	.	.968
PA1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	108.44	121.326	.716	.	.968
PA1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	108.45	122.666	.639	.	.968
PA1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou representantes legais de forma clara e precisa.	108.34	122.306	.759	.	.967
PA1.7 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	108.46	122.376	.560	.	.969
PA1.8 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc, de forma correta).	108.43	120.919	.770	.	.967
PA1.9 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exata, a data e horário da consulta.	108.35	123.158	.636	.	.968
PA1.10 - O Serviço de Radiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame (caso se aplique).	108.39	120.341	.708	.	.968

PA1.11 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	108.27	122.238	.794	.	.967
PA1.12 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	108.20	123.694	.727	.	.968
PA1.13 - Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	108.36	121.847	.744	.	.967
PA1.14 - Quando o utente tem problemas, os funcionários do serviço de Radiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.	108.42	120.427	.797	.	.967
PA1.15 - O atendimento foi adaptado às suas necessidades.	108.34	121.295	.799	.	.967
PA1.16 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	108.33	121.652	.732	.	.967
PA1.17 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	108.23	123.649	.711	.	.968
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	108.26	121.189	.820	.	.967
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes.	108.24	121.806	.816	.	.967
PA1.20 - Este Serviço de Radiologia apresenta um horário laboral conveniente.	108.30	121.919	.797	.	.967
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia têm capacidade para desempenhar de forma exemplar o seu trabalho (profissionalismo e competência).	108.24	121.942	.790	.	.967
PA1.22 - Os funcionários da Receção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	108.32	120.537	.800	.	.967
PA1.23 - Os Técnicos de Radiologia dão apoio moral, principalmente aos utentes mais doentes e que estão há mais tempo à espera.	108.46	120.040	.746	.	.967

PA1.24 - Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões.	108.34	120.531	.829	.	.967
PA1.25 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	108.49	117.845	.724	.	.968

Apêndice 11 – Análise Fatorial: Tabela de Comunalidades

Communalities		
	Initial	Extraction
PA1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	1.000	.654
PA1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	1.000	.613
PA1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	1.000	.733
PA1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	1.000	.696
PA1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	1.000	.606
PA1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou representantes legais de forma clara e precisa.	1.000	.645
PA1.7 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	1.000	.621
PA1.8 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc, de forma correta).	1.000	.682
PA1.9 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exata, a data e horário da consulta.	1.000	.537
PA1.10 - O Serviço de Radiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame (caso se aplique).	1.000	.647

PA1.11 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	1.000	.666
PA1.12 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	1.000	.735
PA1.13 - Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	1.000	.650
PA1.14 - Quando o utente tem problemas, os funcionários do serviço de Radiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.	1.000	.747
PA1.15 - O atendimento foi adaptado às suas necessidades.	1.000	.710
PA1.16 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	1.000	.629
PA1.17 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	1.000	.721
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	1.000	.766
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes.	1.000	.769
PA1.20 - Este Serviço de Radiologia apresenta um horário laboral conveniente.	1.000	.672
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia têm capacidade para desempenhar de forma exemplar o seu trabalho (profissionalismo e competência).	1.000	.741
PA1.22 - Os funcionários da Recepção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	1.000	.703

PA1.23 - Os Técnicos de Radiologia dão apoio moral, principalmente aos utentes mais doentes e que estão há mais tempo à espera.	1.000	.742
PA1.24 - Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões.	1.000	.832
PA1.25 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	1.000	.628

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Apêndice 12 – Análise Fatorial: Matriz Rodada de Fatores

	Rotated Component Matrix ^a		
	Component		
	1	2	3
PA1.24 - Os Técnicos de Radiologia dão atenção aos utentes, respondem às suas dúvidas e ouvem as suas sugestões.	.815	.297	.283
PA1.23 - Os Técnicos de Radiologia dão apoio moral, principalmente aos utentes mais doentes e que estão há mais tempo à espera.	.763	.107	.386
PA1.14 - Quando o utente tem problemas, os funcionários do serviço de Radiologia tranquilizam-no e demonstram interesse em resolver o problema.	.740	.232	.381
PA1.19 - Os Técnicos de Radiologia transmitem segurança e confiança aos seus utentes.	.703	.470	.235
PA1.18 - Os Técnicos de Radiologia garantiram conforto e segurança durante o período de permanência no serviço.	.681	.490	.249
PA1.25 - Os Técnicos de Radiologia apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	.668	.201	.377
PA1.16 - Os Técnicos de Radiologia deram uma explicação detalhada sobre a realização do exame.	.667	.350	.248
PA1.21 - Os Técnicos de Radiologia têm capacidade para desempenhar de forma exemplar o seu trabalho (profissionalismo e competência).	.653	.525	.197
PA1.22 - Os funcionários da Receção do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	.646	.305	.438
PA1.15 - O atendimento foi adaptado às suas necessidades.	.621	.501	.272
PA1.13 - Os Técnicos de Radiologia nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos utentes, mesmo quando estão ocupados.	.592	.508	.203

PA1.20 - Este Serviço de Radiologia apresenta um horário laboral conveniente.	.565	.404	.435
PA1.11 - Os Técnicos de Radiologia prestam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	.529	.459	.419
PA1.3 - Os Técnicos de Radiologia têm boa aparência e apresentam-se devidamente fardados (bata limpa, calçado limpo, etc.)	.187	.781	.299
PA1.12 - Os Técnicos de Radiologia têm sempre boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	.360	.743	.231
PA1.17 - Os Técnicos de Radiologia promoveram a minha privacidade na realização do exame.	.465	.702	.110
PA1.1 - O Serviço de Radiologia apresenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	.258	.623	.447
PA1.9 - O Serviço de Radiologia diz ao utente, de forma exata, a data e horário da consulta.	.232	.576	.389
PA1.7 - Os tempos de espera para a realização dos exames foram aceitáveis (reduzidos ao mínimo).	.197	.106	.756
PA1.4 - O Serviço de Radiologia está bem localizado (de fácil acesso) e apresenta, em geral, uma boa informação e sinalética.	.330	.259	.721
PA1.5 - O Serviço de Radiologia possui uma sala de espera em boas condições e apresenta níveis de ruído (barulho) dentro dos limites suportáveis.	.189	.345	.672
PA1.10 - O Serviço de Radiologia avisa previamente os utentes quando ocorreu alteração da data/hora da realização do exame (caso se aplique).	.435	.191	.649
PA1.8 - O Serviço de Radiologia transmite rigor na organização administrativa (guarda os seus registos, p.e. informações, exames, etc, de forma correta).	.476	.282	.613

PA1.2 - O Serviço de Radiologia apresenta boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	.303	.398	.602
PA1.6 - O Serviço de Radiologia transmite as informações necessárias aos utentes e/ou representantes legais de forma clara e precisa.	.387	.483	.511

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a
a. Rotation converged in 8 iterations.

Apêndice 13 – Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebi e os Aspectos Gerais

Correlations											
			Tangibili dade	Emp atia	Segura nça	Profissiona lismo e Competênc ias	Fiabili dade	Capaci dade de Respos ta	PA 2.1	PA 2.2	PA 2.3
Spearman's rho	Tangibilidade	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	1.000 . 471								
	Empatia	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.797** .000 471	1.000 . 471							
	Segurança	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.746** .000 471	.865* .000 471	1.000 . 471						
	Profissionalismo e Competências	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.758** .000 471	.885* .000 471	.838** .000 471	1.000 . 471					
	Fiabilidade	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.759** .000 470	.757* .000 470	.687** .000 470	.724** .000 470	1.000 . 470				
	Capacidade de Resposta	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.821** .000 471	.838* .000 471	.786** .000 471	.790** .000 471	.799** .000 470	1.000 . 471			
	PA2.1	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	.486** .000 471	.474* .000 471	.487** .000 471	.483** .000 471	.442** .000 470	.476** .000 471	1.000 . 471	.685** .000 471	.715** .000 471

PA2.2	Correlation Coefficient	.399**	.433*	.404**	.436**	.401**	.444**	.685**	1.000	.686**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471
PA2.3	Correlation Coefficient	.444**	.437*	.407**	.440**	.443**	.437**	.715**	.686**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471

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

Apêndice 14 – Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebi e os Dados Sociodemográficos

		Correlations								
			Tangibilidade	Empatia	Segurança	Profissionalismo e Competências	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Aspectos Gerais	PB5 - Grau Académico
Spearman's rho	Tangibilidade	Correlation	1.000							
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.							
		N	471							
	Empatia	Correlation	.797**	1.000						
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.						
		N	471	471						
	Segurança	Correlation	.746**	.865*	1.000					
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.					
		N	471	471	471					
	Profissionalismo e Competências	Correlation	.758**	.885*	.838**	1.000				
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.				
		N	471	471	471	471				
	Fiabilidade	Correlation	.759**	.757*	.687**	.724**	1.000			
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.			
		N	470	470	470	470	470	470		
	Capacidade de Resposta	Correlation	.821**	.838*	.786**	.790**	.799**	1.000		
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.		
		N	471	471	471	471	470	471		
	Aspectos Gerais	Correlation	.436**	.395*	.405**	.402**	.395**	.390**	1.000	
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	
		N	471	471	471	471	470	471	471	

PB5 - Grau Académico	Correlation Coefficient	-.007	-.051	-.021	-.055	-.015	-.069	-.091*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.884	.273	.651	.238	.754	.135	.049	.
	N	471	471	471	471	470	471	471	471

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

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

Apêndice 15 – Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da Qualidade Percebi,
Aspetos Gerias e Idade

		Correlations										
			Tangibil	Emp	Segur	Profission	Fiabili	Capaci	PA	PA	PA	Clas
			idade	patia	ança	alimento	dade	dade	2.1	2.2	2.3	ses
						E	Respos	de				de
						Competên	ta	de				idad
						cias						e
Spearman's rho	Tangibilidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	1.000									
		N	471									
	Empatia	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.797**	1.000								
		N	471	471								
	Segurança	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.746**	.865**	1.000							
		N	471	471	471							
	Profissionalismo e Competências	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.758**	.885**	.838**	1.000						
		N	471	471	471	471						
	Fiabilidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.759**	.757**	.687**	.724**	1.000					
		N	471	471	471	471	471					
	Capacidade de Resposta	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.821**	.838**	.786**	.790**	.799**	1.000				
		N	470	470	470	470	470	470				
			471	471	471	471	470	471	471	471	471	471

PA2.1	Correlation Coefficient	.486**	.474**	.487**	.483**	.442**	.476**	1.000	.685**	.715**	.064
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.166
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471	471
PA2.2	Correlation Coefficient	.399**	.433**	.404**	.436**	.401**	.444**	.685**	1.000	.686**	.068
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.142
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471	471
PA2.3	Correlation Coefficient	.444**	.437**	.407**	.440**	.443**	.437**	.715**	.686**	1.000	.134**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.004
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471	471
Classes de idade	Correlation Coefficient	.009	.048	-.017	.017	.023	.038	.064	.068	.134**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.852	.302	.721	.719	.617	.408	.166	.142	.004	.000
	N	471	471	471	471	470	471	471	471	471	471

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