



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA EM SAÚDE: O CASO
DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE FARO E.P.E.**

PAULO CANICEIRO RAMA TINOCO

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutor Carlos Joaquim Farias Cândido
Mestre Isabel Maria Pereira Luís Feliciano

2013

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA EM SAÚDE: O CASO
DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE FARO E.P.E.**

PAULO CANICEIRO RAMA TINOCO

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:
Prof. Doutor Carlos Joaquim Farias Cândido
Faculdade de Economia da Universidade do Algarve
Mestre Isabel Maria Pereira Luís Feliciano
Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

2013

Declaração de autoria e direitos de cópia

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

Faro 04 de janeiro de 2013

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

ÍNDICE GERAL

LISTA DE FIGURAS	<i>vi</i>
LISTA DE TABELAS	<i>vii</i>
LISTA DE ABREVIATURAS	<i>ix</i>
AGRADECIMENTOS	<i>x</i>
RESUMO	<i>xi</i>
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 O CONCEITO DE SERVIÇO	5
2.2 CONCEITO DE QUALIDADE	9
2.3 PRINCIPAIS ABORDAGENS DA QUALIDADE	9
2.3.1 <i>Qualidade como excelência</i>	9
2.3.2 <i>A Qualidade como valor</i>	10
2.3.3 <i>A Qualidade como Conformidade com as Especificações</i>	11
2.3.4 <i>A Qualidade como o Exceder as Expetativas dos Clientes</i>	12
2.4 QUALIDADE EM SAÚDE	13
2.4.1 <i>Qualidade num serviço de Radiologia</i>	15
2.5 DIMENSÕES DA QUALIDADE	18
2.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	22
2.6.1 <i>Modelo teórico de Donabedian</i>	24
2.6.2 <i>Modelo de Grönroos</i>	25
2.6.3 <i>Modelo de Parasuraman</i>	27
2.7 INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DA QUALIDADE	29
2.7.1 <i>SERVQUAL</i>	29
2.7.2 <i>SERVPERF</i>	34
2.8 QUALIDADE PERCEBIDA VS SATISFAÇÃO E A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES FATORES	35
2.8.1 <i>Influência dos fatores sociodemográficos</i>	36
2.8.2 <i>Influência do nível de saúde subjetivo e da qualidade da informação recebida</i>	39
3. METODOLOGIA	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE FARO E.P.E.	40
3.2 POPULAÇÃO ALVO	41
3.3 MÉTODO DE AMOSTRAGEM E AMOSTRA	41
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	42
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS RECOLHIDOS	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	45

4.2	ÍNDICES DA QUALIDADE PERCEBIDA DO SERVIÇO	46
4.2.1	<i>Consistência interna da escala</i>	46
4.2.2	<i>Qualidade percebida</i>	48
4.2.3	<i>Importância atribuída às dimensões da qualidade percebida do serviço</i>	51
4.3	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE E DO DESEMPENHO GLOBAL DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA	53
4.4	AVALIAÇÃO GLOBAL DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO	55
4.5	INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NAS DIMENSÕES DA QUALIDADE PERCEBIDA ...	57
4.5.1	<i>Influência do sexo nas dimensões da qualidade percebida</i>	57
4.5.2	<i>Influência da idade nas dimensões da qualidade percebida</i>	59
4.5.3	<i>Influência do estado civil nas dimensões da qualidade percebida</i>	59
4.5.4	<i>Influência do grau de habilitações dos utentes nas dimensões da qualidade percebida</i> ...	62
4.5.5	<i>Influência da situação profissional nas dimensões da qualidade percebida</i>	63
4.6	COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE PERCEBIDA EM UTENTES IDOSOS E NÃO IDOSOS .	65
4.7	INFLUÊNCIA DO ESTADO DE SAÚDE SUBJETIVO DOS UTENTES NAS DIMENSÕES DA QUALIDADE PERCEBIDA.....	67
4.8	INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA PELOS UTENTES NAS DIMENSÕES DA QUALIDADE PERCEBIDA	69
4.9	DISCUSSÃO.....	71
4.9.1	<i>Limitações e sugestões</i>	74
5.	CONCLUSÃO	76
	ANEXO 1: QUESTIONÁRIO SERVQUAL DESENVOLVIDO POR PARASURAMAN <i>ET AL.</i> 1998	79
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS UTENTES	91
	APÊNDICE 2: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HOSPITAL DE FARO E.P.E.	97
	APÊNDICE 3: DIMENSÕES DA QUALIDADE REFERENTE AO QUESTIONÁRIO QUE FOI APLICADO AOS UTENTES	98
	APÊNDICE 4: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS UTENTES	99
	APÊNDICE 5: ÍNDICES DE PERCEÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO.....	104
	APÊNDICE 6: IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS INDICADORES DA QUALIDADE DO SERVIÇO.....	105
	APÊNDICE 7: INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NOS ÍNDICES DE PERCEÇÃO DA QUALIDADE.....	106
	APÊNDICE 8: COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES DE PERCEÇÃO DA QUALIDADE EM UTENTES IDOSOS E NÃO IDOSOS	110
	APÊNDICE 9: INFLUÊNCIA DO ESTADO DE SAÚDE SUBJETIVO DOS UTENTES NOS ÍNDICES DE PERCEÇÃO DA QUALIDADE.....	111
	APÊNDICE 10: INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA PELOS UTENTES NOS ÍNDICES DE PERCEÇÃO DA QUALIDADE	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 Modelo de Grönroos - Componentes de um serviço de qualidade.....	26
Figura 2.2 Modelo de Parasuraman - SERVQUAL	28
Figura 4.1 Frequências das dimensões assinaladas como as mais importantes e as menos importantes para os utentes.....	53
Figura 4.2 Avaliação global do serviço de Radiologia.....	54
Figura 4.3 Recurso ao serviço de Radiologia em situações futuras e aconselhamento do mesmo a amigos ou familiares.....	55
Figura 4.4 Avaliação global da qualidade da informação recebida pelos utentes do serviço de Radiologia.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 As 10 dimensões da qualidade do serviço de Parasuraman <i>et al.</i>	20
Tabela 2.2 Modelo de Donabedian - Os sete pilares da qualidade.....	22
Tabela 2.3 Estudos sobre a influência dos factores sociodemográficos.....	38
Tabela 4.1 Consistência interna das escalas utilizadas na avaliação da qualidade percebida do serviço.	46
Tabela 4.2 Matriz simétrica de correlações entre os índices globais da qualidade percebida.....	47
Tabela 4.3 Estatísticas descritivas das dimensões da qualidade percebida do serviço de Radiologia.....	48
Tabela 4.4 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de tangibilidade.	49
Tabela 4.5 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de confiabilidade.....	49
Tabela 4.6 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de capacidade de resposta.	50
Tabela 4.7 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de garantia.	50
Tabela 4.8 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de empatia.....	51
Tabela 4.9 Estatísticas descritivas da importância atribuída pelos utentes às dimensões de qualidade do serviço de Radiologia.....	52
Tabela 4.10 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes do sexo feminino e do sexo masculino.....	58
Tabela 4.11 Estatísticas do teste de Mann-Whitney para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes do sexo feminino e do sexo masculino.....	58
Tabela 4.12 Correlações ordinais de Spearman entre a idade e as dimensões da qualidade percebida.	59
Tabela 4.13 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado civil.	61

Tabela 4.14 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado civil.	62
Tabela 4.15 Correlações ordinais de Spearman entre o grau académico e as dimensões da qualidade percebida.	62
Tabela 4.16 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo a situação profissional.	64
Tabela 4.17 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo a situação profissional.	65
Tabela 4.18 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes não idosos (idade até 65 anos) e nos utentes idosos (idade superior a 65 anos). 66	
Tabela 4.19 Estatísticas do teste de Mann-Whitney para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes não idosos e nos utentes idosos.	67
Tabela 4.20 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado de saúde subjectivo.	68
Tabela 4.21 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado de saúde subjectivo.	69
Tabela 4.22 Correlações ordinais de Spearman entre os itens de qualidade de informação recebida e as dimensões da qualidade percebida.	70

LISTA DE ABREVIATURAS

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

H.F. - Hospital Faro

AGRADECIMENTOS

O agradecimento deveria ser um ato espontâneo e não uma formalidade. Vou tentar alcançar esse ideal mas nunca é fácil distinguir a linha ténue entre o falso agradecimento e o esquecimento injusto. Deste modo, eu gostaria de agradecer:

Ao Prof.º Doutor Carlos Cândido, o orientador da minha tese, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela preciosa ajuda na definição do objeto de estudo, pela incansável orientação científica, exigindo método e rigor, pela revisão crítica do texto, com proficuos comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões, pela cedência e indicação de alguma bibliografia relevante para a temática em análise, pela acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas e ainda pelo estímulo permanente que, por vezes, se tornaram decisivos durante a elaboração desta tese.

À Prof.ª Isabel Feliciano, co-orientador desta tese, pela disponibilidade e simpatia, pelos conhecimentos teóricos transmitidos e pelo incentivo à realização desta tese na área do marketing.

Ao Hospital de Faro E.P.E, em particular ao serviço de Radiologia, por ter permitido a realização desta tese nas suas instalações.

À Universidade do Algarve, em especial à Faculdade de Economia, pelos ensinamentos e pela disponibilidade de material imprescindível à realização desta dissertação.

Aos meus pais e irmão, a quem dedico este trabalho, por todos os momentos repartidos. Pelo amor, amizade e a força com que sempre me guiaram.

À minha namorada e à minha filha, sobretudo pelos momentos em que eu as privei da minha companhia e também pela força e incentivo que me incutiram nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho, aos meus amigos e a todos quantos me ajudaram direta ou indiretamente no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Atualmente, a qualidade percebida pelos utentes e a sua satisfação são indicadores críticos para o setor da saúde, uma vez que permitem alcançar bons níveis de *performance* tendo por base as necessidades e expetativas dos utentes.

Assim, entender como as características dos pacientes afetam a sua qualidade percebida é fundamental para se conseguir interpretar corretamente os dados e realizar inferências corretas sobre a eficácia de intervenções específicas e do desempenho dos prestadores de saúde.

Desta forma, o principal objetivo deste trabalho é compreender a relação entre os níveis de qualidade percebida e os fatores sociodemográficos, uma vez que neste ponto a literatura existente não é consensual. Dentro deste contexto, dar-se-á maior relevância à idade pois esta tem vindo a ser o fator identificado com mais frequência como o mais determinante e com maior influência significativa na perceção da qualidade do paciente. Para além disso, iremos também estudar a forma como a qualidade da informação recebida e o estado de saúde subjetivo dos utentes se associa à qualidade percebida.

Com esse intuito, desenvolveu-se um estudo transversal de pesquisa quantitativa, recorrendo a uma versão modificada do SERVQUAL, de forma a contextualizar as questões para o referido serviço de Radiologia. O tratamento e a análise estatística foram efetuados com recurso ao *software* estatístico SPSS.

Os resultados assim obtidos, mostraram que os índices da qualidade percebida dos utentes deste serviço de Radiologia são apenas influenciados pelo seu grau de escolaridade e pela qualidade da informação recebida, não tendo a idade uma influência significativa sobre a qualidade percebida.

Simultaneamente, verificou-se que os utentes deste serviço estão satisfeitos com a qualidade dos serviços aqui prestados, embora se tenha verificado a existência de um *gap* entre as suas perceções e expetativas.

Palavras-chave: Qualidade; qualidade percebida; fatores sociodemográficos; SERVQUAL, satisfação; radiologia.

ABSTRACT

Nowadays, perceived quality and patient satisfaction are critical indicators in health care as they allow us to achieve good levels of performance based on the needs and expectations of users.

Therefore, understanding how patient's characteristics affect perceived quality is essential to properly interpret data and to make correct inferences about the effectiveness of specific interventions and the performance of healthcare providers.

So, the main purpose of this study is to understand the relationship between perceived quality and sociodemographic characteristics of patients, since at this point the literature is not consensual. In this context, we will give more importance to age because this is the sociodemographic factor almost always identified as the strongest correlate and with more decisive influence on the perceived quality.

In addition, this study aims also to explore how quality of information received and patient's health status are associated with perceived quality.

Thereby we have developed a cross-sectional quantitative research, using a modified version of SERVQUAL model, to contextualize the issues of the Radiology department at the Hospital of Faro. The processing and statistical analysis was performed using the SPSS statistical software.

Results demonstrate that perceived quality of the users of this Radiology department are only influenced by their level of education and the quality of information received, having age no significant influence on perceived quality.

At the same time, it was found that users of this service are satisfied with the quality of services provided, although we have found an existence of a gap between their perceptions and expectations.

Key words: Quality; perceived quality; sociodemographic factors; SERVQUAL; satisfaction; radiology.

1. INTRODUÇÃO

O constructo da qualidade é um conceito vasto, com várias definições consoante o tempo ou o contexto em que é analisado, podendo ser usado para descrever uma grande variedade de fenómenos.

A nível dos cuidados de saúde, o Ministério da Saúde considera que a qualidade apresenta algumas características específicas que a diferenciam do seu conceito organizacional noutros campos e atividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não apenas responder à procura (Pessoa, 2005).

Segundo Reeves e Bednar (1994), nenhuma definição de qualidade é “a melhor” na generalidade das situações, sendo que as mais utilizadas são a qualidade como excelência, como valor, como conformidade com as especificações e ainda como o exceder as expetativas dos clientes (Garvin, 1987; Crosby, 1979; Juran, 1989).

Atualmente, um grande número de organizações cita a qualidade como a sua prioridade competitiva. No entanto, para que sejam alcançados bons níveis de *performance* é necessário assegurar que as iniciativas de qualidade estejam diretamente relacionadas com a melhoria da satisfação dos clientes (Gronroos, 1990). Desta forma, parece essencial conhecer esse cliente, as suas necessidades e expetativas, no sentido de melhor lhe dar uma resposta continuada.

Assim, surgem-nos as noções de qualidade percebida e de satisfação do cliente, que estão intimamente relacionadas com o grau em que as expetativas dos clientes são preenchidas pelos serviços prestados, constituindo-se como indicadores críticos para o sector da saúde. O conhecimento destes indicadores pode ainda proporcionar uma avaliação de desempenho, sob a perspetiva do cliente, permitindo perceber se os objetivos da prestação dos cuidados de saúde estão a ser cumpridos, e com que qualidade, indicando decisões tanto estratégicas como operacionais, que venham a influenciar a qualidade dos serviços prestados pela organização (Milan e Trez, 2005). Para além disso, a recolha de dados relativos às expetativas dos utentes torna-se também

importante quando do seu tratamento resultam medidas de efetividade clínica e eficiência económica (Ferreira e Raposo, 2006).

Posto isto, é fundamental reconhecer quais os aspetos dos cuidados de saúde prestados que são importantes para o paciente e que vão afetar a sua perceção de qualidade, sendo que neste ponto a literatura admite como principais aspetos a capacidade clínica, a imagem da instituição e os fatores sócio demográficos.

Contudo, o presente trabalho apenas se debruçará sobre a ação dos fatores sociodemográficos, uma vez que os resultados obtidos até à data têm sido controversos. Enquanto alguns estudos concluem que estes tipos de variáveis não são indicadores relevantes (Schoenfelder, Klewer, e Kugler, 2011; Cunningham e Sagas, 2006; Boudreaux, Ary, Mandry, e McCabe, 2000), outros mostram que características como a idade, género, etnia, educação, nível subjetivo de saúde, capacidades económicas, entre outros, influenciam a perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011; Cruz e Melleiro, 2010; Jackson, Chamberlinc, e Kroenke, 2001).

De entre estes últimos estudos, a idade foi o factor identificado como sendo o mais determinante e que tem uma maior influência significativa na perceção da qualidade do paciente. A maioria destes autores, concorda que os pacientes mais jovens apresentam um menor grau de perceção da qualidade e satisfação comparativamente aos de maior idade (Alrubaiee e Aljaa'ida, 2011; Hekkert, Cihangir, Kleefstra, Berg, e Kool, 2009; Campbell e Green, 2001; Chang *et al.*, 2003), sendo essa uma relação linear ou então existindo diferentes níveis de perceção da qualidade para cada faixa etária. Existem no entanto outros estudos que sugerem uma relação mais complexa entre a idade e o grau de qualidade percebida dos pacientes, com os níveis da qualidade percebida a aumentar até um certo limiar de idade (65 – 80 anos) a partir do qual diminuem (Moret *et al.*, 2007; Jaipaul e Rosenthal, 2003).

Desta forma, considerando os diferentes resultados alcançados pelos trabalhos até aqui realizados, parece ser prudente continuar a explorar esta área até que emergjam padrões reconhecíveis e replicáveis. Tendo-se optado por investigar a influência dos factores sociodemográficos na qualidade percebida pelos utentes, uma vez que o número de trabalhos desenvolvidos neste contexto parece ser mais limitado e por existir alguma controvérsia na definição do conceito de satisfação. Essa controvérsia deve-se ao facto

de alguns estudos definirem satisfação e qualidade percebida de forma semelhante, isto é, como a diferença entre as percepções e as expectativas, o que para autores fundamentais como Parasuraman, Zeithalm e Berry (1995,1998) e Grönroos (1990), corresponde apenas à qualidade percebida. Por outro lado, outros houve ainda, que definiram satisfação apenas em função das expectativas ou apenas em função das percepções.

Assim sendo, e devido ao uso indiferenciado entre os conceitos de qualidade percebida e satisfação, podemos constatar que enquanto alguns autores estudaram a influência dos fatores sociodemográficos na qualidade percebida pelos utentes (Campbell e Green, 2001; Phillips e Brooks, 1998), outros houve que investigaram a relação desses fatores com a satisfação (Hekkert *et al.*, 2009; Cunningham e Sagas, 2006), com a satisfação em função das expectativas dos utentes (Jackson *et al.*, 2001) e ainda, com a satisfação em função da qualidade percebida (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011; Schoenfelder *et al.*, 2011; Cruz e Melleiro, 2010; Moret *et al.*, 2007; Chang *et al.*, 2003; Jaipaul *et al.*, 2003; Boudreaux *et al.*, 2000;), sendo que (Alrubaiee e Alkaa'ida (2011), Cruz e Melleiro (2010), Chang *et al.*(2003), e Jaipaul e Rosenthal (2003), definiram satisfação como a diferença entre as percepções e as expectativas.

Entender como as características dos pacientes afetam a sua qualidade percebida é fundamental para se conseguir interpretar corretamente os dados, de modo a realizar inferências corretas sobre a eficácia de intervenções específicas e da *performance* dos prestadores de saúde.

Por outro lado, uma vez que os idosos são o sector da população que mais cresce, representando uma grande percentagem dos utilizadores dos serviços de saúde, estudos referentes às diferenças da qualidade percebida consoante a idade são cada vez mais relevantes.

Para além disso, e para que os profissionais de saúde possam prestar serviços de qualidade aos pacientes idosos, estes precisam ter cientes as suas percepções sobre os vários aspectos dos cuidados de saúde e quais os factores que contribuem para a sua percepção de qualidade final.

Com esse intuito, o presente estudo tem como objectivo documentar os níveis de percepção da qualidade dos doentes que realizam exames complementares de diagnóstico

no serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E.. Como objetivos específicos propomo-nos a:

- Identificar os níveis de qualidade percebida dos utentes do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E.;
- Identificar os factores sociodemográficos que influenciam os índices de qualidade percebida;
- Compreender a relação entre os níveis da qualidade percebida e a idade dos indivíduos, dando especial atenção aos idosos (mais de 65 anos);
- Estudar a relação entre os níveis de qualidade percebida e o estado de saúde subjetivo dos utentes,
- Estudar a relação entre os níveis da qualidade percebida e a qualidade da informação percebida pelos utentes.

No presente trabalho, pretende-se desenvolver um estudo transversal de pesquisa quantitativa, recorrendo a uma versão modificada do instrumento SERVQUAL como forma de medir a perceção da qualidade do serviço prestado, procurando-se ainda testar as seguintes hipóteses:

Hipotese H1: os índices da qualidade percebida dos utentes são influenciados por factores sociodemográficos;

Hipotese H2: utentes com idade superior a 65 anos apresentam níveis da qualidade percebida mais elevados;

Hipotese H3: os níveis da qualidade percebida dependem do estado de saúde subjetivo dos utentes;

Hipotese H4: os níveis da qualidade são influenciados pela qualidade da informação percebida pelos utentes.

Deste modo, com base num conjunto de aspectos e indicadores relevantes a serem desenvolvidos, este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, onde os iniciais abordam temas gerais relacionados com a qualidade, e a qualidade percebida, sendo também descritos os indicadores que influenciam a qualidade percebida do utente. Seguidamente, faz-se a apresentação da metodologia utilizada, fazendo uma descrição do instrumento usado para a recolha dos dados. Por fim, apresentam-se os resultados, a sua discussão e as conclusões, tendo em vista os objetivos propostos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

As necessidades e os desejos das populações são satisfeitos através do consumo de bens e serviços.

A diferença entre estes dois elementos nem sempre é clara, sendo muito difícil dar um exemplo de um bem puro, em que os benefícios recebidos pelo cliente não contenham elementos fornecidos por um serviço, ou de um serviço puro, que não inclua bens tangíveis (Hoffman e Bateson, 2003).

Apesar da amálgama existente entre estes dois conceitos, os autores Hoffman e Bateson (2003) definiram “bens” como objetos, dispositivos ou coisas e “serviços” como ações, esforços ou desempenhos, sendo a intangibilidade dos serviços a característica que melhor os distingue.

Assim sendo, os bens são predominantemente tangíveis, ou seja, as suas propriedades físicas podem ser sentidas, degustadas e vistas antes da decisão de compra por parte do cliente. Contrariamente, os serviços não possuem essas propriedades físicas antes da compra o que gera a sua intangibilidade.

Uma vez que o presente trabalho se centra na avaliação da qualidade percebida pelos utentes do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E., iremos de seguida abordar com mais detalhe apenas a conceção de serviço.

2.1 O conceito de serviço

Na década de oitenta, o conceito de serviço foi um tema bastante debatido na literatura, existindo um vasto número de definições baseadas no serviço e na atividade do serviço.

Segundo Johnston e Clark (2001), serviço é descrito como uma combinação de resultados e experiências prestadas e recebidas por um cliente.

De outra forma, Grönroos (2000), apresenta o serviço como um processo constituído por um conjunto de atividades, mais ou menos intangíveis, que geralmente são

concretizadas por interação entre o cliente e os recursos humanos da entidade prestadora do serviço, sendo essas atividades prestadas como soluções para os problemas dos clientes.

Os serviços podem então caracterizar-se, segundo este autor, de três formas básicas: como processos constituídos por atividades ou séries de atividades e não por bens; como algo que é produzido e simultaneamente consumido e ainda, como algo cuja produção requer sempre a participação do cliente (Grönroos, 2000).

Zeithaml e Bitner (2003) também apresentaram uma definição de serviço que, segundo os mesmos, parece simples e suficientemente generalizada: serviços correspondem a ações, processos e desempenhos.

A polémica conceptual em torno das características distintivas dos serviços e do seu impacto no desenho e implementação de estratégias de marketing, adequadas e de sucesso, é longa e inconclusiva. De modo a esclarecer a elevada complexidade associada ao conceito de serviço, desde a sua conceção, desenvolvimento e comercialização, alguns autores (Pinto, 2003; Zeithaml e Bitner, 2003; Vieira, 2000) enunciaram cinco características marcantes dos serviços: a intangibilidade; a heterogeneidade; a variabilidade; a simultaneidade e a perecibilidade.

A literatura destaca, como já se referiu, a intangibilidade como uma das particularidades fundamentais dos serviços, podendo estes ser intangíveis em maior ou menor grau, o que dificulta o seu armazenamento, bem como a demonstração dos seus atributos.

A qualidade dos serviços torna-se difícil de avaliar devido ao facto dos serviços não poderem ser inventariados nem legalmente patenteados, de sofrerem flutuações na procura e não poderem ser armazenados nem expostos. É esta dificuldade que o consumidor tem em avaliar o serviço que lhe é apresentado que revela a intangibilidade inerente aos serviços (Pinto, 2003).

Por outro lado, a pessoa ao adquirir um serviço não poderá saber qual o seu resultado final antes que o processo da prestação termine, de modo a reduzir essa incerteza, o profissional deve oferecer uma representação tangível que expresse o resultado final a ser alcançado.

O facto de clientes e funcionários terem um papel ativo no processo de prestação do serviço, irá determinar a heterogeneidade desse, uma vez que o desempenho das pessoas

varia ao longo do tempo. Percebe-se assim que a qualidade dos serviços prestados irá depender de fatores que nem sempre podem ser controlados pelo prestador, nomeadamente das necessidades do cliente, da capacidade e da vontade de satisfazer essas necessidades e ainda, do nível da procura que geralmente é desigual. Deste modo, tal como afirmam Brito e Lencastre (2000), é importante minimizar as diferenças na prestação através da formação e da criação de linhas orientadoras, assegurando assim um determinado nível de qualidade.

Concomitantemente, a simultaneidade do processo de produção do serviço, isto é, a forma como este é simultaneamente produzido e consumido, acarreta alguma perecibilidade, o que significa que um serviço não pode ser armazenado para venda posterior, e que o prestador de serviços apenas vende o seu desempenho (Pinto, 2003). Esta característica leva a que os gestores, confrontados com períodos de procura variáveis e dado que os serviços têm que ser usados no momento da sua produção, tenham necessidade de criar estratégias nomeadamente a nível da recuperação, das garantias ou dos incentivos à utilização do serviço em períodos de menor procura (Brito e Lencastre, 2000).

Analisando estas características, podemos concluir que o ciclo de vida dos serviços é influenciado pelas constantes mudanças no meio ambiente (populações, política, tecnologia e cultura) e no público-alvo (compradores e concorrentes), sendo necessárias consideráveis modificações de modo a manter o seu ciclo de vida.

Edvardsson, Anders, Johnson, e Sandén (2000), definiram serviço em função do cliente, com uma descrição detalhada de como o cliente tem que ser satisfeito, como deve ficar satisfeito, o que deve ser feito pelo cliente e de que forma e como se conquista o cliente. Num estudo realizado pelo mesmo autor, onde se procedeu à recolha de opinião de onze especialistas da área do marketing de serviços, verificou-se que o serviço pode ser pensado na lógica do marketing e visto numa perspetiva de criação de valor, ou por outras palavras, pode ser entendido como aquilo que o serviço pode fazer pelo cliente para o deixar satisfeito (Edvardsson, Gustafsson, e Roos, 2005)

Neste estudo, concluiu-se então que existe uma forte ligação entre o conceito de serviço, o marketing de serviços e as operações de serviços.

Segundo Grönroos (2006) a criação de valor pode ser definida por um processo em que um conjunto de recursos cria uma interação entre si e com o cliente, de forma a criar um serviço ou atividade.

Para Hoffmann e Bateson (2003), a percepção de valor para o cliente é representada pelo equilíbrio entre os benefícios com a compra do serviço e o sacrifício percebido em custos a serem pagos. Cabe ainda explicar que os custos totais para o cliente englobam não só os custos monetários, mas também a energia e os custos psíquicos associados. Do mesmo modo, o valor total do cliente estende-se para além do valor do produto e inclui fatores como serviço, pessoal e imagem.

Segundo a perspetiva da avaliação da qualidade e da gestão dos serviços é mais apropriado usar o “conceito de serviço” do que simplesmente serviço. Esta necessidade prende-se com o facto de, na atualidade, os serviços serem pensados em função dos seus potenciais clientes, e não só da organização.

Assim sendo, o “conceito de serviço” diz respeito à oferta do serviço que a organização produz e que é relevante para o cliente, devendo este ter simultaneamente significado para os trabalhadores e para os acionistas.

Clark, Johnston, e Shulver (2000), considera o conceito de serviço como uma imagem mental realizada não só por clientes mas também por funcionários e *designers*, sublinhando a necessidade de um alinhamento entre as partes interessadas, a fim de criar um conceito que seja entendido pela organização e partilhada por funcionários e clientes. Desta forma as possíveis lacunas existentes entre as expectativas dos clientes e a prestação dos serviços por parte das organizações, serão minimizadas.

O conceito de serviço tem assim um papel importante a desempenhar na conceção e desenvolvimento do serviço, não só como elemento central de um processo de *design*, mas também como um meio de concretizar a natureza do serviço, ajudando na mediação entre as necessidades dos clientes e a intenção estratégica da empresa.

Este conceito, quando mal compreendido, pode criar um *gap* entre a estratégia da organização e aquilo que os clientes podem exigir ou esperar dela (Johnston e Clark, 2001; Parasuraman *et al.*, 1985).

2.2 Conceito de qualidade

Atualmente, a qualidade é um tópico de grande relevância na gestão das organizações, tendo-se verificado uma proliferação de estudos de investigação no sentido de aprofundar o significado do conceito de qualidade e as suas implicações nos mais diversos contextos empresariais.

A procura de uma definição universal de qualidade conduziu a resultados inconsistentes. Constatando-se que não existe uma definição global, mas sim diferentes definições que são usadas em diferentes contextos.

A qualidade pode então ser definida como excelência, valor, conformidade com as especificações, adequação ao uso, prevenção de perdas, ir de encontro ou exceder as expectativas dos consumidores. Novas definições foram aparecendo, a par das anteriores, continuando-se atualmente a fazer uso de todas elas.

Seguidamente, far-se-á uma breve revisão das principais abordagens à qualidade, isto é, a qualidade como excelência; a qualidade como valor, a qualidade como conformidade com as especificações e a qualidade como a capacidade de responder ou exceder as expectativas dos clientes.

2.3 Principais abordagens da qualidade

2.3.1 Qualidade como excelência

A qualidade como excelência remonta ao tempo dos filósofos gregos, cuja base do pensamento era a busca de um ideal excelso, transformado consoante o contexto.

Nesse sentido, a qualidade é vista, como um investimento da melhor capacidade e esforço do mais fino e mais admirável resultado possível. Qualidade é atingir o mais alto padrão, constituindo-se numa realidade absoluta e universalmente reconhecida (Reeves e Bednar, 1994).

No entanto, a qualidade como excelência não pode ser definida com precisão, dado que a excelência é um conceito abstrato e subjetivo, e desta forma a qualidade dependerá da visão de excelência dos gestores das organizações, sendo no entanto, a sua avaliação final realizada pelos clientes.

Desta forma, esta abordagem oferece pouca orientação prática à gestão, dificultando o conhecimento da excelência atingida, a determinação das especificações da excelência e ainda a comparação do impacto da qualidade na *performance* ou noutras variáveis de interesse das organizações, devendo a avaliação da qualidade ser qualitativa (Brito e Lencastre., 2000). Embora pouco prática na generalidade dos casos, a definição da qualidade como excelência pode servir de instrumento de motivação para a força de trabalho. Constituindo-se como uma boa abordagem em áreas onde as apreciações são dominadas por preferências únicas, tais como na religião, música, escultura e pintura (Pinto, 2003).

2.3.2 A Qualidade como valor

A qualidade como valor remonta a meados do século XVIII e surge da necessidade de operacionalizar o conceito de qualidade, devido à mercantilização e ao alargamento dos mercados (Brito e Lencastre, 2000).

A qualidade continua a ser vista como o melhor resultado possível, segundo duas condições, a utilização atual e o preço de venda do produto, uma vez que a qualidade dos bens não pode ser considerada isolada do seu custo (Reeves e Bednar, 1994).

Um produto de qualidade é então aquele que proporciona desempenho a um preço aceitável ou conformidade a um custo aceitável. Tanto o preço como a qualidade terão que ser considerados num mercado competitivo.

Definir qualidade como um valor permite ter uma indicação mais correta da perceção que os bens e serviços têm no mercado e de como as decisões de compra são tomadas, permitindo comparações entre diferentes experiências e objetos (Brito e Lencastre, 2000).

No entanto, como não existem limites bem claros da definição de valor de um bem ou serviço, podem ser incluídos múltiplos atributos nesta categoria como o seu preço, qualidade, durabilidade e a sua excelência. Para além disso, o peso que cada um destes componentes terá para o cliente final é de difícil conhecimento, uma vez que depende do bem ou serviço considerado, podendo ainda admitir alterações ao longo do tempo (Brito e Lencastre, 2000). Desta forma, esta definição é igualmente de difícil aplicação prática (Garvin, 1984).

2.3.3 A Qualidade como Conformidade com as Especificações

A definição da qualidade como conformidade com as especificações surge na consequência da industrialização, que exigia a standardização das partes constituintes dos produtos, de forma a poderem ser mecanizados os processos. Um produto está conforme os padrões quando é produzido de acordo com as especificações do seu *design* (Pinto, 2003).

Para que um menor número de falhas chegue ao consumidor é necessário proceder à inspeção dos processos e dos produtos. Neste período, e como forma de reduzir os custos das inspeções extensivas exigidas para medir essa conformidade, muitas empresas adotaram o controlo estatístico da qualidade, e para isso, esta teria que ser quantificável (Brito e Lencastre, 2000).

A qualidade como conformidade, ao ser quantificável, torna possível uma medição mais objetiva, permitindo aferir o impacto de diferentes níveis de qualidade na *performance* das organizações, assim como entre empresas e períodos de tempos distintos (Pinto, 2003).

Feigenbaum, Juran, Deming e Crosby, os maiores defensores de uma definição de qualidade deste género, embora com algumas *nuances* entre si, consideram as necessidades dos consumidores como o elemento orientador da definição dos requisitos de produção. Juran e Gryna afirmam que “conformidade com as especificações” é sinónimo de “conformidade com as necessidades” (Pinto, 2003).

Posto isto, percebe-se que é imprescindível identificar corretamente as necessidades dos consumidores, de forma a se conseguir definir nitidamente as especificações dos produtos e, assim, conduzir a organização a uma prestação eficaz e eficiente.

O maior problema apontado nesta abordagem é a dificuldade, muitas vezes presente, em determinar as necessidades dos consumidores relativamente a um produto, o que se deve em parte ao facto dessa necessidade não existir até que o produto seja introduzido no mercado. Para além disso, Garvin verificou que diferentes indivíduos têm diferentes necessidades relativamente ao mesmo produto, impossibilitando um mesmo bem ter o melhor *design* para todos os seus potenciais consumidores e que as especificações podem tornar-se obsoletas em mercados muito voláteis (Brito e Lencastre, 2000).

2.3.4 A Qualidade como o Exceder as Expetativas dos Clientes

Atualmente, a definição de qualidade mais utilizada é a capacidade da organização responder ou exceder as expetativas dos clientes (Lovelock, Vandermerwe, e Lewis, 1999).

A necessidade de uma abordagem mais abrangente, mais centrada na visão do cliente, prende-se com o facto da abordagem da qualidade como conformidade com as especificações não se adequar plenamente quando falamos de serviços e não de bens (Brito e Lencastre, 2000).

O facto de um serviço não ser um bem físico, levanta dificuldades na definição dos seus atributos, uma vez que estes são maioritariamente intangíveis, o que por sua vez impossibilita a medição precisa e quantificável da sua qualidade.

Segundo esta abordagem, o importante passa a ser a qualidade percebida pelos clientes, devendo esta ser avaliada na sua perspetiva. Trata-se então de uma definição focalizada no exterior, nos estudos de mercado, que dá lugar a fatores subjetivos, como a cortesia, a aparência e a confiança no processo de avaliação da qualidade (Brito e Lencastre, 2000).

Neste contexto, a qualidade passa a ter que considerar as competências da empresa para continuamente exceder as expetativas dos clientes (Pinto, 2003). Para que as expetativas sejam excedidas é necessário, segundo Grönroos (2000), que a organização compreenda

a forma como os seus serviços são avaliados pelos utilizadores e a forma como poderá influenciar essas avaliações.

Ao explorar as diferentes abordagens da qualidade verificamos que estas são contingentes da evolução da industrialização, dos mercados e do comportamento dos consumidores.

Nenhuma definição de qualidade será a melhor na generalidade das situações, pois cada uma terá os seus pontos fortes e fracos em termos da sua mensurabilidade, capacidade de generalização, utilidade para a gestão e relevância para o consumidor.

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

2.4 Qualidade em Saúde

Como vimos anteriormente, o conceito de qualidade tem muitas facetas, podendo diferentes autores utilizar significados distintos para esse constructo.

Na área da saúde tal não é diferente e desta forma, apesar do crescente interesse sentido nos últimos anos, o conceito de qualidade continua a representar um desafio para a maioria dos intervenientes no sector da saúde, sem se ter alcançado uma definição operacional adequada e compartilhada por todos.

Em saúde, a complexidade da qualidade depende de vários fatores.

Em primeiro lugar é preciso assinalar a igual complexidade da conceção de saúde que, em última análise, considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquicas. Tal complexidade é reforçada pela variedade de intervenientes que atuam no contexto dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista assim criados a partir da posição de cada um, das próprias ideias e interesses particulares (Serapioni, 2009).

Torna-se importante também focar as peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas sim serviços que incluem um amplo componente de trabalho

imaterial, com acentuada personalização e exigência de rapidez nas tomadas de decisão e nas ações (Serapioni, 2009).

O conceito de qualidade em saúde é ainda condicionado por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais, que irão modificar as normas de adequação, a disponibilidade dos recursos, as preferências pessoais e as crenças de cada um (Donabedian, 1990a).

Para além disso, existem outras diferenças importantes que distinguem a qualidade em saúde da qualidade da área industrial. Primeiro, o facto da maioria dos utentes não ter conhecimento suficiente para julgar a qualidade técnica dos cuidados de saúde. Segundo, a constatação de que o bem-estar físico de um utente, a sua própria vida e não somente a sua satisfação, dependem da qualidade dos cuidados. “Erros, enganos e má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização industrial, mas na saúde são muitas vezes devastadores” (Sale, 1998). Num contexto de serviços de saúde, a prestação de cuidados tem um conjunto de condições muito próprias das quais se destaca o facto de se lidar com a vida e a morte.

O Ministério da Saúde considera que, neste contexto, a qualidade apresenta algumas características específicas que a diferenciam do seu conceito organizacional noutros campos e atividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não apenas responder à procura (Pessoa, 2005).

Tal como na indústria, também o conceito de qualidade em saúde foi evoluindo ao longo dos tempos. Assim, até metade dos anos 80, a qualidade era entendida como eficácia técnica, preocupada exclusivamente com os aspetos diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, o risco de reduzir a qualidade somente à dimensão técnico-profissional, com preocupantes efeitos de responsabilização dos profissionais de saúde, favoreceu o desenvolvimento de um conceito de qualidade centrado na gestão dos processos de saúde, orientados às expectativas do utente. No início dos anos 90, o conceito de qualidade em saúde existente englobava a visão do utente, considerada essencial, juntamente com a perspetiva técnica e a organizacional.

Atualmente, a qualidade em saúde possui duas vertentes, que se referem aos aspetos técnicos e humanos. Nas considerações técnicas, estão englobados o conhecimento científico, a tecnologia e a forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde. Já os fatores humanos abrangem a avaliação de como as necessidades pessoais dos utentes são atendidas.

Desta forma, a qualidade em saúde deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil (Pereira, 2003). Segundo Pereira (2003), o objetivo principal do serviço de saúde é assegurar, pelo menos mais qualidade do que aquela que existe hoje, colocando o cidadão no centro do sistema de saúde e procurando satisfazer as suas necessidades.

Lee e Yom (2007), definem igualmente qualidade em saúde em termos de eficácia e eficiência podendo também ser referente a características de excelência e à sua procura. O papel dos profissionais de saúde será prestar os melhores cuidados no quadro dos recursos postos à sua disposição, considerando que na saúde os recursos financeiros são limitados, ou seja, é necessário utilizar os meios humanos e materiais da forma mais eficiente possível, disponibilizando aos utentes a máxima qualidade na prestação de cuidados.

Já Biscaia (2000), afirma que qualidade em saúde é assegurar em tempo útil, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde serem efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.

2.4.1 Qualidade num serviço de Radiologia

A Radiologia é uma especialidade autónoma, onde os profissionais examinam e prestam cuidados de saúde a uma população diversificada, que vai desde o pré-natal à geriatria, num complexo sistema de procedimentos radiológicos.

O serviço de Radiologia é então responsável pela realização de exames complementares de diagnóstico e, em alguns casos, também de exames terapêuticos. Os vários profissionais deste serviço são por isso parte integrante de um processo de produção de serviços, através do qual são produzidas imagens, a sua interpretação e posterior comunicação dos resultados.

A nível hospitalar, os cuidados de saúde prestados num serviço de Radiologia são comparáveis àqueles que se prestam num serviço de Urgência, na medida em que este atende um grande fluxo de pacientes, normalmente em curtos períodos de tempo, sendo necessário decisões rápidas e diagnósticos imediatos (Blomberg, Brulin, Andertun, e Rydh, 2010).

O facto de se tratar de um serviço com funções de diagnóstico de primeira linha faz com que muitos dos erros que ocorrem num departamento desta natureza possam protelar o diagnóstico e tratamento dos pacientes.

Tais erros, podem resultar de falhas ocorridas durante a realização dos exames, nomeadamente por falha nos aspetos técnicos de aquisição de imagem, ou por falta ou má interpretação dos achados da imagem ou ainda devido à incapacidade de comunicar eficazmente os achados da imagem de uma forma adequada e oportuna ao médico prescritor do exame, que necessita dessa informação para poder atuar.

Num serviço de Radiologia a qualidade consiste geralmente em dois componentes, que embora relacionados são distintos: a qualidade técnica e a qualidade do serviço prestado, percebido pelo cliente (Ondategui-Parra, Erturk, e Ros, 2006).

A qualidade técnica é medida em termos de quão bem o serviço é executado, sendo a competência e a experiência os seus fatores principais. Num serviço de Radiologia, um produto de "boa" qualidade técnica corresponde à elaboração de um diagnóstico preciso obtido através de uma exposição o mais baixa possível e com um custo realista mínimo. A repetição de exames radiológicos devido a uma baixa qualidade da imagem produzida irá aumentar então o risco e o custo do exame, resultando numa menor qualidade técnica do serviço. Neste campo, é normal monitorizar-se indicadores como a taxa de repetição de exames, a correlação patológica e a frequência de reações adversas ao contraste endovenoso, de forma a se aceder à qualidade técnica produzida (Ondategui-Parra *et al.*, 2005).

A qualidade do serviço prestado difere da qualidade técnica por englobar também a experiência subjetiva do utente, construída a partir das impressões formadas em todos os pontos de contacto com a instituição. Dado que, por norma, os clientes não têm conhecimento suficiente para avaliar qualidade técnica, a sua avaliação da qualidade é inteiramente baseada nessas experiências (Ondategui-Parra *et al.*, 2006).

Tradicionalmente, a qualidade em Radiologia centrava-se essencialmente na qualidade técnica, sendo comum a monitorização dos equipamentos e dos procedimentos de modo a evitar e reduzir os erros. No entanto, a gestão da qualidade requer uma abordagem mais holística, que se concentre numa melhoria contínua dos processos, de forma a que os serviços prestados satisfaçam ou excedam expectativas dos clientes.

Somado a tudo isto, e tal como foi dito em parágrafos precedentes, é imprescindível que os atuais serviços de saúde, e a Radiologia não é exceção, tenham uma maior orientação para o cliente, uma vez que estes têm um maior nível de exigência em relação à personalização de serviços, esperando que se reconheçam as suas necessidades específicas, os seus valores e que a oferta seja então adequada.

Desta forma, torna-se fundamental identificar primariamente o (s) cliente (s) de um serviço de Radiologia, para que depois se possam determinar as suas necessidades, por forma a poder satisfazê-las (Hoe, Quality service in radiology, 2007).

No entanto, num departamento de Radiologia existe uma panóplia de clientes, podendo estes ser uma pessoa, um serviço ou uma organização, o que inclui os pacientes e a sua família, os médicos de outros serviços, outros serviços hospitalares, a administração hospitalar, o Ministério da Saúde, etc.

Todos estes clientes terão necessidades diferentes, enquanto os pacientes querem tempos de espera curtos, os médicos de outros serviços pretendem relatórios rápidos e de confiança, já a administração solicita serviços rápidos, precisos e rentáveis, por sua vez o Ministério da Saúde requer normalmente baixos custos.

É ainda de notar que as necessidades e expectativas dos clientes estão em constante mutação, tornando a sua identificação num processo dinâmico e contínuo.

De todos estes potenciais clientes, o serviço de Radiologia deveria considerar como seu principal cliente externo os médicos prescritores de exames, uma vez que são as suas decisões que geram a procura dos exames radiológicos, devendo-se portanto dar especial atenção às suas necessidades.

Por outro lado, e embora os pacientes não sejam o seu cliente externo primário, estes são muitas vezes aqueles que têm o potencial para criar mais problemas caso as suas

expetativas não sejam correspondidas e por isso mesmo as suas necessidades também deverão ser tidas em consideração.

Segundo estudos desenvolvidos, o tempo de marcação para a realização dos exames radiológicos e o tempo para entrega do relatório médico associado são dois fatores de grande peso na perceção da qualidade dos pacientes e médicos prescritores (Hoe, 2007; Ondategui-Parra *et al.*, 2006), bem como na satisfação dos mesmos (Seltzer *et al.*, 1992).

Porém, para além dos clientes externos, é igualmente importante reconhecer os clientes internos do serviço de Radiologia, que serão os próprios trabalhadores do departamento (técnicos e médicos de Radiologia, auxiliares e pessoal administrativo, informática e de limpeza), uma vez que a sua satisfação terá um impacto direto na satisfação quer dos pacientes quer dos médicos prescritores de exames.

Desta forma, para se aceder à qualidade do serviço prestado num serviço de Radiologia torna-se importante monitorizar, para além da satisfação dos pacientes, a satisfação do médico prescritor e dos funcionários do serviço de Radiologia, tendo em consideração os tempos para a realização dos exames e de acesso ao relatório médico (Ondategui-Parra *et al.*, 2006).

2.5 Dimensões da Qualidade

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

As dimensões da qualidade, assim designadas por Garvin (1987), ou as características da qualidade como lhe chamava Ishikawa (1985), permitem abranger as diferentes perspetivas da qualidade, sendo mais tangíveis que o simples termo “qualidade”.

Seguidamente, faremos uma breve apresentação das dimensões da qualidade propostas por Parasuraman (1988), Garvin (1987) e Donabedian (1990a), usadas pelos consumidores na avaliação dos bens e serviços.

Garvin, em 1987, propôs oito dimensões críticas para a avaliação da qualidade dos produtos, que poderão simultaneamente servir como quadro de análise estratégica, sendo estas a *performance*, funcionalidade, confiabilidade, conformidade, durabilidade, utilidade, estética e qualidade percebida (Garvin, 1987).

A *performance*, ou desempenho, refere-se às características primárias de operacionalidade. A funcionalidade, diz respeito aos aspetos secundários da *performance*, às características que complementam a sua função base. A confiabilidade está relacionada com a probabilidade de falha ou mau desempenho, refletindo a probabilidade do produto ter uma avaria ou falhar dentro de um período de tempo especificado, sendo que uma das medidas muito usadas é o tempo médio até à primeira falha. A conformidade é a capacidade de um bem ir de encontro às especificações, ou seja, refere-se ao grau em que a conceção de um produto e as características operacionais cumprem as normas estabelecidas. A durabilidade, correspondente à vida útil de um produto, tendo dimensões económicas e técnicas. A durabilidade pode ser definida como a número de utilizações que se alcançam com um produto antes deste se danificar. A utilidade engloba a rapidez de serviço, a competência, a cortesia dos profissionais e a facilidade de resolução de problemas, uma vez que tudo isto poderá influenciar a avaliação final da qualidade por parte dos clientes. A estética apela aos sentidos do consumidor, constituindo-se como uma dimensão subjetiva da qualidade e portanto difícil de agradar a todos os potenciais clientes.

Raramente são atingidos altos níveis de *performance* em todas as dimensões da qualidade e aqueles que o conseguem exigem dos consumidores o pagamento do custo do trabalho especializado, através de preços elevados. Desta forma, muitas empresas apostam apenas em algumas das dimensões enumeradas dado que por vezes, poderão não ter mesmo outra alternativa caso os seus concorrentes estabeleçam reputação num certo tipo de excelência.

De um modo geral, um produto pode conseguir um nível elevado numa ou mais dimensões, e níveis mais reduzidos noutras. Cabe às organizações realizarem uma gestão estratégica que permita conjugar, consoante a importância dada pelos clientes, cada uma das dimensões da qualidade, tendo presente que por vezes, uma melhoria numa dimensão pode somente ser conseguida à custa de outra.

As categorias aqui apresentadas foram desenvolvidas principalmente para a produção de bens e apesar de possuírem algum valor generalizável para os serviços, a sua natureza exige uma abordagem diferente para definir e medir a qualidade.

Desta forma, Parasuraman e os seus colegas realizaram estudos qualitativos e quantitativos, de onde foram identificadas dez dimensões gerais na qualidade dos serviços (Parasuraman *et al.*,1985), sendo depois consolidadas em apenas cinco (Parasuraman *et al.*,1988), consideradas para a avaliação dos consumidores. Estas dimensões encontram-se expostas no seguinte quadro (Tabela 2.3.1).

Tabela 2.3.1 As 10 dimensões da qualidade do serviço de Parasuraman *et al.*

10 DIMENSÕES ORIGINAIS	5 DIMENSÕES FINAIS
Tangibilidade	Tangibilidade
Confiança	Confiabilidade
Sensibilidade	Capacidade de resposta
Comunicação	Garantia
Credibilidade	
Segurança	
Competência	
Cortesia	
Compreensão/conhecimento cliente	Empatia
Acesso	

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* 1988.

A tangibilidade está relacionada com a aparência física do serviço, das suas instalações, equipamentos e profissionais. Sendo que na área específica da Radiologia não se associa simplesmente à utilização de um equipamento de última geração, devido aos elevados custos associados, mas especialmente ao uso adequado do equipamento existente e à qualidade do serviço produzido (Hoe, 2007).

A confiabilidade envolve coerência no desempenho e constância, ou seja, é a capacidade de se efetuar o serviço esperado de forma precisa e responsável, à primeira e

dentro dos prazos acordados. Num serviço de Radiologia isto corresponde à realização de exames radiológicos de forma correta, ou seja, a obtenção de imagens adequadas, assim como de um relatório exato e de alta qualidade (Hoe, 2007).

Capacidade de resposta, traduz-se na capacidade e na boa vontade do serviço responder prontamente às necessidades dos clientes. Em Radiologia isto significa conseguir realizar marcações rápidas para a concretização dos exames de diagnóstico, bem como no envio célere das imagens e relatórios associados (Hoe, 2007).

A garantia representa cortesia e conhecimento técnico dos profissionais para a prestação do serviço, assim como a sua capacidade de inspirar confiança e segurança ao cliente. Em Radiologia isto significa que os utentes deverão sentir-se confortáveis com a competência do serviço prestado, tendo a sensação que receberam o melhor serviço existente. Desta forma, os profissionais devem, para além da suas competências técnicas, ser detentores de capacidades interpessoais.

A empatia significa prestação de cuidados com dedicação e carinho, mantendo o respeito, a consideração e tato no relacionamento pessoal, o qual é estabelecido por qualquer profissional do serviço de Radiologia que contacte com o utente.

Todas as dimensões acima apresentadas têm um papel importante para os clientes, no entanto nem todas têm o mesmo peso na sua avaliação final.

Desta forma, é importante que as empresas funcionem nas cinco dimensões devendo contudo enfatizá-las por ordem de importância.

Também Donabedian, no início da década de 90, ampliou a sua definição de qualidade, introduzindo alguns conceitos que considerou relevantes para uma avaliação da qualidade em saúde mais abrangente, tendo apresentado sete pilares ou dimensões para a qualidade, os quais estão descritos na Tabela 2.3.2 (Donabedian, 1990b)

Tabela 2.3.2 Modelo de Donabedian - Os sete pilares da qualidade

DIMENSÕES	DISCRICÃO DA DIMENSÃO
EFICÁCIA	Capacidade da arte e da ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significando o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente, mantendo constantes as outras circunstâncias.
EFECTIVIDADE	Melhorias em saúde, obtidas em condições normais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser especificada como o grau em que o cuidado, cuja qualidade está a ser avaliada, se eleva ao nível da melhoria da saúde que os estudos de eficácia sugerem como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo para o qual uma dada melhoria em saúde é alcançada. Se duas estratégias são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OPTIMIZAÇÃO	Consiste no equilíbrio entre os custos e benefícios. Este aspeto torna-se relevante quando os efeitos do cuidado não são avaliados apenas em termos absolutos, mas relativamente ao seu custo.
ACEITABILIDADE	É sinónimo de adaptação dos cuidados de saúde aos anseios, expetativas e valores dos pacientes e familiares. Depende da efetividade, eficiência e otimização, para além da acessibilidade ao cuidado, das características médico-paciente e às amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade dos cuidados de saúde da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e dos seus benefícios pelos membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a população.

Fonte: adaptado de Donabedian 1990b

2.6 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

Para se proceder a avaliações no campo das ciências sociais, deve-se recorrer a procedimentos apoiados em métodos científicos, de forma a identificar, obter e proporcionar informação pertinente, aferindo o mérito do que está sobre avaliação de forma justificável (Uchimura e Bosi, 2002).

Vários países incluíram na sua agenda política questões relacionadas com a avaliação e melhoria da qualidade na saúde, justificando esta necessidade com os avanços da ciência, as mudanças temporais da patologia, o aumento da esperança média de vida, a incorporação de tecnologia cada vez mais sofisticada e dispendiosa na prática clínica, com a espiral de crescimento dos custos associados à saúde e com o aumento das exigências e das expectativas por parte dos utentes. Paralelamente, têm-se vindo a desenvolver novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade e nas estratégias de melhoria da qualidade, com uma maior importância na avaliação da perceção da qualidade e satisfação dos utentes.

Posto isto, o grande desafio para os profissionais de saúde é avaliar, e consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, assegurando a todos os cidadãos serviços de qualidade, em tempo útil e com custos adequados. Consequentemente, tem-se verificado um maior empenhamento nesta área nos últimos tempos, não só a nível dos decisores políticos e das administrações hospitalares, mas também a nível dos profissionais de saúde e dos próprios utentes.

Os utentes, por seu turno, apresentam-se cada vez mais exigentes relativamente aos serviços que lhes são prestados, em termos de cuidados de saúde, dispendo de perspetivas mais elevadas. Em função disso, as administrações hospitalares necessitam de mais recursos para prestar serviços de alta qualidade e para atender a todas as necessidades e exigências dos seus utentes.

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

Ao longo dos tempos vários modelos foram sendo propostos para a avaliação da qualidade em saúde, sendo que alguns deles serão abordados por nós seguidamente de uma forma sucinta.

2.6.1 Modelo teórico de Donabedian

Um dos métodos tradicionais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde foi desenvolvido por Donabedian em 1980 (Ramsaran-Fowdar, 2005), sendo o mesmo considerado como o «pai» do «moderno» movimento de avaliação da qualidade na área da saúde. O principal contributo de Donabedian foi então, em meados dos anos 60, a criação de um modelo de avaliação da qualidade assente numa tríade constituída pelas componentes: estrutura, processo e resultados ou *outcome* (Sousa, Pinto, Costa, e Uva, 2008).

A estrutura é caracterizada por aspetos relativamente estáveis, como as instalações, os equipamentos, os profissionais e os recursos que tem a seu alcance os locais e o modelo da organização do trabalho. A influência ou contribuição exata desta componente na qualidade final da assistência prestada é difícil de quantificar, mas a tendência é dizer que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade. Uma boa estrutura é então uma condição necessária, mas não suficiente, de um nível elevado de cuidados.

O processo, por sua vez, depende da estrutura e engloba os cuidados diretos, os indiretos e os padrões de comportamento dos profissionais. Esta abordagem fundamenta-se nas fortes correlações entre conhecimento, tecnologia médica e efeitos, correspondendo ao conjunto das atividades desenvolvidas entre prestadores de cuidados e doentes, desde a admissão até à alta, no âmbito de um serviço.

Fruto da sua relação com os resultados, o processo desempenha um papel fulcral ao nível da qualidade dos cuidados prestados.

O resultado, ou *outcome*, é considerado como sendo qualquer mudança, favorável ou adversa, no atual ou potencial estado de saúde do indivíduo ou população, decorrente dos atos médicos prestados (Ramsaran-Fowdar, 2005). Um mau resultado não significa impreterivelmente um baixo nível de qualidade, uma vez que podem existir fatores “externos” influenciadores dessa qualidade (idade, gravidade da situação ou a carga psico-social dos utentes).

Na década de 70, 80 e em meados da década de 90, a avaliação da qualidade começou por privilegiar a estrutura e o processo, havendo uma mudança de paradigma desde

então, principalmente nos países desenvolvidos, onde se começou a dar maior relevância aos resultados como resposta ao crescimento dos custos na área da saúde e à necessidade de exigência e responsabilidade social (Sousa *et al.*, 2008).

A avaliação dos serviços segundo Donabedian, deverá englobar as componentes supra mencionadas dos cuidados de saúde, ou seja, a componente técnica (desempenho técnico), a componente interpessoal (relação médico-doente) e as amenidades.

2.6.2 Modelo de Grönroos

Grönroos (1984) define o serviço como uma atividade (ou um conjunto de atividades) intangível disponibilizada para solucionar o (s) problema (s) do (s) cliente (s).

Segundo este autor, uma empresa que pretenda competir com sucesso deve ter a perceção do conceito de qualidade do consumidor e da qualidade do próprio serviço. Sendo que a gestão da qualidade percebida significa que a empresa tem que combinar o serviço percebido pelo cliente com o serviço esperado, de modo a atingir a satisfação do mesmo.

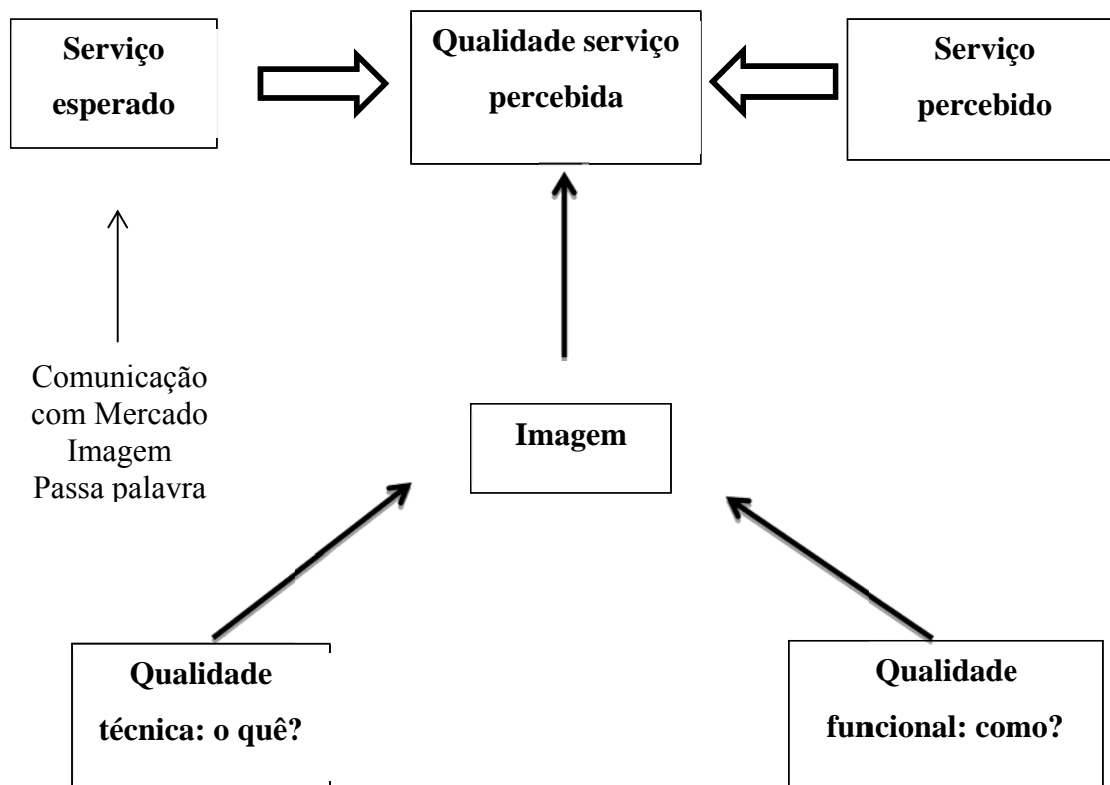
A qualidade percebida de um serviço por parte do cliente, resulta da comparação entre os serviços efetivamente recebidos e as suas expectativas, avaliando-se em particular os vários recursos e as formas de utilização destes pelo utilizador. Quando a qualidade experimentada atinge ou supera as expectativas dos clientes a qualidade percebida é positiva, caso contrário, será negativa.

Para Grönroos, identificam-se duas componentes da qualidade do serviço: a qualidade técnica e a qualidade funcional (Grönroos, 1984), esperando-se que estas desempenhem um papel fundamental na construção da imagem da empresa (Figura 2.1).

A qualidade técnica ou de resultado, encontra-se relacionada com a correção do serviço realizado, estando focada em dar resposta ao que o cliente recebe, destacando-se a competência como um determinante fundamental desta componente. Em saúde a qualidade técnica corresponde à exatidão do diagnóstico e dos procedimentos.

A qualidade funcional ou de processo é medida face ao contexto e meios de prestação de serviços, estando focada em dar resposta a como o cliente recebe o resultado técnico. Sendo importante a maneira como os serviços são entregues aos pacientes.

Figura 2.1 Modelo de Grönroos - Componentes de um serviço de qualidade



Fonte: adaptado de Seth e Deshmukh (2005)

A imagem tem grande importância para as empresas de serviços, sendo esta resultante da qualidade técnica e funcional, com a inclusão de outros fatores tais como: tradição; ideologia; passa a palavra; preço ao público e as relações entre o prestador e o cliente (Seth e Deshmukh, 2005).

Na prestação de cuidados de saúde, como os pacientes têm dificuldade em avaliar a qualidade técnica dos cuidados prestados, a qualidade dos serviços por si percebida advém essencialmente da qualidade funcional.

Desta forma, alguns autores acreditam que a avaliação dos serviços de saúde depende muito das relações interpessoais, podendo mesmo uma boa relação entre os profissionais e os utentes colmatar falhas ao nível da qualidade técnica (Righi, Schmidt, e Venturini, 2010).

2.6.3 Modelo de Parasuraman

O modelo de Parasuraman é o modelo mais conhecido e mais usado na literatura. Segundo Parasuraman *et al.*, (1995), a qualidade do serviço está associada às percepções e expectativas dos clientes. Sendo que as percepções resultam da sua experiência e da forma como foram servidos e as expectativas são criadas pela palavra passa palavra, comunicação, necessidades pessoais e experiências passadas. Neste modelo, assume-se que a avaliação de um serviço se encontra relacionada com a comparação entre a forma como o serviço é desempenhado e as expectativas do consumidor antes do serviço ser realizado, considerando-se quer os resultados quer o processo do desempenho (Naik, Gantasala, e Prabhakar, 2010)

Este modelo de avaliação da qualidade permite ainda identificar as ligações entre as principais atividades da organização e/ou os profissionais de marketing que são pertinentes para a entrega de um serviço com uma qualidade satisfatória. Segundo Parasuraman *et al.* (1985), as ligações são descritas como lacunas, discrepâncias ou *gap's*, isto é, uma diferença representa um obstáculo significativo para a obtenção de um nível satisfatório da qualidade de serviço.

As lacunas ou *gap's* apresentadas neste modelo (Figura 2.2) são (Parasuraman *et al.* 1985)

Gap 1 - diferença entre as expectativas do consumidor e da gestão da organização, ou seja, os gestores não conhecem as expectativas do consumidor.

Gap 2 - discrepância entre o serviço entregue e as especificações do serviço (que devem estar apoiadas em recursos adequados e apropriados)

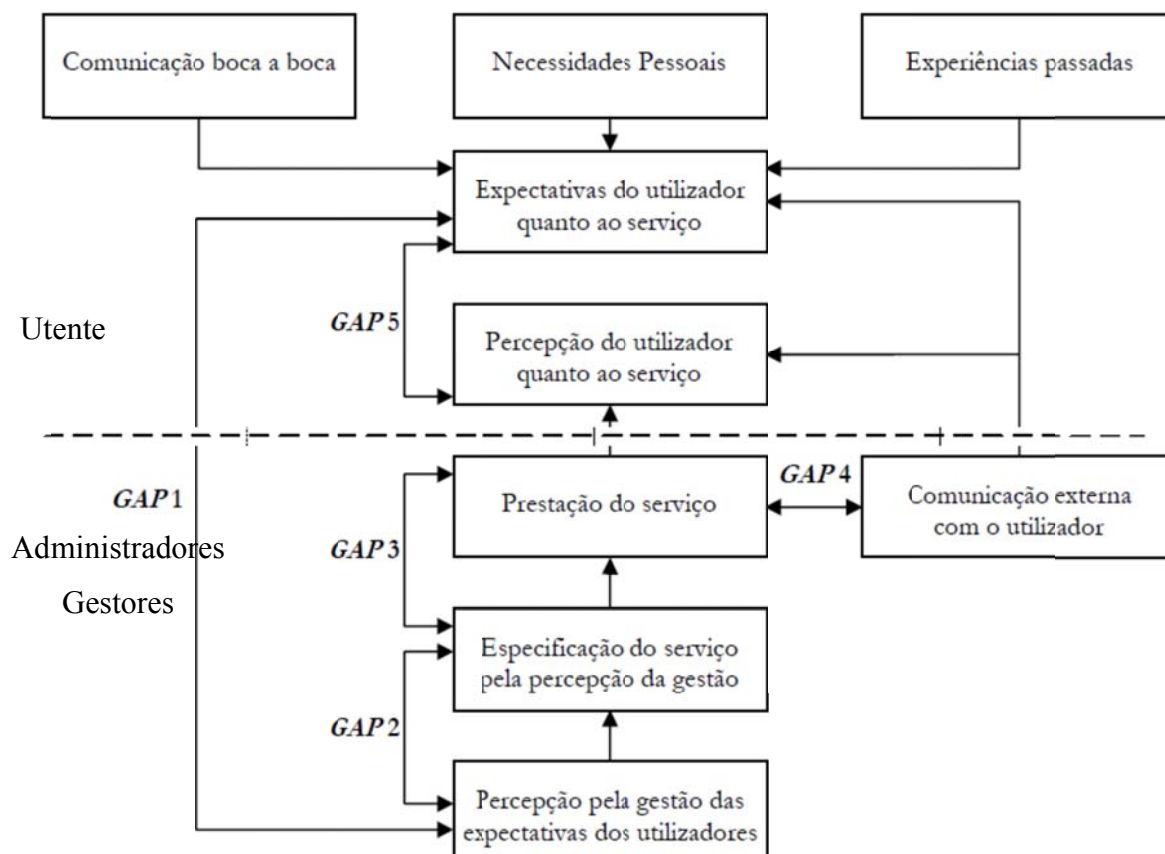
Gap 3 - diferença entre as especificações de qualidade do serviço e o serviço entregue ao consumidor, que afetará a qualidade dos serviços do ponto de vista do consumidor.

Gap 4 - diferença entre a prestação de serviços e a comunicação que é feita aos consumidores sobre esse mesmo serviço, ou seja, se a entrega do serviço corresponde ao serviço prometido pela organização.

Gap 5 - diferença entre a expectativa do cliente e a percepção do serviço entregue. Neste caso, as expectativas do cliente são influenciadas pelo grau das necessidades pessoais, recomendação de outros clientes e experiências anteriores. Este *gap* situa-se na metade superior da (Figura 2.2) por se tratar da avaliação final do serviço feita pelo utente.

Além disso, o *gap 5* é resultante dos *gaps* de 1 a 4, e portando existirá, se existirem um ou mais dos restantes *gaps* como ilustra a seguinte formula:

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



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

Ao observarmos o esquema representativo do modelo de Parasuraman, verificamos que este está dividido em duas metades: a inferior, que corresponde à empresa prestadora de serviços e a superior referente ao cliente/consumidor. No lado da empresa existem quatro *gap*'s na qualidade, estando um deles, *gap 1*, relacionado simultaneamente com o lado do cliente.

Segundo este modelo, a criação de uma percepção de qualidade positiva passa por evitar os referidos *gaps* e pela gestão dos determinantes de qualidade enunciados por Parasuraman *et al.* (1985).

Posto isto, e fazendo uma breve análise dos modelos apresentados, verificamos que no modelo proposto por Donabedian, a medição da qualidade é realizada com base na natureza técnica dos serviços, vista sobre a perspectiva do prestador. Já os restantes modelos dão grande relevância à opinião dos clientes no processo da medição da qualidade de serviço, tendo mesmo Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolvido uma ferramenta para a medição da qualidade com base na perceção e nas expectativas dos clientes.

Devido às limitações financeiras e de recursos que as empresas de serviços atravessam, é essencial que as expectativas dos clientes sejam amplamente conhecidas e medidas sobre o ponto de vista dos clientes, identificando as lacunas existentes.

Esta informação é essencial para correção dessas lacunas de forma a conseguir uma gestão rentável dos escassos recursos, aliviando a crescente pressão existente sobre os gestores em melhorar de forma continua o desempenho do serviço a ser entregue.

2.7 Instrumento de medição da qualidade

2.7.1 SERVQUAL

Apesar da necessidade de medir a qualidade dos serviços, existe alguma controvérsia a nível de qual o instrumento que deverá ser utilizado na medição deste conceito, sendo que a maioria dos trabalhos realizados nesta área (Chakraborty e Majumdar, 2011; Shahin e Samea, 2010; Gill e White, 2009), tem usado o SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1985, 1988).

Parasuraman *et al.* (1985) propuseram, num trabalho pioneiro, uma medição de qualidade do serviço, baseada na avaliação da qualidade percebida. Dessa forma, a avaliação da qualidade percebida (Q) de um serviço, por um utente, resulta da diferença entre as perceções (P) e as expectativas (E) face ao serviço prestado, em certas dimensões da qualidade.

A equação 1 ilustra este conceito de avaliação:

$$Q = P - E \tag{1}$$

Em que:

Q – Avaliação da qualidade percebida do serviço.

P – Valores de medida das percepções do serviço;

E – Valores de medida das expectativas do serviço;

No caso das expectativas (E) excederem as percepções (P), então a qualidade percebida é inferior ao nível satisfatório e levará a uma qualidade inaceitável, o que resultará num aumento da discrepância entre (P) e (E) (Maia, Salazar , e Ramos, 2007).

O SERVQUAL é considerado um instrumento padronizado e confiável que identifica cinco dimensões de qualidade de serviço, com validação nos diferentes tipos de serviços, que foi proposto por Parasuraman *et al.* (1985) para medir o *gap* 5 do modelo proposto pelo mesmo autor (Anexo1).

Desta forma, embora cada sector tenha aspetos singulares, existem cinco dimensões de qualidade de serviço que são aplicáveis à maioria das organizações. Essas dimensões são, como já referido anteriormente no subcapítulo referente às dimensões da qualidade: tangíveis, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia.

Na sua versão final, este instrumento é composto por dois conjuntos de 22 itens, o primeiro para medir o nível das expectativas dos consumidores, enquanto o outro mede o nível de percepção do serviço prestado. Estes dois conjuntos de itens são apresentados num formato de resposta com escala de Likert de sete pontos, que vão desde o "Concordo totalmente" ao "Discordo totalmente". A qualidade do serviço é depois medida em função da diferença entre a percepção e a expectativa do utente.

No artigo de revisão apresentado por Chakraborty e Majumdar (2011), sobre a medição da satisfação do paciente à luz da qualidade do serviço no sector da saúde, com a aplicação do instrumento SERVQUAL, são aclaradas algumas limitações em relação à

medição das expectativas e percepções dos pacientes, em que muitas vezes esta diferença é fraca em termos de confiabilidade devido à correlação positiva dos vários componentes, levantando algumas questões em relação à validade do instrumento.

Salazar, (2000), Babakus e Mangold (1992) e Cronin e Taylor, (1992) argumentaram que a diferença entre as percepções e as expectativas não fornece informação adicional à que se obtém através da análise das percepções, considerando que o método mais adequado para medir a qualidade do serviço deverá ter como base a percepção do cliente sobre o desempenho do serviço.

Buttle (1995) e Babakus e Boller (1992), consideraram o modelo dos *gaps* apresentado por Parasuram *et al.* (1985), como erróneo, devido ao facto de não conseguir incorporar dentro de si a dinâmica das expectativas, o primeiro autor vai ainda mais longe ao afirmar que os consumidores utilizam outros padrões para avaliar a qualidade de serviço, para além das expectativas, nomeadamente padrões económicos, estatísticos e psicológicos.

Outra das limitações, apontadas, foi o facto do SERVQUAL ser inadequado para medir algumas dimensões, nomeadamente a qualidade de serviço profissional, uma vez que exclui as dimensões cuidados, serviços personalizados e conhecimento profissional (Chakraborty e Majumdar, 2011).

Também Carman (1990), no seu trabalho crítica as dimensões do SERVQUAL, afirmando que este instrumento é como uma espinha dorsal que pode ser usado por um grande número de serviços, o que implica que os itens têm que ser adaptados ao tipo de serviço em análise, uma vez que as cinco dimensões transcendem diferentes contextos. Segundo Buttle (1996), a utilização de quatro ou cinco itens não será suficiente para conseguir estudar a variabilidade dentro de cada dimensão da qualidade de serviço.

Ramsaran-Fowdar (2005), alerta ainda para o facto deste instrumento não poder ser aplicado ao sector da saúde devido à singularidade dos serviços oferecidos, verificando que nem todas as dimensões podiam ser replicadas no sector da saúde.

Chakraborty e Majumdar (2011) levantam ainda outra questão relacionada com o facto do tratamento estatístico se basear em respostas contínuas, o que revela ser inadequado uma vez que a recolha dos dados é realizada de forma ordinal, levantando alguns

problemas de confiabilidade, validade discriminante, validade convergente e validade preditiva.

Em suma, pode-se atestar que as limitações apresentadas pelos vários autores prendem-se com as variações dimensionais, com a utilização de dados ordinais e com a medida simultânea das expectativas e percepções dos pacientes, podendo estas limitações ser ultrapassadas, em parte, através da aplicação de um modelo modificado do SERVQUAL (Chakraborty e Majumdar, 2011).

Neste contexto, Reidenback e Sondifer-Smallwood (1990), desenvolveram uma versão modificada do modelo de modo a incluir sete dimensões. Este estudo foi aplicado a doentes da urgência e do ambulatório em três hospitais, tendo como objetivo conhecer a relação entre as percepções gerais da qualidade do serviço e a vontade dos doentes recomendarem os serviços prestados, com base nas suas experiências. Assim concluiu-se que a confiança dos doentes deve ser considerada como uma dimensão com influência na percepção da qualidade de serviço, quer nos regimes de urgência quer nos de ambulatório (Chakraborty e Majumdar, 2011).

Bowers, Swan, e Koehler (1994), acrescentou também no seu estudo duas dimensões às já existentes (cuidados e resultado final do serviço), tendo concluído que a empatia, a capacidade de resposta, a confiabilidade e os cuidados prestados estão fortemente associados com a qualidade percebida geral do paciente.

Por outro lado, outros estudos demonstraram que o instrumento SERVQUAL se mostrou adequado para analisar a diferença de percepção na compreensão das expectativas na área da saúde (Chakraborty e Majumdar, 2011). Pakdil e Harwood (2005), concluíram que o modelo era útil na medição das diferenças entre as preferências dos pacientes e as suas experiências reais. Rohini e Mahadevappa (2006) consideraram o instrumento simples com análise padronizada que ajudou a interpretar os resultados dos hospitais estudados pelo mesmo. Chunlaka (2010), argumentou que este instrumento ajuda a entender o valor da organização principalmente em relação às necessidades e expectativas dos clientes hospitalares. Qin e Prybutok (2009), argumentaram que as cinco dimensões da qualidade de serviço do instrumento são significativas e confiáveis nos estudos realizados na saúde. Foram também identificados sete benefícios da

utilização do SERVQUAL na medição da satisfação com base na qualidade percebida pelo paciente que passamos a enumerar (Chakraborty e Majumdar, 2011):

- É útil para aferir a opinião nos clientes sobre o serviço que encontram em aspetos como a importância do cliente, as percepções e as expectativas;
- É capaz de alertar a administração para considerar importante a percepção que os gestores e os clientes têm sobre o serviço;
- Pode servir de referência para colmatar as lacunas do serviço, servindo como base para a formulação de novas estratégias e novos métodos para garantir o cumprimento das expectativas dos clientes;
- Pode servir para identificar áreas específicas de excelências assim como aquelas que apresentam fraquezas;
- É capaz de priorizar as áreas onde existam fraquezas no serviço;
- Pode fornecer a análise *benchmarking* para as organizações do mesmo sector;
- É importante no estudo das tendências dos clientes em relação às percepções e expectativas, quando aplicado periodicamente

Também Maia *et al.* (2007) argumentaram que o SERVQUAL, é uma “ferramenta” que tem a vantagem de poder ser usada por um largo número de serviços, devendo os itens em algumas dimensões serem expandidos por razões de fidelidade, isto é, alguns itens necessitam de ser adaptados ao tipo de serviço em causa, visto que as cinco dimensões transcendem contextos diferentes (Maia *et al.*, 2007).

No presente trabalho pensa-se adaptar o instrumento SERVQUAL com base na revisão da literatura efetuada. Pretende-se adicionar uma secção que permita conhecer o nível de importância que os utentes dão a cada uma das dimensões da qualidade, outra que possibilite o levantamento dos dados sociodemográficos dos utentes, a qual englobe itens relativos à idade, género, habilitações académicas, situação profissional, estado civil e naturalidade dos utentes, e ainda outras duas relativa à qualidade da informação recebida pelo utente e ao seu estado de saúde subjetivo.

2.7.2 SERVPERF

Cronin e Taylor (1992) foram os primeiros a proporem uma justificação teórica para descartar o estudo das expectativas, estudando apenas as percepções do consumidor de acordo com o desempenho do prestador de serviços, através do instrumento de medição designado por SERVPERF.

Para justificar este modelo, Cronin e Taylor (1992) salientaram que a qualidade é conceptualizada mais como uma atitude do cliente com relação às dimensões da qualidade, não devendo ser medida através das diferenças entre as expectativas e o desempenho.

Segundo o modelo SERVPERF a qualidade do serviço é igual ao desempenho de acordo com a equação 2 (Maia *et al.*, 2007):

$$\text{Qualidade do serviço} = f(\text{Desempenho}) \quad (2)$$

Este modelo de avaliação da qualidade de serviço é composto por 22 itens representantes das dimensões da qualidade de serviço, propostas anteriormente por Parasuraman *et al.* (1988), sendo aplicado num estudo empírico para avaliação do desempenho em quatro empresas de diferentes áreas (banca, controle de pragas, limpeza a seco e comidas rápidas), onde se conclui que uma maior sensibilidade em dectetar variações de qualidade em relação à escala SERVQUAL.

Apesar da apresentação deste novo modelo de avaliação da qualidade do serviço por Cronin e Taylor (1992), podemos constatar que o espaço concebido na literatura aos autores que utilizam e defendem a superioridade do modelo SERVQUAL é muito abundante, já por outro lado as críticas são quase impercetíveis como referido anteriormente. Mesmo havendo divergências entre aquilo em que assentam os autores das duas linhas teóricas, em ambos, a percepção dos clientes é considerada de extrema importância.

2.8 Qualidade percebida vs satisfação e a influência de diferentes fatores

Os conceitos como satisfação e qualidade percebida do serviço, embora em mudança e com alguma indefinição, dado tratar-se de conceitos que envolvem elementos subjetivos com múltiplas dimensões, são geralmente aceites como indicadores importantes na avaliação dos cuidados de saúde.

A qualidade percebida do serviço foi definida por Parasuraman *et al.* (1988) como o juízo do consumidor sobre a excelência global ou superioridade de um determinado serviço, sendo um conceito distinto da qualidade objetiva. A qualidade percebida é, para estes autores, uma forma de atitude relacionada, embora não equivalente, com a satisfação, resultando da comparação entre as expectativas as percepções do desempenho.

Tal como os autores anteriores, também Grönroos (1984), definiu qualidade percebida do serviço como o resultado de um processo de avaliação, em que o consumidor compara o serviço real recebido com as expectativas de um serviço, sendo este processo uma apreciação global ou atitude relativa ao serviço.

Embora se admita que ambos os conceitos se baseiam na medição das percepções dos consumidores e que estão intimamente relacionados com o paradigma da desconfirmação, no caso da satisfação, ou com o modelo de “Gap’s”, no caso da qualidade, sugere-se igualmente que operacionalização desses modelos se efetua de forma distinta nos dois os casos (Cronin e Taylor, 1992).

No caso da qualidade percebida o padrão de comparação é o que o consumidor deve obter, deve esperar, aquilo que a empresa deve fornecer, enquanto que na satisfação o padrão de comparação usado é o que o consumidor deseja obter, o que ele acredita que vai acontecer (Parasuraman *et al.*, 1988; Spreng e Mackoy, 1996).

Alguns investigadores distinguem satisfação de qualidade percebida por a primeira se tratar de algo mais específico e traduzir uma avaliação de curta duração, enquanto a segunda é mais geral e diz respeito a uma avaliação de longa duração (Iacobucy, Ostrom, e Grayson, 1995).

Dentro do mesmo contexto, Oliver (1997), defendeu que os constructos de satisfação e qualidade percebida podem ser distintos por usarem padrões diferentes, isto é, uma pessoa pode estar satisfeita mesmo que o serviço seja de baixa qualidade, se o desempenho for melhor que a previsão de desempenho.

Para além disso, este autor sugere que a qualidade percebida é uma avaliação do padrão de desempenho, envolvendo várias dimensões do serviço prestado. Já a satisfação pode ser estudada no contexto da sua experiência global, sendo definida como um julgamento feito pelo consumidor após a prestação de um serviço, face a uma experiência de consumo e onde se reflete o seu nível de prazer. Desta forma, segundo a perspectiva deste autor, a qualidade é vista como uma avaliação mais específica sendo uma componente da satisfação, que se constitui como uma avaliação mais global (Oliver, 1993).

Inicialmente Parasuraman *et al.* (1988), propuseram que níveis mais elevados de qualidade percebida resultariam num aumento da satisfação dos clientes, mas evidências mais recentes sugerem que a satisfação é um antecedente da qualidade dos serviços (Cronin e Taylor, 1992).

Assim sendo, existe na literatura alguma confusão relativamente à relação entre a satisfação e a qualidade percebida.

Desta forma, alguns autores que definem a satisfação e a qualidade percebida de forma idêntica nos seus trabalhos, baseando-se somente na comparação que ambos os conceitos fazem entre as perceções e as expectativas (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011; Chang *et al.*, 2003; Cruz e Melleiro, 2010; e Jaipaul e Rosenthal, 2003).

2.8.1 Influência dos fatores sociodemográficos

Relativamente aos fatores socio demográficos, os resultados dos estudos realizados têm sido controversos. Enquanto alguns concluem que este tipo de variáveis não são relevantes como indicadores da perceção da qualidade dos utentes (Schoenfelder *et al.*, 2010; Boudreaux *et al.*, 2000), outros mostram que características como a idade, género, etnia, educação, nível subjetivo de saúde, capacidades económicas, entre outros, influenciam a satisfação ou a perceção da qualidade dos serviços pelos utentes.

Num estudo levado a cabo por Cruz e Melleiro (2010) viu-se que os pacientes do sexo feminino apresentam níveis de qualidade percebida superiores relativamente ao sexo masculino, enquanto que utentes com um maior nível de escolaridade mostram níveis de perceção de qualidade mais elevados (Cruz e Melleiro, 2010). Outros estudos indicam ainda que os pacientes de diferentes países avaliam um bom serviço de diferentes formas, sendo que pacientes do sexo feminino, com mais idade, mais educação e casados têm maiores níveis de perceção da qualidade (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011), enquanto que individuos que consideram ter um baixo nível de saúde tendem a estar menos satisfeitos com os serviços de saúde prestados (Jackson *et al.*, 2001).

No entanto, o factor identificado por quase todos os estudos como sendo o mais determinante e que tem uma influência significativa na perceção da qualidade do paciente é a idade. Contudo, a relação entre este factor e a qualidade percebida é ainda controverso.

A maioria dos autores concorda que os pacientes mais jovens apresentam um menor grau de perceção de qualidade e satisfação comparativamente aos de maior idade (Hekkert *et al.*, 2009; Campbell e Green., 2001; Chang *et al.*, 2003; Alrubaiee e Aljaa'ida, 2011) sendo essa uma relação linear ou então existindo diferentes níveis de perceção de qualidade para cada faixa etária.

Existem no entanto outros estudos que sugerem uma relação mais complexa entre a idade e o grau de qualidade percebida dos pacientes, com os níveis da perceção de qualidade a aumentar até um certo limiar de idade (65 – 80 anos) a partir do qual diminuem (Jaipaul e Rosenthal, 2003; Moret *et al.*, 2007).

No estudo desenvolvido por Moret *et al.*, (2007), com o propósito de clarificar o tipo de relação existente entre a idade e a perceção de qualidade dos utentes, os autores identificaram várias limitações tais como o facto de apenas terem sido incluídos na amostra doentes hospitalizados; a dificuldade de preenchimento dos questionários pelos individuos mais velhos, o que pode levar a um viés nas respostas e o facto de se utilizarem duas escalas diferentes para aceder ao nível de qualidade percebido dos pacientes (Moret *et al.*, 2007). Também Jaipaul e Rosenthal (2003), quando determinaram a relação entre a idade, a saúde subjetiva e a perceção da qualidade,

utilizaram apenas informação proveniente de pacientes hospitalizados da região de Cleveland, nos EUA.

Constata-se ainda que devido ao uso indiferenciado entre os conceitos de qualidade percebida e satisfação, alguns autores estudaram a influência dos fatores sociodemográficos na qualidade percebida pelos utentes (Campbell e Green 2001; Phillips e Brooks, 1998), outros houve que investigaram a relação desses fatores com a satisfação (Hekkert *et al.*, 2009; Cunningham e Salas, 2006), com a satisfação em função das expetativas dos utentes (Jackson *et al.*, 2001) e ainda, com a satisfação em função da qualidade percebida (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011; Schoenfelder *et al.*, 2011; Cruz e Melleiro, 2010; Moret *et al.*, 2007; Chang *et al.*, 2003; Jaipaul e Rosenthal, 2003; Boudreaux *et al.*, 2000;), sendo que Alrubaiee e Alkaa'ida (2011), Cruz e Melleiro (2010), Chang *et al.*(2003), e Jaipaul e Rosenthal (2003) definiram satisfação como a diferença entre as perceções e as expetativas (Tabela 2.3).

Tabela 2.3 Estudos sobre a influência dos fatores sociodemográficos na:

Qualidade Percebida	Satisfação	Satisfação em função das Expetativas	Satisfação em função da Qualidade Percebida	Satisfação em função da Qualidade Percebida - aplicação do SERVQUAL
Campbell e Green (2001)	Hekkert (2009)	Jackson <i>et al.</i> (2001)	Boudreaux <i>et al.</i> (2000)	Cruz e Melleiro (2010)
Phillips e Brooks (1998)	Cunningham e Salas (2006)		Schoenfelder <i>et al.</i> (2011)	Alrubaiee e Alkaa'ida (2011)
			Chang <i>et al.</i> (2003)	
			Moret (2007)	
			Jaipaul e Rosenthal (2003)	

Posto isto, percebe-se que a qualidade percebida e a satisfação têm sido objeto de extensas pesquisas, parecendo existir uma grande ambiguidade entre estes dois conceitos, o que faz com que por vezes alguns investigadores os tratem como um constructo indiferenciado e noutras como conceitos distintos.

Desta forma, no presente trabalho optámos por incluir não apenas os artigos referentes ao impacto dos fatores sociodemográficos sobre a qualidade percebida mas também aqueles que se referem ao impacto desses fatores sobre a satisfação, quando definida em termos dos elementos que servem para determinar a qualidade percebida (perceções e expetativas).

2.8.2 *Influência do nível de saúde subjetivo e da qualidade da informação recebida*

O facto de cada pessoa ser fruto de uma herança biológica, psicológica e cultural própria faz com que cada um de nós possa ter, como vimos até aqui, diferentes percepções da qualidade do serviço que nos é prestado.

De um modo similar, percebe-se que as características sociodemográficas poderão também influenciar a percepção que cada individuo tem do seu próprio estado de saúde. Existem aliás estudos que sugerem que as mulheres relatam um pior estado subjetivo de saúde, comparativamente com o género masculino (Mendes, 2009). Outros ainda dizem que a prevalência de um pior estado de saúde subjetivo aumenta com a idade, com o baixo estatuto socioeconómico, a baixa escolaridade, a inatividade profissional, estando também relacionado com o estado emocional da pessoa (Mendes, 2009).

Por outro lado, e ainda dentro do mesmo contexto, desenvolveram-se outras investigações que demonstraram que pacientes com um melhor estado de saúde subjetivo estão mais satisfeitos com a qualidade do serviço que lhe é prestado (Covinsky *et al.*, 1998).

Da Costa *et al.* (1999) mostrou que, para perceber os níveis de satisfação dos pacientes, o estado subjetivo de saúde física e mental, bem como o apoio social existente, são fatores mais relevantes comparativamente com o estado clínico do paciente. Num outro estudo, desenvolvido por Hall, Milburn, e Epstein (1993), constatou-se que o estado de saúde subjetivo global é um preditor do nível de satisfação do paciente.

No que diz respeito à qualidade percebida pelos pacientes, foi ainda estabelecida em vários trabalhos (Mira e Aranaz, 2009; Schoenfelder *et al.*, 2011) uma associação entre a quantidade de informação fornecida e o grau de satisfação do utente, verificando-se existir uma relação positiva entre estes dois elementos.

Deste modo, tão importante como perceber quais os factores sociodemograficos que irão influenciar a qualidade percebida pelo utente, é compreender de que forma o nivel de saúde subjectivo e a qualidade da informação recebida se associam à qualidade percebida.

3. METODOLOGIA

Os serviços de saúde, como forma de responder a um vasto e complexo conjunto de questões, adquirem determinadas condutas/procedimentos as quais são percebidas pelos utentes, fazendo estes uma comparação subsequente entre os procedimentos efetuados e as suas expectativas. Por isso, torna-se importante avaliar a qualidade dos serviços de saúde, verificando se estes vão de encontro às expectativas dos utentes.

Partindo desse pressuposto, e sabendo que a validade de qualquer método de investigação está diretamente ligado à qualidade e solidez da metodologia adotada na solução do problema, no presente trabalho desenvolveu-se a pesquisa bibliográfica que culmina com a realização de uma investigação por questionário, o SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988), numa versão modificada, de modo a perceber o fenómeno em estudo.

3.1 Caracterização do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E.

A Radiologia é uma das especialidades médicas fulcrais no funcionamento de um hospital, da qual todos os outros serviços precisam e de cuja atividade dependem e beneficiam diariamente.

O serviço de Radiologia presta serviços a todas as especialidades do hospital, nas valências de radiologia convencional, ecografia e tomografia computadorizada. Atualmente, possui quatro salas de radiologia convencional, uma sala de tomografia computadorizada, outra de ecografia e ainda uma outra dedicada aos exames de mama. Para além disso, realizam-se exames a doentes acamados intransportáveis dando ainda apoio fluoroscópico nas várias salas dos diferentes blocos operatórios existentes.

Segundo estatísticas de 2011 referentes à consulta externa, realizaram-se exames a cerca de 34594 doentes.

Na caracterização destes doentes por idade verificou-se que existe uma procura crescente a partir do escalão dos 30 aos 40 anos de idade, verificando-se que os utentes do escalão etário entre 70 aos 80 anos procuraram com maior frequência os serviços de Radiologia. Por outro lado, os utentes que menos utilizaram o serviço de Radiologia para a realização de exames situam-se no escalão entre os 18 e os 30 anos de idade.

3.2 População alvo

O instrumento de medida foi aplicado aos utentes da consulta externa que realizaram exames no serviço de Radiologia do Hospital de Faro, tendo sido recolhido num espaço de três meses, com início a 9 de julho de 2012, sabendo-se que a população referente à consulta externa, no mesmo período, foi de 3777 utentes.

Foi opção do investigador não incluir os doentes provenientes do serviço de urgência e do internamento neste estudo, devido à curta permanência destes no serviço de Radiologia, o que dificultava a recolha dos dados. Por outro lado, o facto de estes doentes realizarem a sua admissão nos serviços de origem, faz com que o serviço de Radiologia não tenha grande controlo sobre o seu horário de chegada e tempo de permanência no serviço.

3.3 Método de amostragem e amostra

No presente trabalho, pretendeu-se desenvolver um estudo transversal de pesquisa quantitativa, recorrendo a uma versão modificada do instrumento SERVQUAL como forma de medir a qualidade percebida do serviço prestado.

O instrumento foi aplicado nos dias úteis, a todos os utentes da consulta externa que realizaram exames no serviço de Radiologia durante o período da manhã (das 9h às 15h) e que aceitaram participar no estudo.

De modo a não condicionar nem influenciar as respostas dadas pelos participantes, o instrumento foi facultado aos mesmos pelos assistentes técnicos aquando da efetivação do exame na receção do serviço de Radiologia, estando o investigador disponível para prestar qualquer esclarecimento solicitado durante o preenchimento do mesmo.

Deste modo, foram entregues 196 questionários à população alvo que aceitou participar no estudo. Desses, 152 foram recolhidos, sendo que 12 foram inutilizados, por mau preenchimento ou preenchimento incompleto, verificando-se uma taxa de resposta de 4% com base no tamanho da amostra conseguida.

3.4 Instrumento de recolha de dados

Tal como referido anteriormente, o instrumento utilizado para a recolha de dados foi o SERVQUAL modificado.

Para a elaboração do questionário foram efetuadas algumas alterações ao instrumento original de modo a contextualizar as questões para o serviço de Radiologia.

Esta adaptação da escala do SERVQUAL não constitui nenhum problema metodológico pois, conforme a provisão dos autores da escala, a metodologia dessa escala, embora organizada e com um esquema definido, pode ser alterada visando atender ao tipo de serviço que vai ser avaliado (Parasuraman *et al.*, 1988).

Este questionário é então composto por cinco grupos de questões agrupados em três partes, A, B e C.

A primeira parte do questionário, parte A, é constituída por três grupos de questões. O primeiro permite avaliar as expectativas dos utentes em relação às dimensões da qualidade do serviço, sendo constituído por 22 questões que deverão ser respondidas antes da realização dos exames. Nesta secção, foi ainda pedido aos utentes para classificarem as cinco dimensões da qualidade quanto ao seu grau de importância.

O segundo grupo consiste na avaliação das percepções dos utentes relativamente às dimensões do serviço, sendo igualmente composto por 22 questões, que deverão ser respondidas no final da realização dos exames radiológicos (APÊNDICE 1).

O terceiro grupo permite essencialmente avaliar a qualidade e a satisfação geral dos utentes, a imagem do serviço de Radiologia, assim como a intenção de regresso dos utentes ou de recomendação a outros. Esta secção engloba também duas perguntas abertas com o objetivo de apurar mais informação acerca dos aspetos que marcaram o contacto do utente com o serviço de Radiologia, assim como sugestões que possam ser uteis na perspetiva do utente para melhorar a qualidade do serviço em causa.

O quarto grupo do questionário, parte B, tem como função avaliar globalmente a qualidade da informação fornecida pelos profissionais do serviço, relativamente às preparações, tempo de espera e duração dos exames, aos procedimentos necessários para a sua realização, entre outras solicitadas. Este segmento englobou ainda uma questão relativa ao estado de saúde subjetivo dos utentes.

O quinto grupo, parte C, consiste na caracterização sociodemográfica dos utentes, de forma a identificar o seu perfil relativamente à idade, sexo, nível de instrução, estado civil, área geográfica de residência e situação profissional.

As perguntas do questionário foram apresentadas agrupadas num quadro que as relaciona com a respetiva dimensão de qualidade do serviço (APÊNDICE 2).

As questões foram apresentadas num formato de resposta com escala de *Likert* com sete pontos, que vão desde o "Discordo totalmente" ao "Concordo totalmente". A qualidade do serviço é depois medida em função da diferença entre a perceção e a expectativa do utente.

Com o objetivo de garantir que os utentes não fiquem constrangidos em responder ao questionário, foi colocada uma observação inicial salientando tratar-se de uma investigação da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e que os resultados individuais não serão divulgados, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

3.5 Tratamento e análise estatística dos dados recolhidos

O tratamento e a análise estatística de dados recolhidos foram efetuados com recurso ao *software* estatístico SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics*, versão 19).

Inicialmente, procedeu-se à caracterização das variáveis em termos de medidas de estatística descritiva.

Para as variáveis qualitativas (*e.g.* sexo, grau académico, situação profissional, local de residência, estado de saúde subjetivo) calcularam-se as frequências absolutas e as frequências relativas (%), enquanto que para as variáveis quantitativas (*e.g.* idade, índices de perceção da qualidade do serviço, importância atribuída a cada índice) determinaram-se como medidas descritivas o valor mínimo, o valor máximo, a mediana, a média e o desvio padrão.

A aleatoriedade da amostra em termos de sexo dos utentes, classe etária, estado civil, grau académico, situação profissional e estado de saúde subjetivo foi analisada através do teste não paramétrico de runs.

A consistência interna dos índices/dimensões de qualidade foi averiguada com base no coeficiente Alfa de Cronbach, tendo-se igualmente determinado as correlações entre dimensões através do coeficiente de correlação de Spearman.

O estudo das relações entre as dimensões da qualidade do serviço e as variáveis de natureza quantitativa (*e.g.* idade) foi realizado com base na determinação do coeficiente de correlação de Pearson. Nos casos em que as variáveis independentes eram ordinais (*e.g.* grau académico) ou não apresentavam normalidade das distribuições, recorreu-se ao coeficiente de correlação ordinal de Spearman (Petrie e Sabin, 2000; Aguiar, 2007; Daly e Bourke, 2007; Maroco, 2010).

A análise da influência das variáveis qualitativas (*e.g.* sexo, estado civil, situação profissional, estado de saúde subjetivo) nas dimensões da qualidade do serviço foi efetuada através dos testes não paramétricos de Mann-Whitney (dois grupos independentes) e de Kruskal-Wallis (três ou mais grupos independentes). A utilização deste tipo de testes prendeu-se com o facto de alguns dos grupos que se pretendiam comparar terem dimensões pequenas e não cumprirem os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos, no que diz respeito à normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias. A normalidade das distribuições foi previamente testada através do teste de Shapiro-Wilk (amostras/grupos com efetivo inferior a 50) e do teste de Kolmogorov-Smirnov (amostras/grupos com efetivo superior ou igual a 50). Para comparar os valores médios das várias amostras emparelhadas foi utilizado o teste de Friedman.

Relativamente aos testes de hipóteses executados consideraram-se níveis de significância (α) de 0,05 e 0,01.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra utilizada neste estudo incluiu utentes com idades compreendidas entre os 10 e os 89 anos, com uma média de 53 anos e desvio padrão de 17 anos, 86 utentes do sexo feminino (61,4%) e 54 do sexo masculino (38,6%), maioritariamente casados ou em união de facto (84 utentes, 60,4%).

Quanto ao grau académico, houve uma predominância de utentes que frequentaram o 1º Ciclo (39 utentes; 28,5%), o ensino secundário complementar (27 utentes; 19,7%) e o 3º Ciclo (24 utentes; 17,5%). Em termos de situação profissional, a maior percentagem dos utentes encontrava-se a trabalhar por conta de outrem (53 utentes; 58,4%) ou reformado (45 utentes; 38,6%) (APÊNDICE 3).

Todos os entrevistados residiam no território nacional, sendo na sua maioria residentes nos concelhos de Faro (32 utentes; 29,1%), Loulé (21 utentes; 19,1%) e Olhão (15 utentes; 13,6%).

A maioria dos questionários foi preenchida pela própria pessoa (91 utentes; 65,0%) sendo que grande parte dos utentes (116 utentes; 82,9%) já havia realizado exames de diagnóstico no serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E., assim como noutros serviços de Radiologia (114 utentes; 81,4%), nomeadamente noutros hospitais públicos (56 utentes; 58,3%), em centros de saúde (34 utentes; 59,3%) ou em clínicas privadas (22 utentes; 19,0%).

Relativamente ao estado de saúde subjetivo, 14 dos 136 utentes que responderam a esta questão afirmaram estar muito doentes (10,3%) e 57 utentes consideraram estar pouco doentes (41,9%), os restantes responderam estar doentes (32 utentes; 23,5%) ou não terem doença (33 utentes; 24,3%).

Apesar dos utentes que participaram neste estudo terem sido selecionados através de um método de amostragem não-probabilística (amostragem por conveniência), o teste não paramétrico de runs sugeriu a aleatoriedade da amostra em termos de sexo dos utentes ($z = 1,371$; $p = 0,170$), idade (idosos e não idosos) ($z = -1,731$; $p = 0,083$), estado civil ($z = -0,120$; $p = 0,904$), grau académico ($z = 0,200$; $p = 0,841$), situação profissional

($z = -0,161$; $p = 0,872$) e estado de saúde subjetivo ($z = -1,875$; $p = 0,061$) (APÊNDICE 3), podendo-se tratar deste modo de uma eventual amostra representativa da população em estudo.

4.2 Índices da qualidade percebida do serviço

4.2.1 Consistência interna da escala

O cálculo do “índice global de qualidade” foi determinado através da soma das diferenças entre as percepções e as expectativas, sendo utilizado o mesmo método para o cálculo das cinco dimensões.

A validação das escalas (consistência interna) referentes ao índice global e a cada um dos índices/dimensões da qualidade percebida do serviço foi efetuada com base no coeficiente Alfa de Cronbach (α). O valor α estima quão uniformemente os valores contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. De um modo geral, um instrumento é classificado como tendo uma escala apropriada quando o α é de pelo menos 0,70.

Na Tabela 4.1 estão presentes os valores α encontrados para as escalas utilizadas na avaliação da qualidade percebida, verificando-se que os valores deste coeficiente variaram entre 0,719 (Capacidade de resposta) e 0,938 (Índice global de avaliação da qualidade), indicando desta forma a existência de consistência interna nas escalas usadas.

Tabela 4.1 Consistência interna das escalas utilizadas na avaliação da qualidade percebida do serviço.

Índice/Dimensão	Nº de itens	Alfa de Cronbach	Nº de casos
Índice Global de Qualidade	22	0,938	111
Tangibilidade	4	0,725	131
Confiabilidade	5	0,743	130
Capacidade de resposta	4	0,719	127
Garantia	4	0,846	128
Empatia	5	0,807	125

Relativamente à correlação entre dimensões, verificou-se que estas apresentaram correlações positivas ($r > 0$) e muito significativas ($p \leq 0,01$) entre si (Tabela 4.2), sendo algumas moderadas (e.g. Capacidade de resposta vs. Empatia: $0,4 \leq r < 0,7$) e outras fortes (e.g. Índice global da qualidade vs. Empatia: $0,7 \leq r < 0,9$).

De igual forma, verificou-se que o “Índice global da qualidade percebida” está fortemente correlacionado com todas as suas dimensões, apresentando um menor coeficiente de correlação ($r = 0,747$) com a “Tangibilidade” e um maior ($r = 0,899$) com a “Confiabilidade”.

Assim sendo, os coeficientes de correlação apurados permitem igualmente aferir a consistência das escalas usadas.

Tabela 4.2 Matriz simétrica de correlações entre os índices globais da qualidade percebida.

		Índice Global Qualidade	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia
Índice Global Qualidade	Coef.Corr.						
	Sig.(bilat.)						
	N						
Tangibilidade	Coef.Corr.	0,747**					
	Sig.(bilat.)	0,000					
	N	111					
Confiabilidade	Coef.Corr.	0,899**	0,597**				
	Sig.(bilat.)	0,000	0,000				
	N	111	124				
CapResposta	Coef.Corr.	0,757**	0,552**	0,659**			
	Sig.(bilat.)	0,000	0,000	0,000			
	N	111	124	122			
Garantia	Coef.Corr.	0,786**	0,545**	0,673**	0,671**		
	Sig.(bilat.)	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	111	126	123	122		
Empatia	Coef.Corr.	0,838**	0,584**	0,662**	0,522**	0,650**	
	Sig.(bilat.)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	111	122	120	119	119	

** Correlação significativa para o nível de significância de 0,01

4.2.2 Qualidade percebida

Como forma de caracterizar os valores da amostra, verificou-se que o “Índice global da qualidade percebida” do serviço, variou entre -78 e 22, apresentando valores de mediana e de média negativos (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 Estatísticas descritivas das dimensões da qualidade percebida do serviço de Radiologia (Qualidade= Perceções - Expetativas)

<i>Índices</i>	<i>Nº Casos Válidos</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio padrão</i>
Índice Global de Qualidade	111	-78	22	-9,41	-2,00	20,01
Tangibilidade	131	-20	6	-1,89	-1,00	3,51
Confiabilidade	130	-22	10	-2,36	-1,00	5,55
Capacidade de Resposta	127	-19	8	-1,51	0,00	4,18
Garantia	128	-20	6	-1,12	0,00	3,62
Empatia	125	-23	8	-2,32	0,00	5,49

Analisando-se a tabela acima citada, verifica-se que os valores das médias determinadas para os outros índices/dimensões foram igualmente negativos, sendo os valores do desvio padrão aproximadamente duas vezes superiores aos valores das médias de cada índice/dimensão, o que reflete uma dispersão considerável nos valores dos índices/dimensões da qualidade percebida.

Analisando individualmente cada item que compõe cada dimensão constatou-se que, para todos eles as expetativas superaram as perceções dos utentes, resultando assim numa avaliação negativa de cada item.

Em termos de “Tangibilidade”, o item com menor diferença entre o valor das perceções e das expetativas ($Q = -0,31$) foi “profissionais limpos e fardados”, enquanto que o item “o ambiente físico e as instalações devem ser limpos e agradáveis” apresentou o maior valor de diferença entre as perceções e expetativas pelos utentes ($Q = -0,70$) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de tangibilidade.

TANGIBILIDADE	Percepções (P)	Expetativas (E)	Qualidade (P-E)
Um serviço de radiologia de excelência tem boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	5,79	6,21	-0,42
Num serviço de radiologia de excelência o ambiente físico e as instalações devem ser limpos e agradáveis.	6,02	6,72	-0,70
Um serviço de radiologia de excelência tem profissionais limpos e fardados.	6,26	6,57	-0,31
Um serviço de radiologia de excelência está bem localizado e com fácil acesso (boa sinalética).	5,82	6,33	-0,51

No que diz respeito à “Confiabilidade”, a menor diferença entre as percepções e expetativas ($Q = -0,25$) foi determinada para o item “os exames são realizados de forma correta à primeira vez” e a maior diferença ($Q = -0,73$) correspondeu ao item “são cumpridas as tarefas no tempo certo prometido”(Tabela 4.5).

Tabela 4.5 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de confiabilidade

CONFIABILIDADE	Percepções (P)	Expetativas (E)	Qualidade (P-E)
Num serviço de radiologia de excelência são cumpridas tarefas no tempo certo prometido.	5,40	6,13	-0,73
Num serviço de radiologia de excelência os profissionais mostram sincero interesse em solucionar os seus problemas.	5,90	6,34	-0,44
Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados de forma correta à primeira vez.	6,00	6,25	-0,25
Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados no tempo previsto.	5,38	6,05	-0,67
Num serviço de radiologia de excelência o departamento de radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e o horário da realização do exame.	5,96	6,36	-0,40

Para a “Capacidade de resposta”, o item “os profissionais de Radiologia prestam os seus serviços o mais rápido possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames” apresentou menor diferença entre as percepções e as expetativas dos utentes ($Q = -0,23$) e o item “os profissionais da Radiologia devem ter sempre boa vontade em ajudar os seus

pacientes, demonstrando simpatia e atenção” foi aquele em que se observou uma maior diferença entre as percepções e as expetativas ($Q = -0,51$) (Tabela 4.6).

Tabela 4.6 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de capacidade de resposta.

CAPACIDADE DE RESPOSTA	Percepções (P)	Expetativas (E)	Qualidade (P-E)
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais visam aquando da conclusão do exame.	5,94	6,26	-0,32
Num serviço de radiologia de excelência os profissionais de Radiologia prestam os seus serviços o mais rápido possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	5,81	6,04	-0,23
Num serviço de radiologia de excelência os profissionais da Radiologia devem ter sempre boa vontade em ajudar os seus pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	6,07	6,58	-0,51
Serviço de radiologia de excelência, os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	5,61	6,01	-0,40

O item “o atendimento é adaptado às suas necessidades”, referente ao índice de “Garantia” foi aquele em que obteve a menor diferença entre percepções e expetativas ($Q = -0,09$). Para o item “os profissionais devem ter conhecimentos para responder às perguntas que lhe coloca” determinou-se o maior valor de diferença entre percepções e expetativas em termos de “Garantia” ($Q = -0,44$) (Tabela 4.7).

Tabela 4.7 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de garantia.

GARANTIA	Percepções (P)	Expetativas (E)	Qualidade (P-E)
Num serviço de radiologia de excelência, o comportamento dos profissionais transmite-lhe confiança.	6,05	6,41	-0,36
Num serviço de radiologia de excelência, o atendimento é adaptado às suas necessidades.	6,08	6,17	-0,09
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais da radiologia são educados.	6,27	6,44	-0,17
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem ter conhecimentos para responder às perguntas que lhe coloca.	6,01	6,45	-0,44

Por fim, para o índice de “Empatia”, as menores ($Q = -0,17$) e as maiores diferenças ($Q = -0,63$) entre percepções e expetativas foram encontradas nos itens “os profissionais apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente” e “os profissionais devem dar atenção aos doentes e aos seus familiares, respondendo às suas dúvidas, e ouvindo as suas sugestões e reclamações.” (Tabela 4.8).

Tabela 4.8 Valores médios das percepções, expetativas e qualidade determinados para os itens de empatia

EMPATIA	Percepções (P)	Expetativas (E)	Qualidade (P-E)
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão-lhe atenção individualizada.	5,89	6,26	-0,37
Um serviço de radiologia de excelência, tem horários de trabalho convenientes para todos os utentes.	5,51	6,04	-0,53
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão apoio moral principalmente aos utentes mais doentes e que estão à mais tempo à espera.	5,39	6,01	-0,62
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem dar atenção aos doentes e aos seus familiares, respondendo às suas dúvidas, e ouvindo as suas sugestões e reclamações.	5,54	6,17	-0,63
Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	5,18	5,35	-0,17

4.2.3 Importância atribuída às dimensões da qualidade percebida do serviço

Das cinco dimensões da qualidade percebida do serviço, a “Confiabilidade” foi a que apresentou maior valor máximo (85 pontos), média (27,7) e desvio padrão (15,0).

Os menores valores de máximo (33 pontos) e de desvio padrão (6,8) correspondem à “Capacidade de resposta”.

A “Tangibilidade” e a “Empatia” registaram médias inferiores às das restantes dimensões, 16,5 e 16,9 respetivamente.

Já o valor da mediana foi o mesmo para todas as dimensões, 20,0 (Tabela 4.9).

Tabela 4.9 Estatísticas descritivas da importância atribuída pelos utentes às dimensões de qualidade do serviço de Radiologia

<i>Dimensões</i>	<i>Nº Casos Válidos</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio padrão</i>
Tangibilidade	132	0	50	16,5	20,0	7,8
Confiabilidade	132	0	85	27,7	20,0	15,0
Capacidade de Resposta	131	0	33	18,2	20,0	6,8
Garantia	132	5	70	20,3	20,0	9,5
Empatia	131	0	50	16,9	20,0	7,6

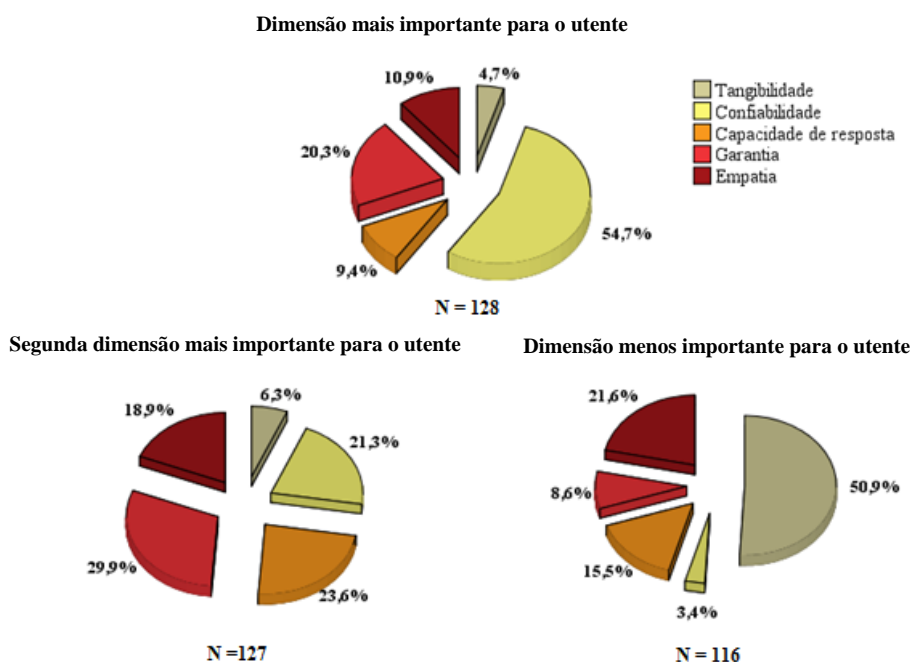
O teste não paramétrico de Friedman para amostras emparelhadas determinou a existência de diferenças significativas ($p \leq 0,05$) entre os valores médios da importância atribuída às dimensões da qualidade do serviço ($\chi = 69,105$; g.l. = 4; $p < 0,000$). O menor valor médio foi calculado para a “Tangibilidade” (2,57), seguido pelos valores médios da “Empatia” (2,69), da “Capacidade de resposta” (2,89), da “Garantia” (3,17) e por fim, o maior valor médio corresponde à “Confiabilidade” (3,69) (APÊNDICE 5).

Quando questionados relativamente às dimensões da qualidade do serviço prestado que consideravam ser mais importantes (PA1.1), a maioria dos utentes assinalou a “Confiabilidade” (70 utentes; 54,7%) e a “Garantia” (26 utentes; 20,3%), tendo a “Tangibilidade” registado o menor número de respostas (6 utentes, 4,7%) (Figura 4.1).

No que diz respeito ao segunda dimensão mais importante, as respostas dos utentes distribuíram-se de forma mais homogénea pelas dimensões “Garantia” (38 utentes; 29,9%), “Capacidade de resposta” (30 utentes; 23,6%), “Confiabilidade” (27 utentes; 21,3%) e “Empatia” (24 utentes; 18,9%).

A “Tangibilidade” e a “Empatia” foram as dimensões que os utentes maioritariamente assinalaram como tendo menor importância em termos da qualidade percebida do serviço prestado, contemplando 50,9% (59 utentes) e 21,6% (25 utentes) das 116 respostas obtidas.

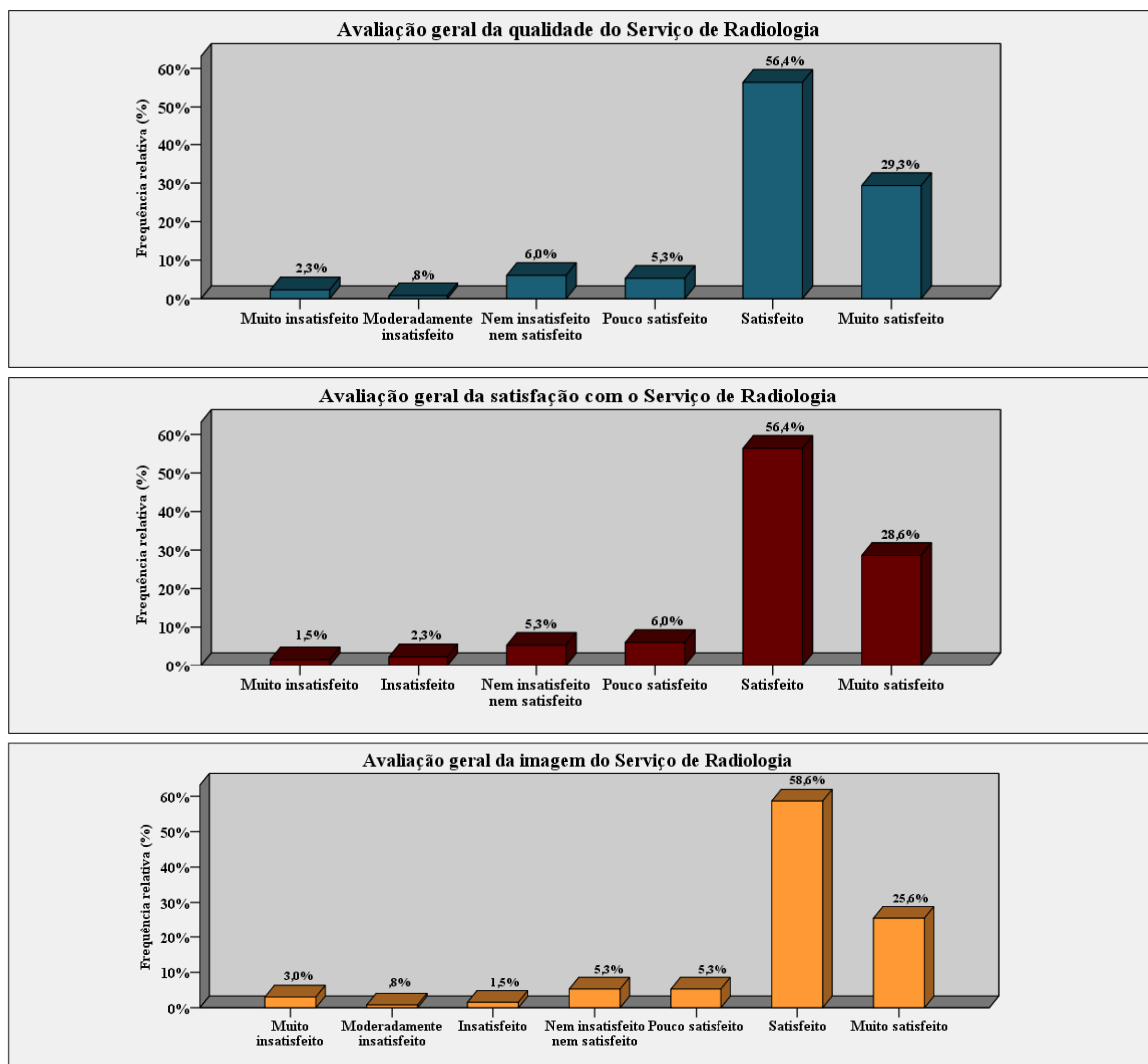
Figura 4.1 Freqüências das dimensões assinaladas como as mais importantes e as menos importantes para os utentes



4.3 Avaliação da satisfação do utente e do desempenho global do serviço de Radiologia

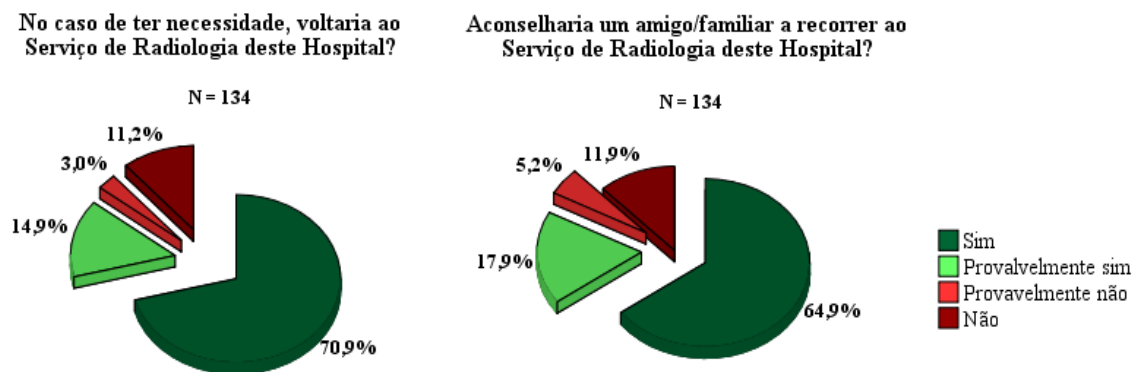
A avaliação global do serviço de Radiologia foi satisfatória em termos da qualidade do serviço prestado, da satisfação dos utentes e da imagem que o serviço apresenta, tendo a maioria dos utentes respondido estar satisfeito (Qualidade: 75 utentes, 56,4%; Satisfação: 75 utentes, 56,4%; Imagem: 78 utentes, 58,6%) ou muito satisfeito (Qualidade: 39 utentes, 29,3%; Satisfação: 38 utentes, 28,6%; Imagem: 34 utentes, 25,6%) relativamente a cada uma destas componentes (Figura 4.2).

Figura 4.2 Avaliação global do serviço de Radiologia



Em conformidade com a avaliação global do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E., a grande percentagem dos utentes afirmou que, caso necessitasse, voltaria a este serviço (95 utentes; 70,9%) e que aconselharia um amigo ou familiar a recorrer ao serviço de Radiologia deste Hospital (87 utentes; 64,9%). Quinze utentes (11,2%) mostraram intenção de não voltar e 16 utentes (11,9%) não aconselhariam um amigo ou familiar a recorrer a este serviço de Radiologia (Figura 4.3).

Figura 4.3 Recurso ao serviço de Radiologia em situações futuras e aconselhamento do mesmo a amigos ou familiares.



4.4 Avaliação global da informação fornecida pelos profissionais do serviço

Para as cinco questões que pretendiam avaliar a qualidade da informação recebida, a percentagem de utentes que se mostraram satisfeitos variou entre 44,4% (facilidade em reclamar) e 57,5% (atendimento com atenção e cortesia). Os utentes que afirmaram estar muito satisfeitos representaram 24,4% (atendimento com atenção e cortesia) a 35,2% (compreensão da informação recebida) do total de utentes amostrados (Figura 4.4).

A menor percentagem de utentes muito insatisfeitos, moderadamente insatisfeitos e insatisfeitos foi obtida no item relativo à facilidade em reclamar (2 utentes; 2,8%), enquanto que a maior percentagem foi determinada no item que se refere à informação sobre o tempo de duração do exame e os seus procedimentos (13 utentes; 10,9%).

Figura 4.4 Avaliação global da qualidade da informação recebida pelos utentes do serviço de Radiologia

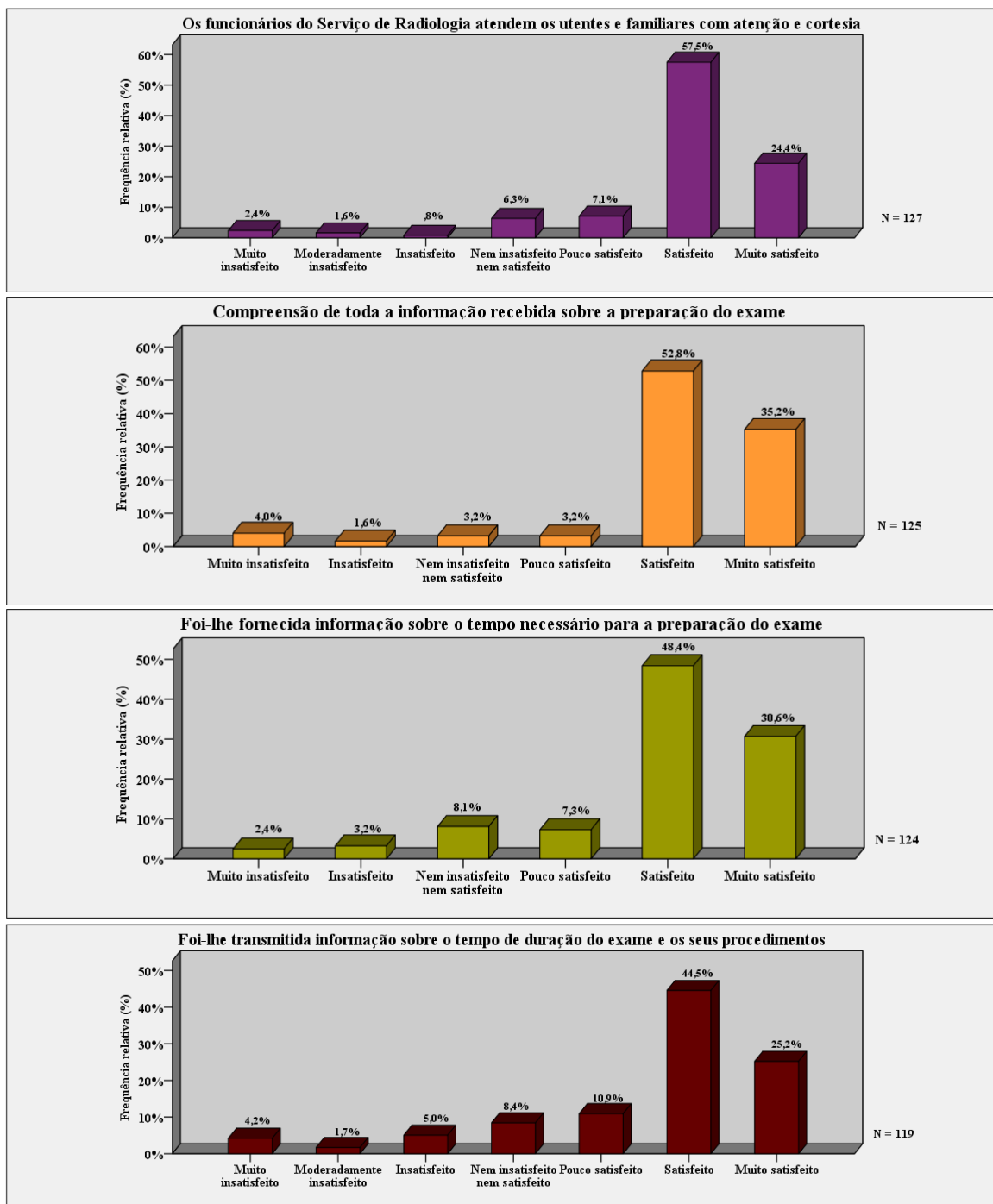
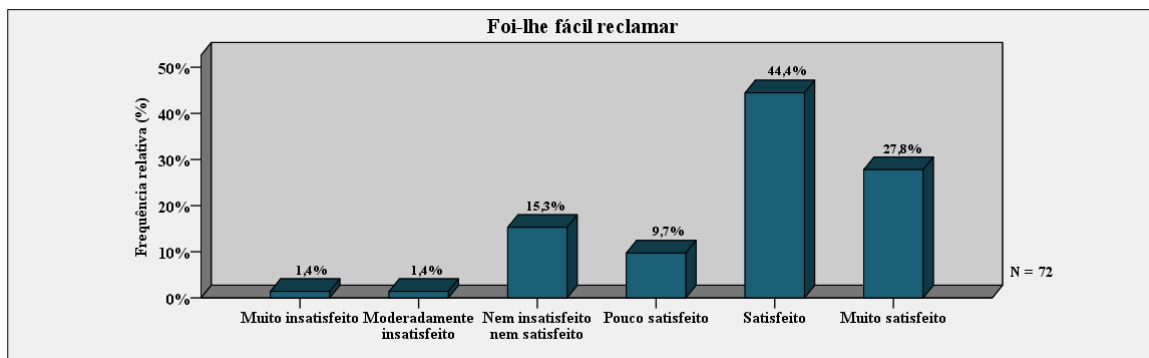


Figura 4.4 - Avaliação global da qualidade da informação recebida pelos utentes do serviço de Radiologia



4.5 Influência dos fatores sociodemográficos nas dimensões da qualidade percebida

4.5.1 Influência do sexo nas dimensões da qualidade percebida

A fim de determinar a influência do sexo dos utentes em cada uma das dimensões da qualidade percebida foram definidas as seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida são semelhantes nos utentes do sexo feminino e nos do sexo masculino.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida são diferentes nos utentes do sexo feminino e nos do sexo masculino.

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov ($N \geq 50$) e de Shapiro-Wilk ($N < 50$), relativamente à normalidade das distribuições das dimensões em cada um dos grupos, (sexo feminino e sexo masculino) indicaram que não existe normalidade ($p > 0,05$) para nenhuma das dimensões da qualidade percebida (APÊNDICE 6).

Desta forma, optamos pela utilização do teste não paramétrico de Mann-Whitney, para comparar os valores médios de cada dimensão nos dois sexos.

Ao observarmos a Tabela 4.10, verificamos que todas as dimensões, à exceção da “Garantia”, apresentaram valores médios superiores nos utentes do sexo feminino.

Tabela 4.10 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes do sexo feminino e do sexo masculino.

Dimensão da Qualidade	Sexo	N	Valor médio (“Mean Rank”)
Tangibilidade	Feminino	79	67,95
	Masculino	52	63,04
	Total	131	
Confiabilidade	Feminino	80	70,20
	Masculino	50	57,98
	Total	130	
Capacidade de Resposta	Feminino	77	67,97
	Masculino	50	57,88
	Total	127	
Garantia	Feminino	78	62,68
	Masculino	50	67,34
	Total	128	
Empatia	Feminino	76	65,30
	Masculino	49	59,43
	Total	125	
Avaliação Global da Qualidade	Feminino	66	58,94
	Masculino	45	51,69
	Total	111	

Porém, e de acordo com o teste de Mann-Whitney (comparação de duas amostras independentes) as diferenças observadas entre os valores médios de cada dimensão nos utentes do sexo feminino e do sexo masculino não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Tabela 4.11).

Tabela 4.11 Estatísticas do teste de Mann-Whitney para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes do sexo feminino e do sexo masculino.

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Mann-Whitney U	1900,000	1624,000	1619,000	1808,000	1687,000	1291,000
Z	-0,738	-1,811	-1,543	-0,712	-0,894	-1,167
Significância (bilateral)	0,461	0,070	,123	0,476	0,372	0,243

4.5.2 Influência da idade nas dimensões da qualidade percebida

A influência da idade em cada uma das dimensões da qualidade percebida foi estudada através da análise de correlação ordinal de Spearman, uma vez que as variáveis são quantitativas e nenhuma das dimensões da qualidade apresentava normalidade das distribuições (Teste de Kolmogorov-Smirnov: $p > 0,05$) (APÊNDICE 6).

Formularam-se então as seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida e a idade não estão correlacionadas.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida e a idade estão correlacionadas de forma significativa.

De acordo com os valores dos coeficientes de Spearman e as respectivas significâncias (Tabela 4.12), não existem correlações estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões da qualidade percebida ($p > 0,05$).

Tabela 4.12 Correlações ordinais de Spearman entre a idade e as dimensões da qualidade percebida.

		Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Idade	Coef. Correlação	-0,016	0,091	0,113	0,099	0,046	0,062
	Significância (p)	0,857	0,304	0,204	0,264	0,612	0,521
	N	131	130	127	128	125	111

4.5.3 Influência do estado civil nas dimensões da qualidade percebida

Para averiguar a influência do estado civil dos utentes em cada uma das dimensões da qualidade percebida foram definidas as seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida são independentes do estado civil dos utentes.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida dependem do estado civil dos utentes.

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov ($N \geq 50$) e de Shapiro-Wilk ($N < 50$) relativamente à normalidade das distribuições das dimensões da qualidade percebida em

cada um dos grupos (solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado, viúvo) indicaram não haver normalidade na distribuição ($p > 0,05$) de nenhuma dimensão da qualidade percebida (APÊNDICE 6).

Dado que os pressupostos de aplicação de testes paramétricos não se verificavam (normalidade das distribuições), recorreu-se à utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida nos quatro grupos de utentes.

O menor valor médio de “Avaliação global da qualidade” foi calculado para os utentes divorciados/separados, seguindo-se os utentes solteiros, os casados/união de facto e por fim, aos utentes viúvos (Tabela 4.13).

Em termos de “Tangibilidade”, os utentes divorciados/separados apresentaram o menor valor médio enquanto os para os utentes solteiros e viúvos obtiveram os valores médios mais elevados.

No que diz respeito à “Confiabilidade”, o menor e o maior valor médio foram determinados para os utentes solteiros e para os divorciados/separados, respetivamente. Tal como para a “Confiabilidade”, o menor valor médio de “Capacidade de resposta” foi obtido nos utentes solteiros, já o seu maior valor foi alcançado aos utentes viúvos. Quanto à “Garantia”, os utentes viúvos tiveram um menor valor médio e os utentes casados/união de facto apresentaram o maior valor médio.

Relativamente à “Empatia”, o menor valor médio correspondeu aos utentes divorciados/separados e o maior valor médio foi calculado para os utentes solteiros.

Tabela 4.13 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado civil.

Dimensão da Qualidade	Estado Civil	N	Valor médio ("Mean Rank")
Tangibilidade	Solteiro	23	70,98
	Casado ou união de facto	78	63,98
	Divorciado ou separado	14	59,11
	Viúvo	15	70,97
	Total	130	
Confiabilidade	Solteiro	23	60,78
	Casado ou união de facto	77	64,58
	Divorciado ou separado	15	70,27
	Viúvo	14	68,61
	Total	129	
Capacidade de Resposta	Solteiro	23	58,35
	Casado ou união de facto	75	63,57
	Divorciado ou separado	14	62,54
	Viúvo	14	72,54
	Total	126	
Garantia	Solteiro	23	61,07
	Casado ou união de facto	76	66,09
	Divorciado ou separado	15	61,53
	Viúvo	13	59,85
	Total	127	
Empatia	Solteiro	22	67,73
	Casado ou união de facto	74	62,24
	Divorciado ou separado	15	59,90
	Viúvo	14	62,93
	Total	125	
Avaliação Global da Qualidade	Solteiro	22	55,52
	Casado ou união de facto	63	56,67
	Divorciado ou separado	13	51,88
	Viúvo	13	57,69
	Total	111	

Apesar dos valores médios de cada dimensão diferirem nos quatro grupos comparados, as diferenças determinadas entre os valores médios não apresentam significância estatística ($p > 0,05$) (Tabela 4.14).

Tabela 4.14 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado civil.

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Qui-quadrado	1,383	0,741	1,380	0,656	0,527	0,281
g.l.	3	3	3	3	3	3
Significância	0,709	0,864	0,710	0,883	0,913	0,964

4.5.4 Influência do grau de habilitações dos utentes nas dimensões da qualidade percebida

Sendo o grau académico dos utentes uma variável ordinal, para testar a sua influência sobre as dimensões da qualidade percebida recorreu-se à análise correlacional de Spearman, tendo-se formulado como hipóteses estatísticas as seguintes:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida e o grau académico não estão correlacionados.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida e o grau académico estão correlacionados de forma significativa.

Tabela 4.15 Correlações ordinais de Spearman entre o grau académico e as dimensões da qualidade percebida.

		Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Grau Acad.	Coef. Correlação	-0,159	-0,225*	-0,095	-0,154	-0,198*	-0,182
	Significância (p)	0,072	0,011	0,293	0,086	0,029	0,060
	N	128	127	124	125	122	108

* Correlação significativa para o nível de significância de 0,05

De acordo com os valores dos coeficientes de Spearman e as respetivas significâncias (Tabela 4.15), apenas foram determinadas correlações significativas ($p \leq 0,05$) entre o grau académico e as dimensões de “Confiabilidade” e de “Empatia”, tendo ambas correlação fracas ($0 < |R_s| < 0,4$) e negativas ($-1 \leq R_s < 0$). Para as restantes

dimensões não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com o grau académico ($p > 0,05$).

4.5.5 Influência da situação profissional nas dimensões da qualidade percebida

A influência da situação profissional dos utentes em cada uma das dimensões da qualidade percebida foi averiguada tendo por base as seguintes hipóteses estatísticas:

H₀: As dimensões da qualidade percebida são independentes da situação profissional dos utentes.

H₁: As dimensões da qualidade percebida dependem da situação profissional dos utentes.

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov ($N \geq 50$) e de Shapiro-Wilk ($N < 50$) determinaram a inexistência de normalidade na distribuição ($p > 0,05$) das dimensões da qualidade percebida nos grupos considerados (desempregado, reformado, estudante, trabalhador, outra situação) (APÊNDICE 6) .

Desta forma aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis na comparação dos valores médios, dada a ausência de normalidade nas distribuições das dimensões nalguns grupos.

O valor médio da “Avaliação global da qualidade” foi menor nos utentes desempregados, aumentando nos utentes trabalhadores, reformados, noutra situação profissional e nos estudantes (Tabela 4.16).

Os menores valores médios de “Tangibilidade”, “Capacidade de resposta” e de “Garantia” foram calculados nos utentes desempregados, enquanto que para a “Confiabilidade” e para a “Empatia” os valores médios mais baixos corresponderam a utentes trabalhadores e a utentes estudantes, respetivamente. Quer para a “Tangibilidade” quer para a “Confiabilidade”, os utentes com maior valor médio foram os estudantes. Os reformados apresentaram os valores médios mais elevados de “Capacidade de resposta” e “Garantia”. Para a “Empatia”, o maior valor médio foi determinado para os utentes noutra situação profissional.

Tabela 4.16 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo a situação profissional.

Dimensão de Qualidade	Situação Profissional	N	Valor médio ("Mean Rank")
Tangibilidade	Desempregado	13	53,96
	Reformado	43	64,49
	Estudante	8	82,94
	Trabalhador	55	63,97
	Outra situação	10	72,85
	Total	129	
Confiabilidade	Desempregado	14	65,07
	Reformado	39	67,96
	Estudante	8	79,81
	Trabalhador	57	58,11
	Outra situação	10	74,35
	Total	128	
Capacidade de Resposta	Desempregado	12	57,42
	Reformado	41	65,93
	Estudante	8	58,56
	Trabalhador	57	62,39
	Outra situação	7	65,50
	Total	125	
Garantia	Desempregado	12	51,54
	Reformado	41	69,04
	Estudante	8	63,13
	Trabalhador	55	61,69
	Outra situação	10	65,40
	Total	126	
Empatia	Desempregado	11	60,45
	Reformado	40	65,03
	Estudante	8	57,81
	Trabalhador	55	59,11
	Outra situação	9	71,83
	Total	123	
Avaliação Global da Qualidade	Desempregado	9	50,00
	Reformado	37	58,08
	Estudante	8	60,19
	Trabalhador	48	52,02
	Outra situação	7	59,64
	Total	109	

De acordo com os resultados do teste de Kruskal-Wallis, apesar dos valores médios de cada dimensão nos grupos comparados serem diferentes, não há significância estatística nas diferenças encontradas ($p > 0,05$) (Tabela 4.17).

Tabela 4.17 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo a situação profissional.

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Qui-quadrado	3,594	4,153	0,753	2,522	1,493	1,374
g.l.	4	4	4	4	4	4
Significância	0,464	0,386	0,945	0,641	0,828	0,849

4.6 Comparação das dimensões da qualidade percebida em utentes idosos e não idosos

A comparação das dimensões da qualidade percebida em utentes idosos e não idosos foi efetuada com base nas seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida são superiores nos utentes idosos (idade superior a 65 anos).

H_1 : As dimensões da qualidade percebida não são superiores nos utentes idosos (idade superior a 65 anos).

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov ($N \geq 50$) e de Shapiro-Wilk ($N < 50$) comprovaram a inexistência de normalidade das distribuições dimensões da qualidade percebida em ambos os grupos considerados (utentes idosos e utentes não idosos) ($p > 0,05$) (APÊNDICE 7).

Por não existir normalidade das distribuições nas dimensões nos dois grupos, optou-se pela utilização do teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar os valores médios das dimensões nos utentes idosos e não idosos.

Segundo a Tabela 4.18 constatamos que, para todas as dimensões calculadas (menos para a empatia), o valor médio das dimensões da qualidade percebida pelos utentes idosos é

superior ao valor médio dos utentes não idosos. Porém, segundo os resultados do teste de Mann-Whitney, as diferenças observadas entre os valores médios de cada dimensão nos utentes idosos e não idosos não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Tabela 4.19).

Tabela 4.18 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes não idosos (idade até 65 anos) e nos utentes idosos (idade superior a 65 anos).

Dimensão da Qualidade	Classe de Idade	N	Valor médio (“Mean Rank”)
Tangibilidade	Até 65 anos	98	65,41
	Mais de 65 anos	33	67,76
	Total	131	
Confiabilidade	Até 65 anos	100	64,96
	Mais de 65 anos	30	67,30
	Total	130	
Capacidade de Resposta	Até 65 anos	96	62,09
	Mais de 65 anos	31	69,90
	Total	127	
Garantia	Até 65 anos	96	63,29
	Mais de 65 anos	32	68,13
	Total	128	
Empatia	Até 65 anos	95	63,75
	Mais de 65 anos	30	60,62
	Total	125	
Avaliação Global da Qualidade	Até 65 anos	84	55,86
	Mais de 65 anos	27	56,43
	Total	111	

Tabela 4.19 Estatísticas do teste de Mann-Whitney para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes não idosos e nos utentes idosos.

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Mann-Whitney U	1559,000	1446,000	1305,000	1420,000	1353,500	1122,500
Z	-0,313	-0,300	-1,049	-0,656	-0,417	-0,079
Significância (bilateral)	0,754	0,764	0,294	0,512	0,676	0,937

4.7 Influência do estado de saúde subjetivo dos utentes nas dimensões da qualidade percebida

A fim de averiguar a influência do estado de saúde subjetivo dos utentes em cada uma das dimensões da qualidade percebida definiram-se as seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida são independentes do estado de saúde subjetivo dos utentes.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida dependem do estado de saúde subjetivo dos utentes.

Os resultados do teste de Shapiro-Wilk ($N < 50$) indicaram que alguns dos grupos de utentes não apresentavam normalidade na distribuição das dimensões da qualidade percebida ($p > 0,05$) (APÊNDICE 8).

Por não se cumprirem na totalidade os pressupostos de aplicação de testes paramétricos, optou-se, para comparação dos valores médios dos índices de qualidade nos quatro grupos de utentes, pela utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, embora também se pudesse utilizar o teste de Jonckheere-Terpstra, uma vez que os grupos permitem uma ordenação entre eles, no entanto, os resultados obtidos em ambos os testes revelaram-se semelhantes.

Quer para a “Avaliação global da qualidade” quer para cada dimensão da qualidade percebida, os menores valores médios corresponderam a utentes muito doentes (Tabela 4.20). Os maiores valores médios de “Avaliação global da qualidade”, “Garantia” e “Empatia” foram determinados em utentes doentes, tendo as restantes

dimensões (“Tangibilidade”, “Confiabilidade” e “Capacidade de resposta”) apresentado valores médios mais elevados nos utentes pouco doentes.

Tabela 4.20 Valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado de saúde subjetivo.

Dimensão da Qualidade	Estado de saúde subjetivo	N	Valor médio (“Mean Rank”)
Tangibilidade	Sem doença	30	59,38
	Pouco doente	55	70,75
	Doente	30	64,98
	Muito doente	13	48,73
	Total	128	
Confiabilidade	Sem doença	32	59,61
	Pouco doente	53	70,39
	Doente	30	65,60
	Muito doente	12	43,50
	Total	127	
Capacidade de Resposta	Sem doença	32	64,56
	Pouco doente	51	68,08
	Doente	29	58,24
	Muito doente	12	43,58
	Total	124	
Garantia	Sem doença	32	57,05
	Pouco doente	52	65,79
	Doente	30	69,32
	Muito doente	11	49,91
	Total	125	
Empatia	Sem doença	30	53,80
	Pouco doente	54	65,31
	Doente	26	71,10
	Muito doente	12	42,83
	Total	122	
Avaliação Global da Qualidade	Sem doença	27	50,57
	Pouco doente	44	59,02
	Doente	26	60,02
	Muito doente	11	33,00
	Total	108	

A comparação dos quatro grupos de utentes, através do teste de Kruskal-Wallis, revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios para cada uma das dimensões ($p > 0,05$) (Tabela 4.21).

Tabela 4.21 Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos valores médios das dimensões da qualidade percebida do serviço nos utentes segundo o estado de saúde subjetivo.

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global da Qualidade
Qui-quadrado	4,657	5,905	5,287	3,717	7,435	7,354
g.l.	3	3	3	3	3	3
Significância	0,199	0,116	0,152	0,294	0,059	0,061

4.8 Influência da qualidade da informação recebida pelos utentes nas dimensões da qualidade percebida

A influência da qualidade da informação recebida pelos utentes em cada uma das dimensões da qualidade percebida foi estudada através da análise de correlação ordinal de Spearman. A utilização deste coeficiente não paramétrico justifica-se pela natureza ordinal dos itens que avaliam a qualidade da informação recebida pelos utentes e pelo facto de nenhuma das dimensões da qualidade percebida do serviço, nem o índice global de avaliação global da qualidade da informação recebida pelos utentes (variáveis quantitativas), apresentarem normalidade das distribuições (Teste de Kolmogorov-Smirnov: $p > 0,05$) (APÊNDICE 9).

Para cada dimensão formularam-se as seguintes hipóteses estatísticas:

H_0 : As dimensões da qualidade percebida e o índice da qualidade da informação recebida pelos utentes não estão correlacionados.

H_1 : As dimensões da qualidade percebida e o índice da qualidade da informação recebida pelos utentes estão correlacionados de forma significativa.

Os valores dos coeficientes de Spearman e as respetivas significâncias (Tabela 4.22) indicam que, todos os itens de avaliação da qualidade da informação recebida pelos utentes e a avaliação global da qualidade da informação estão correlacionados de forma

positiva ($0 < R_s \leq 1$) e muito significativa ($p \leq 0,01$) com as dimensões da qualidade percebida do serviço, sendo a “Empatia” menos significativa, com uma significância de 0,011.

Tabela 4.22 Correlações ordinais de Spearman entre os itens de qualidade de informação recebida e as dimensões da qualidade percebida.

		Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia	Avaliação Global Qualidade
Atenção e cortesia	Coef.Corr.	0,360**	0,383**	0,417**	0,380**	0,333**	0,437**
	Signif. (p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	121	119	117	118	115	101
Compreensão informação preparação exame	Coef.Corr.	0,392**	0,379**	0,481**	0,378**	0,240*	0,410**
	Signif. (p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,000
	N	118	118	115	116	112	100
Informação tempo preparação exame	Coef.Corr.	0,423**	0,443**	0,448**	0,433**	0,358**	0,448**
	Signif. (p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	119	116	114	117	113	100
Informação tempo duração exame e procedimento	Coef.Corr.	0,482**	0,447**	0,537**	0,448**	0,459**	0,522**
	Signif. (p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	114	112	111	112	108	97
Facilidade reclamação	Coef.Corr.	0,458**	0,394**	0,545**	0,380**	0,364**	0,461**
	Signif. (p)	0,000	0,001	0,000	0,002	0,002	0,000
	N	70	68	68	67	67	62
Avaliação Global Informação Recebida	Coef.Corr.	0,574**	0,566**	0,655**	0,493**	0,457**	0,588**
	Signif. (p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	70	68	68	67	67	62

** Correlação significativa para o nível de significância de 0,01

As correlações determinadas são maioritariamente moderadas ($0.4 < R_s \leq 0,7$), havendo algumas correlações fracas ($0 < R_s \leq 0,4$).

Todas as dimensões da qualidade percebida do serviço apresentaram correlações moderadas com o índice global de avaliação da qualidade da informação recebida pelos utentes. Existe assim, uma tendência moderada da parte dos utentes com maior

satisfação, em termos globais de qualidade da informação recebida, em apresentar maiores valores das dimensões da qualidade percebida do serviço e vice-versa.

Foram igualmente determinadas correlações moderadas entre o índice global da qualidade percebida do serviço e os itens que avaliam a qualidade da informação recebida pelos utentes, revelando que os utentes com maiores níveis qualidade percebida geral são tendencialmente os que maior satisfação demonstraram nos itens de avaliação da qualidade da informação recebida pelos utentes e vice-versa.

4.9 DISCUSSÃO

Após a análise dos dados obtidos neste estudo, confirmou-se que a escala SERVQUAL adaptada apresenta um índice adequado de consistência interna, apropriada para as escalas utilizadas, uma vez que, tal como se pode verificar na (Tabela 4.1), os valores de Alfa de Cronbach determinados foram superiores a 0,70, confirmando assim a sua fidedignidade segundo este coeficiente.

Examinando os dados obtidos na (Tabela 4.3), podemos apurar que os valores das médias de todos os índices foram negativos, indicando que, quer em termos globais quer para cada uma das dimensões (tangibilidade; confiabilidade; capacidade de resposta; garantia e empatia), as expetativas dos utentes superaram a sua perceção do serviço prestado, verificando-se a existência de um *gap* entre estas duas.

Ambas as situações supra mencionadas, confirmam então que a metodologia apresentada pode ser aplicada nos serviços de saúde com sucesso, facto que também corrobora a opinião de vários autores, como Chakraborty e Majumdar (2011), Chunlaka (2010), Rohini e Mahadevappa (2006), Pakdil e Harwood (2005), Carman (1990) e Reidenback e Sondifer-Smallwood (1990).

Relativamente à relevância das dimensões da qualidade percebida para os utentes, verificámos que a “Confiabilidade” foi considerada a mais importante, o que vai de encontro com a forte correlação positiva entre esta dimensão e a qualidade percebida pelo utente ($r = 0,899$).

Por outro lado, a “Tangibilidade” foi a dimensão que apresentou menor peso para os utentes, tendo igualmente o menor valor de correlação com a qualidade percebida, de entre as cinco dimensões estudadas.

Esta cascata de importância dada a cada dimensão também atesta os resultados alcançados noutros estudos, como é o caso daquele desenvolvido por Hercos e Beresovsky (2005), contrapondo contudo o trabalho de Man *et al.* (2002) onde as maiores pontuações foram atribuídas às dimensões “Garantia” e “Tangibilidade”.

Dentro de cada dimensão foram ainda abordadas várias questões relacionadas com a qualidade do serviço prestado, às quais os utentes responderam consoante o grau de satisfação atingido, mediante a perceção que tiveram do serviço realizado.

Desta forma, depois de analisadas as referidas respostas, verificámos que os utentes atribuem um menor grau de qualidade à limpeza e agradabilidade das instalações (“Tangibilidade”), à execução das tarefas no tempo prometido (“Confiabilidade”), à boa vontade dos profissionais em ajudar os seus pacientes com simpatia e atenção (“Capacidade de resposta”), ao conhecimento dos profissionais para responder às perguntas que lhe são colocadas (“Garantia”) e à atenção que os profissionais dão aos utentes e familiares, respondendo às suas dúvidas e ouvindo as suas sugestões e reclamações (“Empatia”).

Concomitantemente, verificou-se que os utentes atribuem um maior nível de qualidade à limpeza e fardamento dos profissionais (“Tangibilidade”), à realização dos exames de forma correta à primeira (“Confiabilidade”) e o mais rápido possível (“Capacidade de resposta”), assim como à adaptação do atendimento dos profissionais às necessidades dos utentes (“Garantia”) e ao facto destes terem muito tempo disponível para atender os utentes (“Empatia”).

No entanto, e de um modo global, as expectativas dos utentes não foram ultrapassadas pelas suas perceções, como podemos verificar pela existência de médias negativas das estatísticas descritivas de cada dimensão (Tabela 4.3), o que parece indicar que estes não se encontram satisfeitos com o serviço prestado. Contudo, aquando da avaliação global do serviço de Radiologia, a maioria dos utentes respondeu estar satisfeito (56,4%) ou muito satisfeito (28,6%) com a qualidade do serviço prestado, tendo uma

grande percentagem dos utentes intenção de regressar a este serviço (70,4%), assim como aconselhá-lo a um amigo ou familiar (64,9%).

Outro objetivo do presente trabalho foi identificar os fatores sociodemográficos que influenciam a qualidade percebida pelos utentes, facto que, tal como vimos no início, apresenta grande controvérsia.

Assim sendo, e após a realização de testes estatísticos, constatou-se que fatores como o género, a idade, o estado civil e a situação profissional não têm influência sobre os índices da qualidade percebida, tal como se constatou nos estudos desenvolvidos por Schoenfelder *et al.*, 2011; Cunningham e Salas, 2006 e Boudreaux *et al.*, 2000.

Contrariamente, constatou-se que os utentes com maior grau académico tendem a estar mais descontentes com as dimensões de “Confiabilidade” e “Empatia”. Não existindo influência do grau académico nas restantes dimensões.

Tal situação pode estar associada ao facto de utentes com maior nível de escolaridade exigirem maior nível do desempenho, constância e dedicação do serviço prestado, por serem mais conhecedores.

Estes resultados seguem a linha alcançada por Pakdil e Harwood (2005) e Valentin, Lopez, e Garrido (2005), nos seus estudos, onde se atesta que indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam níveis de satisfação significativamente menores, verificando-se ainda uma correlação com o género, estando as mulheres com maior escolaridade mais insatisfeitas com a qualidade do serviço prestado. Não encontramos evidência empírica que dê suporte à conclusão de Cruz e Melleiro (2010), segundo os quais os utentes com maior nível de escolaridade mostram níveis de perceção de qualidade mais elevados.

De entre os fatores sociodemográficos analisados nos estudos realizados até à data, a idade foi o fator mais determinante e com maior influência sobre a perceção da qualidade do serviço prestado (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011; Cruz e Melleiro, 2010; Hekkert *et al.*, 2009; Moret *et al.*, 2007; Chang *et al.*, 2003; Jaipaul e Rosenthal, 2003; Valentin, Lopez, e Garrido (2005); Campbell e Green, 2001 e Jackson *et al.*, 2001).

No entanto, através dos dados apurados pela presente investigação verificou-se que as diferenças entre a qualidade percebida pelos utentes de diferentes faixas etárias não é estatisticamente significativa, suscitando dúvidas quanto à eventual influência da idade sobre as apreciações que os utentes fazem sobre a qualidade do serviço prestado.

Passando à qualidade da informação percebida pelos utentes atestou-se que estes a consideram, de um modo global, satisfatória e muito satisfatória, sendo que os utentes que estão mais satisfeitos com a informação que lhes é transmitida terão igualmente, maiores níveis de percepção da qualidade do serviço prestado, o que também é defendido por Schoenfelder *et al.* (2010) no seu trabalho.

Neste estudo abordou-se ainda a influência do estado de saúde subjetivo sobre a qualidade percebida do serviço, tendo-se verificado, embora sem diferenças estatisticamente significativas, que utentes que se consideram muito doentes apresentam menor grau de satisfação relativamente ao serviço que lhes é prestado, o que corrobora o estudo realizado por Jackson *et al.*, (2001), ainda que aqui com diferenças significativas.

Com o intuito de recolher sugestões dos utentes ou aspetos considerados importantes por estes para melhorar a qualidade do serviço de Radiologia, adicionaram-se duas questões desta natureza ao instrumento utilizado, tendo-se verificado que a maioria dos utentes não respondeu a esta questão. Dos respondentes, a sugestão apontada com maior frequência foi a possibilidade de marcação dos exames radiológicos com maior rapidez de modo a ficarem disponíveis em tempo útil para as consultas de especialidade.

4.9.1 Limitações e sugestões

Durante a aplicação do questionário verificou-se que a recolha de dados foi limitada por vários fatores, nomeadamente pela breve permanência dos utentes no serviço de Radiologia, particularmente para a realização de exames de radiologia convencional, pelo seu estado de saúde, pela idade avançada, baixa escolaridade, falta de disponibilidade e ainda devido à extensão do questionário, fatores que estão de acordo com outros autores Man *et al.* (2002).

Para além disso, alguns dos participantes optaram por levar o questionário comprometendo-se a entregá-lo mais tarde, o que acabou por não acontecer na maioria dos casos.

Estes aspetos, conjuntamente com o espaço temporal para a recolha dos dados e a não inclusão dos utentes provenientes de outros serviços (urgência e internamento), limitaram o tamanho da amostra (N=140).

Consequentemente, não se conseguiu desenvolver um estudo com base numa amostra probabilística, constituindo esta a principal limitação do presente trabalho, uma vez que os resultados alcançados não são tão confiáveis quanto os conseguidos através de uma amostra desse género.

A comparação dos resultados deste estudo com outros existentes foi igualmente considerada uma limitação, uma vez que os resultados foram alcançados recorrendo-se a diferentes instrumentos nos diversos estudos, não existindo por isso uma homogeneidade no tipo de instrumento utilizado, nem no tratamento de dados efetuado contudo este facto permitiu avaliar o problema em estudo segundo diferentes perspetivas.

Em estudos futuros sugere-se que a amostra tenha uma maior dimensão, podendo-se para esse efeito englobar doentes provenientes de outras áreas, assim como aumentar o tempo de recolha de dados, uma vez que este se mostrou insuficiente. Para além disso, pensa-se ainda que este estudo possa ser realizado em outros hospitais, para se poder proceder a uma posterior comparação dos resultados.

5. CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi o estudo dos níveis da qualidade percebida dos utentes que realizam exames complementares de diagnóstico no serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E., com o intuito de perceber quais os aspetos dos cuidados de saúde e quais os fatores que mais contribuem para a qualidade percebida pelo utente, permitindo assim a otimização dos cuidados de saúde aí prestados.

Desta forma, após a análise dos resultados obtidos, concluiu-se que os utentes do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E. estão satisfeitos com a qualidade global dos serviços que aqui são prestados, considerando positiva a imagem que o serviço apresenta, tendo intenção de regressar e aconselhando-o a terceiros.

Simultaneamente, conclui-se que os utentes esperam mais deste departamento de Radiologia, uma vez que as suas expetativas não são alcançadas pelo serviço que é oferecido. A existência deste *gap* entre as perceções e as expetativas dos utentes, pode resultar de uma falta de qualidade do serviço apresentado ou pelo desconhecimento dessas expetativas por parte do serviço de Radiologia, o que pode ser colmatado com as informações obtidas neste estudo.

Conclui-se igualmente que os índices da qualidade percebida dos utentes deste serviço não são influenciados pela maioria dos fatores sociodemográficos estudados, exceção feita para o grau de escolaridade que tem uma influência negativa significativa sobre a qualidade percebida do serviço prestado, nomeadamente a nível das dimensões “Confiabilidade” e “Empatia”.

Por outro lado, sugere-se que a qualidade da informação percebida pelos utentes exerce efeitos positivos significativos sobre a qualidade percebida. Sendo que os utentes com maior perceção da informação recebida apresentam maiores níveis de qualidade percebida do serviço. Esta pode ser uma informação importante, fazendo com que os profissionais de saúde garantam que a informação transmitida é adequada e perceptível para cada utente.

Os dados obtidos neste estudo sugerem ainda que monitorizar a qualidade percebida pelos utentes, do serviço prestado, através da aplicação periódica do instrumento SERVQUAL modificado, permitiria não só planear estratégias precisas de intervenção de alta efetividade no serviço de Radiologia, como também monitorizar a resposta a essas ações, trazendo deste modo benefícios para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman et al. 1998

THE SERVQUAL INSTRUMENT^a

DIRECTIONS: This survey deals with your opinions of ——— services. Please show the extent to which you think firms offering ——— services should possess the features described by each statement. Do this by picking one of the seven numbers next to each statement. If you strongly agree that these firms should possess a feature, circle the number 7. If you strongly disagree that these firms should possess a feature, circle 1. If your feelings are not strong, circle one of the numbers in the middle. There are no right or wrong answers—all we are interested in is a number that best shows your expectations about firms offering ——— services.

- E1. They should have up-to-date equipment.
- E2. Their physical facilities should be visually appealing.
- E3. Their employees should be well dressed and appear neat.
- E4. The appearance of the physical facilities of these firms should be in keeping with the type of services provided.
- E5. When these firms promise to do something by a certain time, they should do so.
- E6. When customers have problems, these firms should be sympathetic and reassuring.
- E7. These firms should be dependable.
- E8. They should provide their services at the time they promise to do so.
- E9. They should keep their records accurately.
- E10. They shouldn't be expected to tell customers exactly when services will be performed. (—)^b
- E11. It is not realistic for customers to expect prompt service from employees of these firms. (—)
- E12. Their employees don't always have to be willing to help customers. (—)
- E13. It is okay if they are too busy to respond to customer requests promptly. (—)
- E14. Customers should be able to trust employees of these firms.
- E15. Customers should be able to feel safe in their transactions with these firms' employees.
- E16. Their employees should be polite.

- E17. Their employees should get adequate support from these firms to do their jobs well.
- E18. These firms should not be expected to give customers individual attention. (–)
- E19. Employees of these firms cannot be expected to give customers personal attention. (–)
- E20. It is unrealistic to expect employees to know what the needs of their customers are. (–)
- E21. It is unrealistic to expect these firms to have their customers' best interests at heart. (–)
- E22. They shouldn't be expected to have operating hours convenient to all their customers. (–)

DIRECTIONS: The following set of statements relate to your feelings about XYZ. For each statement, please show the extent to which you believe XYZ has the feature described by the statement. Once again, circling a 7 means that you strongly agree that XYZ has that feature, and circling a 1 means that you strongly disagree. You may circle any of the numbers in the middle that show how strong your feelings are. There are no right or wrong answers—all we are interested in is a number that best shows your perceptions about XYZ.

- P1. XYZ has up-to-date equipment.
- P2. XYZ's physical facilities are visually appealing.
- P3. XYZ's employees are well dressed and appear neat.
- P4. The appearance of the physical facilities of XYZ is in keeping with the type of services provided.
- P5. When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.
- P6. When you have problems, XYZ is sympathetic and reassuring.
- P7. XYZ is dependable.
- P8. XYZ provides its services at the time it promises to do so.
- P9. XYZ keeps its records accurately.
- P10. XYZ does not tell customers exactly when services will be performed. (–)
- P11. You do not receive prompt service from XYZ's employees. (–)
- P12. Employees of XYZ are not always willing to help customers. (–)
- P13. Employees of XYZ are too busy to respond to customer requests promptly. (–)
- P14. You can trust employees of XYZ.
- P15. You feel safe in your transactions with XYZ's employees.
- P16. Employees of XYZ are polite.

- P17. Employees get adequate support from XYZ to do their jobs well.
P18. XYZ does not give you individual attention. (–)
P19. Employees of XYZ do not give you personal attention. (–)
P20. Employees of XYZ do not know what your needs are. (–)
P21. XYZ does not have your best interests at heart. (–)
P22. XYZ does not have operating hours convenient to all their customers. (–)

^a A seven-point scale ranging from “Strongly Agree” (7) to “Strongly Disagree” (1), with no verbal labels for the intermediate scale points (i.e., 2 through 6), accompanied each statement. Also, the statements were in random order in the questionnaire. A complete listing of the 34-item instrument used in the second stage of data collection can be obtained from the first author.

^b Ratings on these statements were reverse-scored prior to data analysis.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alrubaiee, L., e Alkaa'ida, F. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patient' Perceptions of Healthcare Quality - Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies*, 3 (1), 103-127.
- Babakus , E., e Mangold, M. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investlgatlon. *HSR: Health Services Research*, 767-786.
- Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em saude uma perspectiva conceptual. *Qualidade em saúde*, 6-10.
- Blomberg, F., Brulin, C., Andertun, R., e Rydh, A. (2010). Patients' Perception of Quality of Care in a Radiology Department: A Medical-Physical Approach. *Journal of Radiology Nursing*, 10-17.
- Boudreaux, E. D., Ary, R., Mandry, C., e McCabe, B. (julho de 2000). Determinants of Patient Satisfaction in a Large, Municipal ED: The Role of Demographic Variables, Visit Characteristics, and Patient Perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*, 4, 394-400.
- Bowers, M., Swan, J., e Koehler, W. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage*, 19, 49-55.
- Brito, C. M., e Lencastre, P. (2000). Os Horizontes do Marketing. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-32.
- Campbell, J., e Green, J. (Mar de 2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10, 90-95.
- Carman, J. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 16, 33-55.

- Chakraborty, R., e Majumdar, A. (2011). Measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of servqual. *International Refereed Research Journal, II*, 149-160.
- Chang, E., Hancock, K., Chenoweth, L., Jeon, Y.-H., Glasson, J., Gradidge, K., et al. (2003). The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 191-201.
- Chunlaka, P. (2010). *International patients' satisfaction towards nurses service quality at Samitivej Srinakarin Hospital*. Tese de Mestrado não publicada, Srinakharinwirot University.
- Clark, G., Johnston, R., e Shulver, M. (2000). *Exploiting the service concept for service design and development*. (F. M. Fitzsimmons J., Ed.) Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Covinsky, K., Rosenthal, G., Chren, M., Justine, A., Fortinsky, R., Palmer, R., et al. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 223-229.
- Cronin, J., e Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: New American Library.
- Cruz, M., e Melleiro, M. (2010). Análise da Satisfação dos Usuários de um Hospital Privado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 147-153.
- Cunningham, G., e Sagas, M. (2006). The Role of Perceived Demographic Dissimilarity and Interaction in Customer-Service Satisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 1674-1673.
- Da Costa, D., Clarke, A., Dobkin, P., Senecal, J.-L., Fortin, P., Danoff, D., et al. (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International journal for quality in health care*, 11, 201-207.
- Daly, L. E., e Bourke, G. (2007). *Interpretação e Aplicações da Estatística em Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.

- David, P., e Brooks, F. (1998). Age differences in women's verdicts on the quality of primary health care services. *British Journal of General Practice*, 1151-1154.
- Donabedien, A. (1990a). La dimensión internacionale de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32, 113-117.
- Donabedien, A. (1990b). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 1115-1118.
- Edvardsson, B., Anders, G., Johnson, M., e Sandén, B. (2000). *New Service Development and Innovation in the New Economy*. Lund,Sweden: Studentlitteratur.
- Edvardsson, B., Gustafsson, A., e Roos, I. (2005). Service Portraits in Service Research:A Critical Review. *International Journal of Service Industry Management*, 16, 107-121.
- Ferreira, P., e Raposo, V. (2006). Governação em Saúde e Utilização de Indicadores em Satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 285-296.
- Fornell, C. (1995). Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 11A, 217-229.
- Garvin, D. (1984). *What does product quality really mean*. Sloan Management Review, 26, 25-43.
- Garvin, D. A. (Nov-Dez de 1987). Competing on the eight dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 101-109.
- Gill, L., e White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22, 8-19.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 36-44.
- Gronroos, C. (1990). *Service management and marketing: managing the moment of truth in service competition*. Lexington: Free Press, Lexington Books.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. England: Jonh Wiley e Sons.
- Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory* , 6, 317-333.
- Hall, J., Milburn, M., e Epstein, A. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical care*, 31, 84-94.

- Hekkert, K. D., Cihangir, S., Kleefstra, S. M., Berg, B. v., e Kool, R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69, 68-75.
- Hercos, B. V., e Berezovsky, A. (2006). Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*, 69, 213-219.
- Hoe, J., (2007). Quality service in radiology. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, 1-6.
- Hoffman, K. D., e Bateson, J. E. (2003). Princípios de Marketing de Serviços – Conceitos, Estratégias e Casos. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Iacobucci, D., Ostrom, A., e Grayson, K. (1995). Distinguishing service quality and customer satisfaction: The voice of the consumer. *Journal of Consumer Psychology*, 277-303.
- Ishikawa, K. (1985). *What is Quality Control the Japanese Way*. New York: Prentice Hall.
- Jackson, J. L., Chamberlinc, J., e Kroenke, K. (2001). Predictors of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609-620.
- Jaipaul, C. K., e Rosenthal, G. E. (Jan de 2003). Are Older Patients More Satisfied With Hospital Care Than Younger Patients? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 23-30.
- Jonhston, R., e Clark, G. (2001). Service Operations Management. *Pearson Education Limited*. United Kingdom.
- Juran, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality*. New York: Free Press.
- Lee, M. A., e Yom, Y.-H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 245-255.
- Lee, W.-I., Chen, C.-W., Chen, T.-H., e Chen, C.-Y. (2010). The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. *African Journal of Business Management*, 44, 448-458.
- Lovelock, C., Vandermerwe, S., e Lewis, B. (1999). *Services Marketing: A European Perspective*. Prentice Hall Europe.

- Maia, M., Salazar, A., e Ramos, P. (2007). A adequação dos modelos SERVQUAL e SERVPERF na medição da qualidade do serviço: o caso da RAR imobiliária. *Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro*, 1802-1813.
Disponível em:
http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2232551&orden=75025.
- Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Rijk, P., e Dierckx, R. (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine*, 29 (9), 1109-1117.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística-Com Utilização do SPSS. 3ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mendes, S. P. (2009). *Avaliação do estado subjectivo de saúde: utilização de questões singulares por difentes modos de administração*. Tese Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Milan, G., e Trez, G. (2005). Pesquisa de Satisfação: Um Modelo para Planos de Saúde. *RAE-eletrônica*, 4 (2) Disponível em:
Url:<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volu>.
- Mira, J., e Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 26-33.
- Moret, L., Nguyen, J.-M., Volteau, C., Felissard, B., Lombrail, P., e Gasquet, I. (2007). Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, 382-389.
- Naik, C., Gantasala, S., e Prabhakar, G. (2010). Service Quality (Servqual) and its Effect on Customer Satisfaction in Retailing. *European Journal of Social Sciences*, 16 (2), 231-243.
- Oliver, R. (1993). A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals, Different Concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, 2, 65-85.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction – A Behavioural Perspective on the Consumer*. Boston, MA: Irwin/McGraw-Hill.
- Ondategui-Parra, S., Bhagwat, J., Zou, K., Nathanson, E., Gill, I., e Ros, P. (2005). Use of Productivity and Financial Indicators for Monitoring Performance in

- Academic Radiology Departments: U.S. Nationwide Survey. *Radiology*, 236 (1), 214-219.
- Ondategui-Parra, S., Erturk, S. M., e Ros, P. R. (2006). Survey of the Use of Quality Indicators in Academic Radiology Departments. *AJR*, 187, 451-455.
- Pakdil , F., e Harwood , T. (2005). Patient satisfaction in a pre-operative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management*, 16, 15-30.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., e Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., e Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple - item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64 (1), 12-40.
- Pereira, A. (2003). Educação em saúde. *Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. Difusão.
- Pessoa, M. (2005). A Qualidade como factor de mudança nas organizações de saúde. 49-52.
- Petrie, A., e Sabin, C. (2000). *Compêndio de Estatística Médica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Phillips, D., e Brooks, F. (1998). Age differences in women's verdicts on the quality of primary health care services. *British Journal of General Practice*, 1151-1154.
- Pinto, S. (2003). *Gestão dos Serviços: A avaliação da Qualidade*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Qin , H., e Prybutok, V. (2009). Perceived Service Quality in the Urgent Care Industry. Disponível em URL: www.swdsi.org/swdsi2009/Papers/9N03.pdf, 548-556.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *JHNSA SPRING*, 428-443.
- Reeves, C., e Bednar, D. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 19 (3), 419-445.
- Reidenback, E., e Sandifer-Smallwood , B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal Health Care Mark*, 47-55.

- Righi, A., Schmidt, A., e Venturini, J. (2010). Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, 10 (3), 649-669.
- Rohini, R., e Mahadevappa, B. (2006). Service Quality in Bangalore Hospitals - An empirical Study. *Journal of Services Research*, 59-84.
- Salazar, A. (2000). A Avaliação da Qualidade dos Serviços: o caso de uma seguradora. *Revista Portuguesa de Gestão*, 15, 59-64.
- Sale, D. (1998). Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. In Principia (Ed.). Lisboa: Publicações universitárias e científicas.
- Schoenfelder, T., Klewer, J., e Kugler, J. (2011). Analysis of factors associated with patient satisfaction in ophthalmology: the influence of demographic data, visit characteristics and perceptions of received care. *Ophthalmic & Physiological optics*, 164, 580-587.
- Seltzer, S., Gillis, A., Chiango, B., Adams, D., Jolesz, F., Vieira, M., et al. (1992). Marketing CT and MR imaging services in a large urban teaching hospital. *Radiology*, 183 (2), 529-534.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 65-82.
- Seth, N., e Deshmukh, S. (2005). Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22 (9), 913-949.
- Shahin, A., e Samea, M. (2010). Developing the Models of Service Quality Gaps: A Critical Discussion. *Business Management and Strategy*, 1 (1), 1-11.
- Sousa, P., Pinto, F., Costa, C., e Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados da doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde pública*, 57-65.
- Spreng, R., e Mackoy, R. (1996). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, 72, 201-214.
- Uchimura, K. Y., e Bosi, M. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 1561-1569. Rio de Janeiro.
- Valentin, A. G., Lopez, S. P., e Garrido, E. d. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of nursing care quality*, 20(1), 63-72.

- Vieira, J. (2000). *Inovação e marketing de serviços*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Wright, S. M., Craig, T., Campbell, S., e Schaefer, J. (2006). Patient Satisfaction of Female and Male Users of Veterans Health Administration Services. *J GEN INTERN MED*, 26–32.
- Zeithaml, V., e Bitner, M. (2003). *Services Marketing: Integrating Customer Across the firm*. *McGraw-Hill*, 4. New York.

Apêndices

Apêndice 1: Questionário aplicado aos utentes

Estudos da Qualidade e Satisfação dos Doentes do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E. -2012

Questionário n.º: |_|_|_|_|

Este questionário faz parte de um estudo sobre a avaliação da qualidade percebida em saúde: o caso do serviço de radiologia do Hospital de Faro E.P.E., orientada pelo Prof. Doutor Carlos Cândido, e pela Prof. Isabel Feliciano, da Universidade de Economia, Universidade do Algarve.

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

O investigador Paulo Tinoco gostaria de solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário, pois as suas experiências e opiniões são muito importante para a execução deste estudo, e um contributo para a melhoria dos cuidados prestados por este serviço. Solicitamos que seja sincero nas suas respostas. Será garantido a confidencialidade e o anonimato.

(Tempo de resposta ± 5 min)

Questionário Utentes – Parte A

PA1.- Baseado nas suas experiências como utilizador dos serviços de radiologia, pense no tipo de serviço que lhe poderia oferecer um serviço de excelente qualidade. Pense no tipo de serviço com a qual se sentiria satisfeito com a realização dos seus exames de diagnóstico.

As frases seguintes referem-se à sua expectativa sobre o seu **SERVIÇO DE RADIOLOGIA IDEAL**. Para cada uma das afirmações, assinale com um X a sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 7, em que 1 significa "*discordo totalmente*", 2 "*discordo moderadamente*", 3 "*discordo pouco*", 4 "*nem discordo nem concordo*", 5 "*concordo pouco*", 6 "*concordo*", e 7 "*concordo totalmente*".

PA 1.1. Um serviço de radiologia de excelência tem boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.2. Num serviço de radiologia de excelência o ambiente físico e as instalações devem ser limpos e agradáveis.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.3. Um serviço de radiologia de excelência têm profissionais limpos e fardados (bata limpa, sapatos limpos, etc).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.4. Um serviço de radiologia de excelência está bem localizado e com fácil acesso (boa informação sinalética).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.5. Num serviço de radiologia de excelência são cumpridas as tarefas no tempo certo prometido.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.6. Num serviço de radiologia de excelência os profissionais mostram sincero interesse em solucionar os seus problemas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.7. Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados de forma correta á primeira vez.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.8. Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados no tempo previsto.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.9. Num serviço de radiologia de excelência o departamento de radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e o horário da realização do exame.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.10. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais avisam aquando da conclusão do exame.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.11. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais de Radiologia prestam os seus serviços o mais rápido possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.12. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais da Radiologia devem ter sempre boa vontade em ajudar os seus pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.13. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.14. Num serviço de radiologia de excelência, o comportamento dos profissionais transmite-lhe confiança.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.15. Num serviço de radiologia de excelência, o atendimento foi adaptado às suas necessidades.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.16. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais da radiologia são educados.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.17. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem ter conhecimentos para responder às perguntas que lhe coloca.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.18. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão-lhe atenção Individualizada.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.19. Um serviço de radiologia de excelência, têm horários de trabalho convenientes para todos os utentes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.20. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão apoio moral principalmente aos utentes mais doentes e que estão à mais tempo à espera.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.21. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem dar atenção aos doentes e aos seus familiares, respondendo às suas dúvidas, e ouvindo as suas sugestões e reclamações.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 1.22. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Avaliação da Qualidade Percebida em Radiologia

PA1.1: Na lista que aparece em seguida incluímos cinco características que correspondem, aos serviços oferecidos pelo departamento de radiologia. Gostaríamos de conhecer que nível de importância para cada uma dessas características quando avalia a qualidade do serviço de um departamento de radiologia. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características de acordo com a importância que elas têm para si (quanto mais importante seja para si uma característica, mais pontos lhe atribuirá). Assegure-se que o total da soma é 100.

1. Aparência das instalações físicas, equipas, pessoal e material de comunicação utilizado pelo serviço (folhetos informativos, sitio internet, etc)	_____ pontos
2. Capacidade do serviço de radiologia para realizar o serviço prometido de forma segura e precisa.	_____ pontos
3. Disposição do serviço de radiologia para ajudar os utentes e dar-lhes um serviço rápido.	_____ pontos
4. Conhecimentos e tratamento amável dos profissionais do serviço, e a sua capacidade para transmitir um sentimento de fé e confiança.	_____ pontos
5. Cuidado, atenção individualizada que o serviço de radiologia dá aos seus utentes.	_____ pontos
TOTAL de pontos atribuidos	100 pontos
Das cinco características assinaladas previamente qual é a mais importante para si? (Indique o número da característica).	① ② ③ ④ ⑤
Que característica é a segunda mais importante para si?	① ② ③ ④ ⑤
Qual é a característica menos importante para si?	① ② ③ ④ ⑤

PA2.- As frases seguintes referem-se à sua percepção sobre o **SERVIÇO DE RADIOLOGIA** do Hospital de Faro. Para cada uma das afirmações, assinale com um X a sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 7, em que 1 significa "discordo totalmente", 2 "discordo moderadamente", 3 "discordo pouco", 4 "nem discordo nem concordo", 5 "concordo pouco", 6 "concordo", e 7 "concordo totalmente".

PA 2.1. O serviço de radiologia possui boa capacidade tecnológica e equipamentos modernos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.2. No serviço de radiologia o ambiente físico e as instalações estão limpas e agradáveis.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.3. O serviço de radiologia têm profissionais com boa aparência e fardados (bata limpa, sapatos limpos, etc).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.4. O serviço de radiologia está bem localizado e com fácil acesso (boa informação sinalética).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.5. Quando o serviço de radiologia promete fazer algo em determinado tempo, cumpre-o.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.6. Os profissionais do serviço de radiologia mostram sincero interesse em solucionar os seus problemas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.7. Os exames foram realizados à primeira vez de forma correta.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.8. Os exames foram realizados no tempo previsto.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.9. O serviço de radiologia informou -o, de forma exata, a data e o horário do exame a realizar.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.10. Os profissionais do serviço de radiologia avisaram-no da conclusão do exame.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.11. Os profissionais realizam os seus serviços o mais breve possível, reduzindo ao mínimo o tempo dos exames.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.12. Os profissionais da Radiologia mostraram boa vontade em ajudar os pacientes, demonstrando simpatia e atenção.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.13. Os profissionais da radiologia nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.14. O comportamento dos profissionais do serviço de radiologia transmite-lhe confiança.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.15. O atendimento dos profissionais do serviço de radiologia transmite-lhe confiança.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.16. Os profissionais do serviço de radiologia foram educados.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.17. Os profissionais do serviço de radiologia mostraram conhecimentos para responder às suas perguntas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.18. Os profissionais do serviço de radiologia dão-lhe atenção individualizada.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.19 O serviço de radiologia têm horários de trabalho convenientes para todos os utentes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.20. Os profissionais do serviço de radiologia dão apoio moral principalmente aos utentes mais doentes e que estão à mais tempo à espera.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.21. Os profissionais do serviço de radiologia dão atenção aos doentes e aos seus familiares, respondendo às suas dúvidas, e ouvindo as suas sugestões e reclamações.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 2.22 Os profissionais do serviço de radiologia têm muito tempo disponível para atender cada utente.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

PA3. Indique outros aspectos ou situações que marcou o seu contacto com o Serviço de Radiologia e que deveriam ter sido mencionadas:

--

PA4.- Avalie ainda de forma global o Serviço de Radiologia, utilizando também uma escala de 1 a 7, em que **1** significa “*muito insatisfeito*”, **2** “*moderadamente insatisfeito*”, **3** “*insatisfeito*”, **4** “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e **5** “*pouco satisfeito*”, **6** “*satisfeito*” e **7** “*muito satisfeito*”.

PA 4.1 A Qualidade, em geral, que o Serviço de Radiologia proporcionou foi----	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
--							
PA 4.2. A Satisfação, em geral, obtida com o Serviço de Radiologia foi-----	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
--							
PA4.3. A imagem, em geral, que o Serviço de Radiologia apresenta foi -----	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
--							

PA5. Tendo em conta a qualidade global apercebida dos serviços prestados, responda às seguintes questões, assinalando um X para as suas opções, em que **1** significa “**Sim**”, **2** “**Provavelmente Sim**”, **3** “**Provavelmente Não**” e **4** “**Não**”.

PA5.1. No caso de ter necessidade, voltaria ao Serviço de Radiologia deste Hospital?	①	②	③	④
PA5.2. Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Serviço de Radiologia deste Hospital?	①	②	③	④

PA6. Indique sugestões de melhoria para que o Hospital, em geral e o Serviço de Radiologia, em particular, possam prestar melhores cuidados/serviços.

--

Questionário Utentes – Parte B

PA7. Avalie ainda de forma global a informação recebida pelo Serviço de Radiologia, utilizando também uma escala de 1 a 7, em que 1 significa “ *muito insatisfeito*”, 2 “ *moderadamente insatisfeito*”, 3 “ *insatisfeito*”, 4 “ *satisfeito nem insatisfeito*” e 5 “ *pouco satisfeito*”, 6 “ *satisfeito*” e 7 “ *muito satisfeito*”.

PA 7.1. Os funcionários do Serviço de Radiologia atendem os utentes e familiares com atenção e cortesia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 7.2. Compreendeu toda a informação recebida sobre a preparação do exame (caso se verifique).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 7.3. Foi-lhe fornecida informação sobre o tempo necessário para a preparação do exame (exames de TAC e Ecografia)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 7.4. Foi-lhe transmitida informação sobre o tempo de duração do exame e os seus procedimentos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PA 7.4. Foi-lhe fácil reclamar (caso se verifique)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

PA8. Como considera o seu estado de saúde actual.

Sem doença Pouco doente Doente Muito doente

Questionário Utentes – Parte C

Respondente do questionário

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

Caracterização do doente

PB1. Já realizou alguma vez exames neste serviço de radiologia?

- Sim Não

PB2. Já realizou exames em outro serviço de radiologia?

- Sim Não

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

- Hospital público Centro de Saúde Clínica Privada Outro

PB3. Sexo:

- Feminino
Masculino

PB4. Idad

|_|_| anos

PB5. Estado Civil

- Solteiro(a)
Casado(a) ou União de facto
Divorciado(a) ou Separado(a)
Viúvo(a)

PB6. Área geográfica da Residência

- Território nacional
No estrangeiro

PB6.1. Se reside em Portugal, especifique a área geográfica:

- Distrito
Concelho
Freguesia
Lugar
Onde? _____

PB7. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:

- Sem escolaridade
1º Ciclo (4ª Classe)
2º Ciclo (6ª Classe)
3º Ciclo (9º ano de Escolaridade)
Ensino secundário complementar
Curso Técnico-Profissional
Bacharelato ou Curso Médio
Licenciatura
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento

PB8. Situação Profissional:

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

Obrigado pela Sua Participação

Apêndice 2: Autorização para a realização do estudo no Hospital de Faro E.P.E.

Autorizado
28.08.2012

HOSPITAL DE FARO E.P.E.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Presidente
(Pedro M.H. Nunes)
Vogal Executivo (Luís Miguel Martins) Enº Director
Vogal Executivo (José Vieira Santos)
Direcção Clínica (Gracia Pereira)
(Jorge Salvador)

Comissão de Ética para a Saúde

Exmo Senhor
Director Clínico
do Hospital de Faro, E.P.E.

PARECER

Assunto: Estudo de Investigação “Avaliação da Qualidade percebida em saúde: O caso do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E.”

Investigador: Paulo Tinoco

Em relação ao estudo referido em epígrafe, somos de parecer favorável à realização do mesmo, uma vez que não se verificam quaisquer questões do foro ético.

Sem outro assunto, enviamos os nossos cumprimentos.

Faro, 23 de Agosto de 2012

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Faro, EPE



Direcção Clínica
Entrada n.º 1980/2012



Apêndice 3: Dimensões da qualidade referente ao questionário que foi aplicado aos utentes

Questionário Utentes – Parte A

CAPACIDADE DE RESPOSTA	CONFIABILIDADE	TANGIBILIDADE	PA 1.1. Um serviço de radiologia de excelência tem boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.
			PA 1.2. Num serviço de radiologia de excelência o ambiente físico e as instalações devem ser limpos e agradáveis.
			PA 1.3. Um serviço de radiologia de excelência têm profissionais limpos e fardados (bata limpa, sapatos limpos, etc).
			PA 1.4. Um serviço de radiologia de excelência está bem localizado e com fácil acesso (boa informação sinalética).
			PA 1.5. Num serviço de radiologia de excelência são cumpridas as tarefas no tempo certo prometido.
			PA 1.6. Num serviço de radiologia de excelência os profissionais mostram sincero interesse em solucionar os seus problemas.
			PA 1.7. Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados de forma correta à primeira vez.
			PA 1.8. Num serviço de radiologia de excelência os exames são realizados no tempo previsto.
			PA 1.9. Num serviço de radiologia de excelência o departamento de radiologia diz ao utente, de forma exacta, a data e o horário da realização do exame.
			PA 1.10. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais avisam aquando da conclusão do exame.
GARRANTIA	DE RESPOSTA	TANGIBILIDADE	PA 1.11. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais de Radiologia prestam os seus serviços o mais rápido possível, reduzindo ao mínimo os tempos dos exames.
			PA 1.12. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais da Radiologia devem ter sempre boa vontade em ajudar os seus pacientes, demonstrando simpatia e atenção.
			PA 1.13. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.
EMPATIA	GARRANTIA	TANGIBILIDADE	PA 1.14. Num serviço de radiologia de excelência, o comportamento dos profissionais transmite-lhe confiança.
			PA 1.15. Num serviço de radiologia de excelência, o atendimento foi adaptado às suas necessidades.
			PA 1.16. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais da radiologia são educados.
			PA 1.17. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem ter conhecimentos para responder às perguntas que lhe coloca.
			PA 1.18. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão-lhe atenção Individualizada.
EMPATIA	GARRANTIA	TANGIBILIDADE	PA 1.19. Um serviço de radiologia de excelência, têm horários de trabalho convenientes para todos os utentes.
			PA 1.20. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais dão apoio moral principalmente aos utentes mais doentes e que estão à mais tempo à espera.
			PA 1.21. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais devem dar atenção aos doentes e aos seus familiares, respondendo às suas dúvidas, e ouvindo as suas sugestões e reclamações.
			PA 1.22. Num serviço de radiologia de excelência, os profissionais apresentam ter muito tempo disponível para atender cada utente.

Apêndice 4: Caracterização sociodemográfica dos utentes

Estatísticas Descritivas

Idade

N	Valid	140
	Missing	0
Mean		53,39
Median		55,00
Std. Deviation		17,046
Minimum		10
Maximum		89

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	86	61,4	61,4	61,4
Masculino	54	38,6	38,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	23	16,4	16,5	16,5
Casado ou união de facto	84	60,0	60,4	77,0
Divorciado ou separado	15	10,7	10,8	87,8
Viúvo	17	12,1	12,2	100,0
Total	139	99,3	100,0	
Missing System	1	,7		
Total	140	100,0		

Grau académico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem escolaridade	2	1,4	1,5	1,5
1º ciclo (4ª classe)	39	27,9	28,5	29,9
2º ciclo (6ª classe)	12	8,6	8,8	38,7
3º ciclo (9º ano)	24	17,1	17,5	56,2
Ens. secundário complementar	27	19,3	19,7	75,9
Curso técnico-profissional	9	6,4	6,6	82,5
Bacharelato ou curso médio	9	6,4	6,6	89,1
Licenciatura	14	10,0	10,2	99,3
Pós graduação, mestrado ou Doutoramento	1	,7	,7	100,0
Total	137	97,9	100,0	
Missing System	3	2,1		
Total	140	100,0		

Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Desempregado	14	10,0	10,1	10,1
Reformado	45	32,1	32,6	42,8
Estudante	8	5,7	5,8	48,6
Trabalhador por conta de outrem	53	37,9	38,4	87,0
Trabalhador por conta própria	8	5,7	5,8	92,8
Outra situação	10	7,1	7,2	100,0
Total	138	98,6	100,0	
Missing System	2	1,4		
Total	140	100,0		

Concelho de residência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Castro Marim	1	,7	,9	,9
VRSAntónio	8	5,7	7,3	8,2
Tavira	9	6,4	8,2	16,4
SBAIportel	3	2,1	2,7	19,1
Loulé	21	15,0	19,1	38,2
Faro	32	22,9	29,1	67,3
Albufeira	11	7,9	10,0	77,3
Olhão	15	10,7	13,6	90,9
Lagoa	4	2,9	3,6	94,5
Portimão	3	2,1	2,7	97,3
Silves	3	2,1	2,7	100,0
Total	110	78,6	100,0	
Missing System	30	21,4		
Total	140	100,0		

Respondente do questionário

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Próprio	91	65,0	65,0	65,0
Familiar /acompanhante	47	33,6	33,6	98,6
Outro	2	1,4	1,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Já realizou alguma vez exames neste serviço de Radiologia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	116	82,9	82,9	82,9
Não	24	17,1	17,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Já realizou exames noutra serviço de Radiologia?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	114	81,4	81,4	81,4
Não	26	18,6	18,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Em caso afirmativo, especifique o local:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hospital público	56	40,0	48,3	48,3
Clinica privada	22	15,7	19,0	67,2
Centro de saúde	34	24,3	29,3	96,6
Outro	4	2,9	3,4	100,0
Total	116	82,9	100,0	
Missing System	24	17,1		
Total	140	100,0		

Testes à aleatoriedade da amostra

Runs Test

	Sexo	Classe de Idade
Test Value ^a	2,00	2,00
Total Cases	140	140
Number of Runs	75	45
Z	1,371	-1,731
Asymp. Sig. (2-tailed)	,170	,083

a. User-specified.

Runs Test

	Estado Civil	Grau académico	Situação Profissional	Estado de saúde subjectivo
Test Value ^a	2	2	4	2
Cases < Test Value	23	2	67	33
Cases >= Test Value	116	135	71	103
Total Cases	139	137	138	136
Number of Runs	39	5	69	43
Z	-0,120	,200	-0,161	-1,875
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,904	,841	0,872	,061

a. Mode

Apêndice 5: Índices de percepção da qualidade do serviço

Testes à normalidade das distribuições

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tangibilidade	0,183	111	0,000	0,862	111	0,000
Confiabilidade	0,192	111	0,000	0,850	111	0,000
CapResposta	0,229	111	0,000	0,815	111	0,000
Garantia	0,223	111	0,000	0,851	111	0,000
Empatia	0,187	111	0,000	0,909	111	0,000
AvalGlobQualidade	0,179	111	0,000	0,861	111	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Apêndice 6: Importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço

Testes à normalidade das distribuições

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tangibilidade	0,237	130	0,000	0,849	130	0,000
Confiabilidade	0,249	130	0,000	0,803	130	0,000
Capacidade de resposta	0,301	130	0,000	0,879	130	0,000
Garantia	0,250	130	0,000	0,886	130	0,000
Empatia	0,232	130	0,000	0,847	130	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste de Friedman para comparação dos valores médios dos índices

Ranks

	Mean Rank
Tangibilidade	2,57
Confiabilidade	3,69
Capacidade de resposta	2,89
Garantia	3,17
Empatia	2,69

Test Statistics^a

N	130
Chi-Square	69,105
df	4
Asymp. Sig.	0,000

a. Friedman Test

Apêndice 7: Influência dos fatores sociodemográficos nos índices de percepção da qualidade

Influência do sexo nos índices de percepção da qualidade

Testes à normalidade das distribuições

Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tangibilidade Feminino	0,174	66	0,000	0,885	66	0,000
Masculino	0,206	45	0,000	0,781	45	0,000
Confiabilidade Feminino	0,224	66	0,000	0,850	66	0,000
Masculino	0,192	45	0,000	0,831	45	0,000
CapResposta Feminino	0,241	66	0,000	0,865	66	0,000
Masculino	0,232	45	0,000	0,708	45	0,000
Garantia Feminino	0,199	66	0,000	0,868	66	0,000
Masculino	0,271	45	0,000	0,837	45	0,000
Empatia Feminino	0,200	66	0,000	0,896	66	0,000
Masculino	0,169	45	0,002	0,914	45	0,003
AvalGlobQual Feminino	0,216	66	0,000	0,885	66	0,000
Masculino	0,205	45	0,000	0,776	45	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Influência da idade nos índices de percepção da qualidade

Teste à normalidade das distribuições

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Idade	0,071	111	0,200*	0,984	111	0,215
Tangibilidade	0,183	111	0,000	0,862	111	0,000
Confiabilidade	0,192	111	0,000	0,850	111	0,000
CapResposta	0,229	111	0,000	0,815	111	0,000
Garantia	0,223	111	0,000	0,851	111	0,000
Empatia	0,187	111	0,000	0,909	111	0,000
Aval. Glob. Qualid	0,179	111	0,000	0,861	111	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Influência do estado civil nos índices de percepção da qualidade

Testes à normalidade das distribuições

Estado Civil		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tangibilidade	Solteiro	0,304	22	0,000	0,751	22	0,000
	Casado ou união de facto	0,174	63	0,000	0,933	63	0,002
	Divorciado ou separado	0,238	13	0,043	0,736	13	0,001
	Viúvo	0,239	13	0,040	0,899	13	0,128
Confiabilidade	Solteiro	0,209	22	0,014	0,935	22	0,156
	Casado ou união de facto	0,202	63	0,000	0,845	63	0,000
	Divorciado ou separado	0,284	13	0,005	0,760	13	0,002
	Viúvo	0,229	13	0,060	0,895	13	0,115
CapResposta	Solteiro	0,240	22	0,002	0,858	22	0,005
	Casado ou união de facto	0,200	63	0,000	0,891	63	0,000
	Divorciado ou separado	0,307	13	0,002	0,758	13	0,002
	Viúvo	0,330	13	0,000	0,788	13	0,005
Garantia	Solteiro	0,355	22	0,000	0,691	22	0,000
	Casado ou união de facto	0,171	63	0,000	0,942	63	0,005
	Divorciado ou separado	0,271	13	0,010	0,862	13	0,041
	Viúvo	0,221	13	0,081	0,906	13	0,161
Empatia	Solteiro	0,199	22	0,024	0,945	22	0,253
	Casado ou união de facto	0,191	63	0,000	0,942	63	0,005
	Divorciado ou separado	0,236	13	0,045	0,829	13	0,015
	Viúvo	0,266	13	0,012	0,865	13	0,045
AvalGlobQual	Solteiro	0,229	22	0,004	0,862	22	0,006
	Casado ou união de facto	0,172	63	0,000	0,885	63	0,000
	Divorciado ou separado	0,269	13	0,011	0,816	13	0,011
	Viúvo	0,221	13	0,082	0,917	13	0,225

a. Lilliefors Significance Correction

Influência da situação profissional nos índices de percepção da qualidade

Testes à normalidade das distribuições

Situação Profissional	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Tangibilidade	Desempregado	0,213	9	0,200*	0,827	9	0,041
	Reformado	0,211	37	0,000	0,867	37	0,000
	Estudante	0,383	8	0,001	0,637	8	0,000
	Trabalhador	0,167	48	0,002	0,797	48	0,000
	Outra situação	0,129	7	0,200*	0,969	7	0,890
Confiabilidade	Desempregado	0,289	9	0,029	0,735	9	0,004
	Reformado	0,266	37	0,000	0,821	37	0,000
	Estudante	0,282	8	0,060	0,758	8	0,010
	Trabalhador	0,186	48	0,000	0,893	48	0,000
	Outra situação	0,211	7	0,200*	0,893	7	0,290
CapResposta	Desempregado	0,345	9	0,003	0,688	9	0,001
	Reformado	0,318	37	0,000	0,729	37	0,000
	Estudante	0,197	8	0,200*	0,899	8	0,284
	Trabalhador	0,172	48	0,001	0,900	48	0,001
	Outra situação	0,364	7	0,006	0,804	7	0,044
Garantia	Desempregado	0,378	9	0,001	0,722	9	0,003
	Reformado	0,204	37	0,000	0,912	37	0,007
	Estudante	0,251	8	0,147	0,796	8	0,026
	Trabalhador	0,203	48	0,000	0,827	48	0,000
	Outra situação	0,181	7	0,200*	0,951	7	0,739
Empatia	Desempregado	0,349	9	0,002	0,557	9	0,000
	Reformado	0,203	37	0,001	0,950	37	0,095
	Estudante	0,213	8	0,200*	0,920	8	0,433
	Trabalhador	0,192	48	0,000	0,906	48	0,001
	Outra situação	0,158	7	0,200*	0,937	7	0,612
AvalGlobQual	Desempregado	0,311	9	0,012	0,711	9	0,002
	Reformado	0,213	37	0,000	0,853	37	0,000
	Estudante	0,337	8	0,008	0,659	8	0,001
	Trabalhador	0,143	48	0,016	0,902	48	0,001
	Outra situação	0,236	7	0,200*	0,913	7	0,416

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Apêndice 8: Comparação dos índices de percepção da qualidade em utentes idosos e não idosos

Testes à normalidade das distribuições

ClassIdade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tangibilidade Até 65 anos	0,195	84	0,000	0,837	84	0,000
Mais de 65 anos	0,186	27	0,017	0,931	27	0,074
Confiabilidade Até 65 anos	0,175	84	0,000	0,854	84	0,000
Mais de 65 anos	0,251	27	0,000	0,827	27	0,000
CapResposta Até 65 anos	0,206	84	0,000	0,818	84	0,000
Mais de 65 anos	0,297	27	0,000	0,801	27	0,000
Garantia Até 65 anos	0,249	84	0,000	0,828	84	0,000
Mais de 65 anos	0,188	27	0,015	0,943	27	0,148
Empatia Até 65 anos	0,205	84	0,000	0,873	84	0,000
Mais de 65 anos	0,190	27	0,013	0,963	27	0,433
AvalGlobQual Até 65 anos	0,188	84	0,000	0,854	84	0,000
Mais de 65 anos	0,198	27	0,008	0,895	27	0,010

a. Lilliefors Significance Correction

Apêndice 9: Influência do estado de saúde subjetivo dos utentes nos índices de perceção da qualidade

Testes à normalidade das distribuições

Estado de saúde subjetivo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Tangibilidade	Sem doença	0,189	27	0,014	0,803	27	0,000
	Pouco doente	0,241	44	0,000	0,852	44	0,000
	Doente	0,186	26	0,021	0,959	26	0,364
	Muito doente	0,188	11	0,200*	0,877	11	0,095
Confiabilidade	Sem doença	0,166	27	0,055	0,837	27	0,001
	Pouco doente	0,218	44	0,000	0,799	44	0,000
	Doente	0,253	26	0,000	0,891	26	0,010
	Muito doente	0,222	11	0,138	0,855	11	0,049
CapResposta	Sem doença	0,237	27	0,000	0,847	27	0,001
	Pouco doente	0,309	44	0,000	0,765	44	0,000
	Doente	0,205	26	0,007	0,887	26	0,008
	Muito doente	0,227	11	0,117	0,803	11	0,010
Garantia	Sem doença	0,257	27	0,000	0,584	27	0,000
	Pouco doente	0,283	44	0,000	0,821	44	0,000
	Doente	0,201	26	0,008	0,946	26	0,191
	Muito doente	0,165	11	0,200*	0,951	11	0,659
Empatia	Sem doença	0,162	27	0,067	0,875	27	0,004
	Pouco doente	0,210	44	0,000	0,946	44	0,039
	Doente	0,282	26	0,000	0,873	26	0,004
	Muito doente	0,162	11	0,200*	0,940	11	0,517
AvalGlobQual	Sem doença	0,175	27	0,034	0,814	27	0,000
	Pouco doente	0,212	44	0,000	0,844	44	0,000
	Doente	0,213	26	0,004	0,868	26	0,003
	Muito doente	0,197	11	0,200*	0,859	11	0,056

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Apêndice 10: Influência da qualidade da informação recebida pelos utentes nos índices de percepção da qualidade

Testes à normalidade das distribuições

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da informação recebida	0,175	62	0,000	0,868	62	0,000
AvalGlobQual	0,208	62	0,000	0,844	62	0,000

a. Lilliefors Significance Correction