



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João Manuel Rosa Simões

**SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUM SERVIÇO
DE IMAGIOLOGIA**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde, orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e
apresentada Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Outubro de 2020

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Satisfação dos Utentes de um Serviço de Imagiologia

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

João Manuel Rosa Simões

Outubro de 2020

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa a conclusão de mais uma etapa académica e, como tal, é momento de lembrar todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que isto fosse possível.

A Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra pela possibilidade de realização desta Dissertação de Mestrado.

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, agradeço todo o seu apoio, partilha de sabedoria, disponibilidade e coordenação no desenvolvimento deste trabalho. Bem como todo o conhecimento partilhado ao longo deste percurso académico e suporte nesta etapa final.

À Professora Doutora Joana Santos, minha colega e amiga, pelo suporte e motivação na realização deste trabalho.

Ao Mestre Tiago Patrão, Técnico Coordenador do Serviço de Imagiologia da Sanfil - Casa de Saúde de Santa Filomena, pela oportunidade de realizar este trabalho e por todo o apoio.

Aos Técnicos de Radiologia que contribuíram de forma ativa na realização deste trabalho, Dra. Ana Filipa Carvalho, Mestre Filipa Pires, Dra. Patrícia Ferreira, Dra. Carolina Gomes e Dra. Filipa Martins.

À Dra. Alda Pinto pelo constante incentivo e motivação na obtenção do grau de Mestre.

Aos meus amigos, por todo o suporte e incentivo demonstrado.

À Telma Cabral, pelo encorajamento, suporte e apoio e pela sua forma sempre positiva de encarar as situações, mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada por toda a compreensão demonstrada. Um agradecimento especial à minha filha Caetana Simões pelo carinho constante.

Por fim, agradeço aos meus pais e irmãs, pelo seu incansável apoio ao longo de todo este percurso e de toda a minha vida, pelo incalculável valor que têm para mim. Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena. Muito obrigada a todos!

Resumo

Introdução: Conhecer o nível de satisfação dos utentes com os cuidados recebidos permite operacionalizar alterações estratégicas ao nível da gestão do serviço de saúde, que se coadunem com as necessidades exigidas, cada vez maiores.

Objetivos: Avaliar a satisfação dos utentes do Serviço de Imagiologia da Clínica de Saúde Sanfil Medicina, em Coimbra, analisando diferenças consoante as características sociodemográficas dos utentes (sexo, idade e escolaridade) e a sua experiência prévia no mesmo.

Metodologia: Realizou-se um estudo exploratório e descritivo, transversal. Através de amostragem não probabilística, incluíram-se utentes do serviço de Imagiologia, adultos, durante o período de março a junho de 2019. Aplicou-se o questionário SatUtil-MCDTAD v5, (de 2018/2019), que avalia a *Satisfação Global*, bem como com a *Admissão e Receção*, com os *Profissionais de Saúde* e com as *Instalações*. Realizou-se análise descritiva da satisfação e a relação entre a satisfação e as variáveis sociodemográficas e experiência prévia.

Resultados: Participaram 202 utentes [133 mulheres, idade média de 50,23 ($\pm 16,07$) anos]. Estes revelam uma Satisfação Global média de 80%. Verificou-se que os utentes mais novos apresentaram maior satisfação, bem como utentes com maior nível de escolaridade. Não se verificou diferença na satisfação consoante o sexo, nem consoante tenham tido ou não uma experiência prévia na unidade. Os utentes sugerem que devem ser efetuadas melhorias no espaço físico da clínica e no tempo de atendimento do serviço de secretariado.

Conclusão: O estudo realizado permitiu perceber o nível de satisfação dos utentes de acordo com os diversos parâmetros analisados e quais os pontos a melhorar no espaço, organização e atendimento dos mesmos.

Palavras-chave: Radiologia, Satisfação do Utente

Abstract

Introduction: Analyse the patient satisfaction with the health care services allows the establishment of management strategies according to the demanding needs.

Objectives: This study aims to evaluate the satisfaction of patient that attended to *Clínica de Saúde Sanfil Medicina*, Medical imaging Department. Patient sociodemographic characteristics (gender, age and education) and their previous experiences were analysed.

Methods: An exploratory and descriptive, cross-sectional study was carried out. Through non-probabilistic sampling, adult patients that attended to Medical Imaging Department from March to June 2019, were included in this study. The SatUtil-MCDTAd v5 survey (from 2018/2019) was applied. This survey assesses *Global Satisfaction, Admission and Reception, Health Professionals interaction* and *Facilities*. Descriptive analysis of satisfaction and the correlation between satisfaction and socio-demographic variables and previous experience were carried out.

Results: In this study 202 patients were included [133 women, mean age of 50.23 (± 16.07) years old]. A global satisfaction of 80% was founded, younger patients presented better values of satisfaction, as well patients with higher education level. No significant differences were founded according to gender or previous experience in the unit. Patients suggested that improvements must be performed on facilities and admission time must be reduce.

Conclusion: This study characterised the patient satisfaction in different aspects, with these results will be possible to improve this department facilities, organisation and patient care.

Key-words: Radiology, Patient Satisfaction

Índice

Índice de tabelas.....	IX
Introdução	11
1 Enquadramento teórico	14
1.1 O Serviço Nacional de Saúde	14
1.1.1 Caracterização e evolução	14
1.1.2 Organização do Serviço Nacional de Saúde.....	19
1.1.3 Serviços públicos <i>versus</i> serviços privados.....	22
1.1.4 Acesso aos cuidados de saúde.....	25
1.2 Qualidade e Cuidados de Saúde	27
1.2.1 Conceito e teorias da qualidade.....	27
1.2.2 História da qualidade em saúde.....	30
1.2.3 Qualidade em saúde.....	32
1.2.4 Avaliação da qualidade em cuidados de saúde.....	35
1.3 A Satisfação em Saúde	37
1.3.1 Conceito e definições.....	37
1.3.2 Avaliação da satisfação em saúde.....	43
2 Métodos.....	47
2.1 Objetivos.....	47
2.2 Hipóteses de Estudo	48
2.3 Amostra.....	48
2.4 Caracterização da Instituição em Estudo.....	48
2.5 Organização do Questionário	49
2.6 Procedimentos.....	50

2.7 Aspetos Éticos e Legais	51
2.8 Análise Estatística	51
3 Resultados	54
3.1 Caracterização da Amostra	54
3.2 Avaliação da satisfação da admissão e receção	55
3.3 Avaliação do profissional de saúde que realizou o exame	57
3.4 Avaliação das condições físicas do serviço de Imagiologia	59
3.5 Análise da possibilidade de recomendação da unidade em estudo	61
3.6 Possibilidades de melhoria	62
3.7 Análise Inferencial.....	63
Discussão	67
Conclusões.....	76
Referências	78
Anexos	87
ANEXO I - Instrumento de Avaliação: questionário SatUtil -MCDTAd v5, (de 2018/2019).....	88
ANEXO II - Autorização Comissão de Ética	91
ANEXO III - Conselho de Administração do Grupo SANFIL Medicina	92

Índice de tabelas

Tabela 1 - Setor Público versus Setor Privado	23
Tabela 2 - Tríade base da qualidade em saúde	34
Tabela 3 - Sete pilares da qualidade dos cuidados de saúde	35
Tabela 4 - Teste de Consistência Interna Alfa de Cronbach	52
Tabela 5 - Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov ^a	52
Tabela 6 - Caracterização da amostra	55
Tabela 7 - Avaliação da admissão e receção	56
Tabela 8 - Profissional de Saúde que realizou o atendimento.....	57
Tabela 9 - Avaliação do Profissional de Saúde que realizou o exame de Imagiologia ...	58
Tabela 10 - Avaliação das condições físicas da unidade	60
Tabela 11 - Recomendação da Unidade de Saúde	62
Tabela 12 Avaliação das dimensões e total da satisfação por sexo	63
Tabela 13 - Avaliação das dimensões e total da satisfação por classe etária	64
Tabela 14 - Avaliação das dimensões e total da satisfação por Grau de Ensino.....	64
Tabela 15 - Avaliação das dimensões Profissionais de Saúde: questões e sub-escala de satisfação global	65
Tabela 16 - Avaliação das dimensões e Satisfação Global por Experiência	66



Introdução

A satisfação do utente é a medida em que este sente que as suas necessidades e expectativas são atendidas pelo provedor de serviços, também definida como o grau de congruência entre as expectativas de um paciente sobre o atendimento ideal e a sua perceção dos cuidados reais recebidos. A indústria de saúde tem evoluído com o intuito de atender às crescentes necessidades da população de utilizadores e o respeito pelas demandas do utente é fundamental para qualquer sistema de saúde humano (Mulisa et al., 2017).

Este conceito assume um carácter subjetivo e complexo ao englobar características individuais dos utentes, fatores relacionais, comportamentais e sociais da população, assim como o conceito do próprio serviço e do prestador do serviço (Fernandes, 2012).

A procura constante de melhorar a qualidade nos serviços – sobretudo os que prestam assistência na saúde e que incidem na qualidade de vida e no futuro dos cidadãos – é um imperativo inadiável para as empresas e organizações responsáveis pela prestação desses serviços (Sakellarides et al., 2006). A satisfação dos clientes é um indicador de medida de desempenho organizacional, sendo um fenómeno crucial para o sistema geral de prestação de cuidados (Mulisa et al., 2017) e fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços, pois a informação recolhida permite aos gestores e aos profissionais de saúde tomar importantes decisões estratégicas e operacionais (Milan e Trez, 2005 *apud* Fernandes, 2012).

As organizações de serviços na área de saúde (públicas e privadas) que não visam à gestão da qualidade, acabam por empregar os seus recursos de forma ineficiente e ineficaz, influenciando, não só os seus resultados, mas também afetando a sua sobrevivência no mercado (Sakellarides et al., 2006). Este aumento da competitividade no mercado determina a necessidade de satisfazer as diligências dos utentes, sobretudo para as entidades privadas (Lovelock e Wright *apud* Fernandes, 2012).

A radiologia faz parte desta indústria de prestação serviços de saúde e, como tal, também importa compreender a qualidade e a prestação do serviço fornecido. Isso

inclui conhecimento sobre atendimento ao cliente, satisfação do cliente, garantia de qualidade e questões de melhoria (Hoe, 2007).

Apesar de haver um número elevado de instituições privadas na área da Imagiologia, ainda existe escassez de estudos nas instituições privadas pelo que se torna essencial realizar estudos para avaliar a satisfação dos utentes destas instituições (Fernandes, 2012).

Tinoco et al., (2017) referem que literatura atual aponta alguns aspetos fundamentais a serem estudados na avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, nomeadamente, a capacidade clínica, a imagem da instituição e os fatores sociodemográficos, referindo, ainda, que os resultados obtidos até à data pelos investigadores têm sido controversos, em especial no que respeita aos fatores sociodemográficos.

Ao refletir-se sobre a temática da qualidade dos serviços e satisfação dos utentes, definiram-se como objetivos (1) avaliar o nível de satisfação dos utentes no serviço de Imagiologia da Clínica de Saúde Sanfil Medicina em Coimbra, (2) identificar as características a que os utentes atribuem maior ou menor importância, (3) comparar a satisfação consoante as características sociodemográficas, (4) experiência prévia e (5) consoante os profissionais de saúde que realizam o atendimento, pretendendo-se, deste modo, obter igualmente informação que seja útil e relevante para a implementação de melhorias nos serviços prestados.

Tendo em consideração o que foi descrito anteriormente, optou-se por realizar um estudo de nível I, descritivo, no período de março a junho de 2019, a uma amostra de 202 utentes que realizaram exames na instituição, utilizando-se, como instrumento de avaliação, o questionário SatUtil -MCDTAd v5, (de 2018/2019). A respetiva análise dos dados foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics versão 25.

Este estudo foi estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à revisão da literatura, nomeadamente, em termos de caracterização e evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendimento público e privado e o acesso aos cuidados de saúde, e também da qualidade e satisfação nos serviços, com especial ênfase nos serviços de saúde. O segundo capítulo diz respeito à metodologia, explanando-se de

modo mais pormenorizado os objetivos do estudo, hipóteses equacionadas, a metodologia empregada e o instrumento de recolha de dados. No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados do estudo. No quarto capítulo realiza-se discussão dos resultados, e no quinto e último capítulo, sumarizam-se as respetivas conclusões.

1 Enquadramento teórico

1.1 O Serviço Nacional de Saúde

1.1.1 Caracterização e evolução

O Serviço Nacional de Saúde apresenta quatro princípios básicos, de acordo com o modelo de Beveridge, nomeadamente, o acesso universal a toda a população, a inclusão de todos os tratamentos, a gratuitidade tendencial dos serviços prestados e, por fim, o financiamento por parte do Estado (Diniz, 2013). Em adição, este é um sistema que assenta no financiamento proveniente do pagamento de impostos e em que o direito à saúde é totalmente independente de se ter ou não emprego.

Nos últimos anos, o Serviço Nacional de Saúde tem sido caracterizado por um conjunto de fatores que podem ser divididos em 4 grandes dimensões, como refere Sousa (2009), nomeadamente: 1) a responsabilidade social e individual no que respeita ao financiamento da saúde; 2) a questão do Estado, como instrumento de regulação mas também de principal prestador de cuidados; 3) o desafio de colocar o cidadão no centro, no âmbito de uma sociedade assente na inovação e conhecimento; 4) e também a mudança da gestão, tendo em conta as várias modificações contextuais dos sistemas de saúde. Além destas dimensões, Portugal tem experimentado grandes transformações paradigmáticas a nível social e tecnológico, especialmente na área da saúde, em períodos curtos (Sousa, 2009). É relevante, então, apresentar uma visão resumida da evolução do Serviço Nacional de Saúde, dividido por diferentes fases.

A primeira fase diz respeito às décadas compreendidas entre 1930 e 1970. Desde os anos 30, o Serviço Nacional de Saúde (que ainda não tinha esse nome) era caracterizado por princípios corporativistas, ou seja, a assistência médica apresentava um carácter meramente caritativo, onde o Estado apenas tinha uma função complementar relativamente às iniciativas privadas e de outras instituições (Sousa, 2009). É importante referir que, neste período, Portugal vivia no obscurantismo de uma ditadura repressora e altamente isolacionista, sendo que os indicadores socioeconómicos e de saúde da época mostravam índices de desempenho muito fracos, sendo o país com menor

cobertura de serviços de saúde da Europa, um dos países com maiores taxas de mortalidade infantil e um financiamento quase inexistente dos serviços públicos de saúde, sendo que, em 1969, a despesa com a saúde representava apenas 1.7% do PIB nacional (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002). Os serviços de saúde nacionais da época eram altamente fragmentados, limitados e não chegavam a toda a população.

A fase seguinte diz respeito aos anos compreendidos entre 1971-1984. Antes do 25 de abril de 1974, o Serviço Nacional de Saúde era constituído por várias vertentes, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2001):

- Santa Casa da Misericórdia – esta entidade geria a maior parte dos hospitais e de outros serviços de saúde (e não só) de Portugal;
- Serviços Médico-Sociais – eram responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a todos os beneficiários da Federação da Caixa de Previdência;
- Serviços de Saúde Pública – estes serviços tinham como principal objetivo a proteção da saúde da população;
- Grandes Hospitais – os grandes hospitais do Estado, gerais e especializados, encontravam-se nos grandes centros urbanos. Exemplos desta regionalização hospitalar são os Hospitais de São João, no Porto, de Santa Maria, em Lisboa, e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em Coimbra;
- Serviços Privados de Saúde – serviços de saúde caros, dirigidos ao nível socioeconómico mais elevado.

Em 1971, dá-se a chamada reforma de Gonçalves Ferreira, uma reforma de saúde e da assistência, onde se instituiu a criação dos centros de saúde, sendo a pedra basilar para a posterior criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Sousa, 2009).

Assim, ao longo da década de 70, ocorreram importantes transformações ao nível da saúde, muito por causa das alterações sociais que se verificaram, nomeadamente a mudança de mentalidades e a urgência de um regime democrático. Segundo Baganha et al. (2002), dois decretos-leis destacaram-se nesta época. O primeiro diz respeito ao Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro de 1971, onde se reconheceu pela primeira vez o direito à saúde de todos os cidadãos. O segundo foi o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro de 1971, que instituiu a organização do Ministério da Saúde e da

Assistência, conferindo assim ao Estado a responsabilidade política pela saúde e pela sua concretização, criando para tal hospitais e centros de saúde (Baganha et al., 2002).

A revolução de 1974 e a Constituição de 1976 vieram colmatar as limitações da reforma anterior, abrindo caminho a novas políticas de saúde que, em 1979, culminam na Lei do Serviço Nacional de Saúde, sendo o Estado responsável pelo direito à saúde, previsto na constituição (Sousa, 2009).

A implementação do SNS demorou cerca de 10 anos (Mozzicafreddo, 2000), sendo que sobre este vai falar-se com mais pormenor à frente no presente trabalho. No entanto, é importante referir que o SNS foi implementado em circunstâncias muito particulares, num período de transição de uma ditadura para a democracia, o que fez com que a sua fundação não fosse totalmente sólida. Naquela época, segundo Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição e Barbosa (2005), existiam várias lacunas, nomeadamente uma base financeira vulnerável, inexistência de um modelo de gestão adequado às particularidades da saúde, ausência de transparência entre interesses privados e públicos, entraves no acesso à saúde e poucos dados sobre a sua qualidade, o que contribuiu para comprometer negativamente o nível dos cuidados de saúde prestados.

A década seguinte, de 1985 a 1995, ficou marcada pela entrada de Portugal na CEE, em 1986, e também por uma grande estabilidade política, nunca antes sentida no país, o que possibilitou o acesso a financiamento europeu em várias áreas, como a saúde, permitindo que o SNS se expandisse, que novas instalações fossem construídas e novos equipamentos adquiridos, tendo contribuído para a modernização da saúde em Portugal (Sousa, 2009).

Em agosto de 1990, realizou-se uma das reformas mais importantes no âmbito da saúde em Portugal com a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 26 de janeiro), que fez com que o Estado e cidadãos passassem a ser responsáveis, conjuntamente, pela prestação de cuidados de saúde e sua procura, com a presença simultânea de prestadores de serviços de saúde privados e públicos (Baganha et al., 2002). Assim, a partir deste ano, o Serviço Nacional de Saúde passou a ser caracterizado pela articulação de três sistemas, convergentes entre si (Baganha et al., 2002):

- Serviço Nacional de Saúde – onde se encontram incluídas as instituições e os prestadores de cuidados que são dependentes do Ministério da Saúde, como por exemplo os grandes hospitais públicos e os centros de saúde;
- Entidades Públicas de Saúde – que atuam na área da prevenção e da promoção da saúde, como por exemplo, a ADSE, a ADM, a SAD-PSP e a SAD-GNR;
- Privados – conjunto das entidades privadas (por exemplo, hospitais privados como a CUF, Luz Saúde) e o conjunto de profissionais livres que possuem acordo com o SNS no que toca à prestação de cuidados de saúde.

Neste período, verificou-se a urgência de uma reformulação na gestão do Serviço Nacional de Saúde de modo a melhorar e a rentabilizar os ganhos no que toca à efetividade. Sousa (2009) destaca as seguintes alterações ao nível de gestão:

- O setor privado ganha nova importância: passa a incentivar-se o envolvimento do setor privado na saúde;
- Estabelecimento de taxas moderadoras: estas taxas surgiram no SNS em 1990, ficando, contudo, isentos os utentes com menores recursos económicos;
- Estabelecimento das regiões administrativas de saúde e integração dos cuidados: foram criadas regiões administrativas de saúde e apostou-se na integração dos diferentes níveis de cuidados (primários, secundários e terciários).

A última grande fase deu-se entre 1995-2010. Apesar do Serviço Nacional de Saúde continuar a crescer, este apresentava graves problemas de base, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde, nos interesses entre entidades públicas e privadas, onde se constatou que o modelo de administração pública tradicional era inadequado para organizações como as de saúde, que apresentam especificidades muito próprias devido aos serviços prestados (Sakellarides et al., 2005). Devido a esta realidade, entre 2002 e 2005 verificou-se a adoção de uma nova agenda política para a saúde, tendo-se criado uma rede de cuidados de saúde, onde se incluíram simultaneamente o setor público e o setor privado, sendo financiados pelo Estado. Verificou-se também um novo paradigma de gestão, onde os hospitais públicos passaram a ser geridos por entidades

privadas (por exemplo, o Hospital de Braga, uma das parcerias público-privadas com mais sucesso na área da saúde) (Sakellarides et al., 2005).

Neste período, a ênfase governativa foi dada no sentido de melhorar o acesso aos cuidados de saúde, aumentar o número de medicamentos genéricos (mais baratos e acessíveis a uma maior fatia da população), promover os hospitais-empresas e apoiar a elaboração do Plano Nacional de Saúde, onde se encontravam explanadas as diferentes estratégias para o desenvolvimento do setor de saúde (Sakellarides et al., 2005).

Apesar de serem encontradas muitas lacunas, nomeadamente a transformação das questões da saúde em instrumentos de promoção política (Sakellarides et al., 2005), a passagem para um modelo de gestão empresarial dos hospitais representou um bom mecanismo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, aumentando assim o acesso aos cuidados de saúde e contribuindo para a modernização das instalações e dos equipamentos hospitalares (Garrido, 2012).

Contudo, mais recentemente, em 2019, surgiu a Nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), cujas grandes alterações se prendem nomeadamente com a natureza da relação entre o SNS e o setor privado. Neste âmbito, deixa de existir a facilitação da mobilidade entre setor público e privado e a resposta pública passa a ser a norma, de modo a garantir que um maior número de médicos se dedique exclusivamente ao SNS. Assim, o recurso ao setor privado e social passa a acontecer apenas quando necessário. Na nova lei é também feita referência pela primeira vez ao cuidador informal, mencionando a importância do seu papel, bem como a outros temas inovadores como a genómica, tecnologias de informação e comunicação e literacia em saúde, entre outros.

Em suma, e tendo em conta a evolução do Serviço Nacional de Saúde, pode dizer-se que as principais mudanças operadas foram a transferência do controlo hospitalar para o Estado, a implementação do Serviço Nacional de Saúde e a publicação da Lei de Bases da Saúde (em 1990 e, posteriormente, em 2019).

1.1.2 Organização do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo o Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, 1993), este “é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” (p. 130).

A gestão do SNS é descentralizada, de onde se destacam as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que são responsáveis por estabelecer o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde, existindo, assim, em Portugal, cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora; e Algarve, com sede em Faro (Decreto-Lei n.º 22/2012, 2012). Apesar desta gestão descentralizada, com autonomia financeira e administrativa, existe um controlo centralizado, visto que o SNS é orientado para o serviço público, nomeadamente no que respeita às áreas da hospitalização e da prevenção.

As ARS têm como missão (Decreto-Lei n.º 22/2012, 2012, p. 514), entre outras:

- “Executar a política nacional de saúde”;
- Envolver-se “na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento”;
- Dar o seu contributo para o Plano Nacional de Saúde;
- “Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações”;
- Contribuir para o desenvolvimento, consolidação e gestão da rede de cuidados continuados integrados, considerando as diretrizes previamente estabelecidas;
- Atribuir recursos financeiros, considerando as orientações centrais, aos serviços de saúde do SNS ou privados que prestam cuidados de saúde em áreas específicas;
- “Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência”.

No SNS, a prestação de cuidados de saúde é garantida pelos hospitais e pelos centros de saúde, com o principal objetivo de ultrapassar a separação que se faz entre os

cuidados primários e os cuidados diferenciados. No entanto, ainda se verifica uma posição inferior no que toca aos centros de saúde relativamente aos hospitais, resultado, em grande parte, da sua falta de autonomia, apesar dos cuidados primários de saúde serem considerados uma prioridade para o Ministério da Saúde, sendo por isso uma prioridade política (Baganha et al., 2002).

O financiamento do SNS é da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo realizado de acordo com as características de recolha fundos entre a população, através das seguintes modalidades (Simões et al., 2007):

- Despesa privada familiar: diz respeito aos gastos diretos das famílias portuguesas;
- Impostos;
- Seguros privados;
- Seguro social;
- Subsistemas públicos de saúde;
- Subsistemas privados de saúde.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), os utentes do SNS possuem os seguintes direitos:

a) Direito à proteção da saúde, que implica o acesso a tratamentos, à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, bem como a cuidados paliativos e continuados. Este direito é garantido através do SNS, Serviços Regionais de Saúde e outras instituições públicas, locais, regionais ou centrais, “podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada” (p. 58). A proteção da saúde considera, ainda, o respeito por diversos princípios, como a igualdade, a não-discriminação, a privacidade e a confidencialidade;

b) Ter acesso aos cuidados de saúde mais indicados à sua situação, considerando as melhores evidências científicas, as boas práticas de segurança e qualidade em saúde, bem como a dignidade da pessoa. Esses cuidados devem ser prestados de

maneira célere e dentro de um tempo que seja entendido como clinicamente aceitável;

c) Escolher a entidade de prestação de cuidados, de forma livre, considerando os recursos disponíveis;

d) Ser informados sobre qual o tempo de resposta para a efetivação dos cuidados saúde necessários;

e) Ser informados sobre a sua situação, objetivo, natureza e alternativas possíveis de tratamento (com benefícios e riscos), bem como sobre a evolução provável do seu estado;

f) Decidir sobre os cuidados que lhe sejam propostos, livremente e de maneira esclarecida (excluindo casos excecionais previstos na lei);

g) Ter acesso à informação que lhes é respeitante, de forma livre e sem ser necessário recorrer à intermediação de profissionais de saúde;

h) Ter o acompanhamento de um familiar ou outra pessoa por eles escolhida, bem como receber assistência espiritual e religiosa;

i) Poder dar sugestões, fazer reclamações e receber resposta por parte das entidades;

j) Poder manifestar-se nos processos de decisão em saúde, bem como na gestão participada das entidades do SNS;

k) Ter a possibilidade de formar entidades (associações, ligas de amigos, etc.) para defenderem e representarem os seus interesses e direitos;

l) Ver promovido o bem-estar e a qualidade de vida na velhice, de uma forma inclusiva e ativa, facilitando a autonomia e independência e considerando fatores ambientais, socioeconómicos, resposta social e cuidados de saúde;

m) Os utentes com deficiência têm ainda direito às adaptações necessárias para a concretização dos direitos já enunciados;

n) As pessoas cuidadas e os seus cuidadores informais têm direito a ser apoiados em termos legais.

1.1.3 Serviços públicos *versus* serviços privados.

A antiga Lei de Bases da Saúde, de 1990, e o Estatuto do SNS, de 1993, vieram reconhecer a coexistência dos prestadores de serviços públicos e privados de saúde em Portugal, legitimando-se a existência do setor privado no Serviço Nacional de Saúde. A responsabilidade da prestação dos cuidados no âmbito da saúde deixou de ser apenas do Estado para passar a ser conjunta, entre este, cidadãos e sociedade. A gratuidade e as formas de financiamento do Serviço Nacional de Saúde também sofreram alterações, estendendo-se explicitamente para além do Estado, surgindo, assim, em Portugal, um sistema misto no que à saúde diz respeito (Baganha et al., 2002). O facto de o Estado não conseguir dar resposta com os seus serviços às necessidades de saúde de todos os portugueses fez com que a iniciativa privada passasse a desempenhar um papel de crescente importância.

Contudo, em 2019, alterações substanciais foram estabelecidas, a este nível, através da nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), que veio revogar a antiga Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Segundo a nova lei, o Estado, como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde, deve efetivar esse direito em primeiro lugar através do SNS e outros serviços de carácter público e só em último caso, de modo supletivo e temporariamente, poderá estabelecer acordos com outras entidades privadas e do setor social ou profissionais em regime de trabalho independente, caso se justifique. Deste modo, só nos casos em que o SNS não possui, comprovadamente, capacidade para prestar os cuidados necessários em tempo útil, é que poderá celebrar contratos com entidades privadas, do setor social ou profissionais em regime de trabalho independente, depois de essa necessidade ter sido devidamente avaliada.

A distinção entre setor público e privado tem sido alvo de variados estudos, sendo que a origem etimológica das próprias palavras nos permite perceber as suas especificidades: público vem do latim, referindo-se às pessoas ou povo de uma comunidade, estado ou nação; privado, também de origem latina, tem o sentido de separado ou privado de cargo público ou do governo (Perry & Rainey, 1988).

Segundo Røste e Miles (2005), os serviços ou organizações públicas são prestadores primários e, deste modo, não possuem concorrentes nem a preocupação de conseguir os melhores resultados, ao contrário das organizações privadas que se regem mais pelas leis do mercado; estas características poderão levar-nos a supor a existência de algum descuro da qualidade e inovação no setor público por falta de incentivos, contudo nem sempre esta relação é tão linear. Tan (2004) afirma que apesar do setor público atuar num contexto mais complexo, isso não implica que este seja menos inovador. No caso específico da saúde, verifica-se a necessidade de tanto o setor privado como o setor público cumprirem requisitos mínimos em termos de qualidade e segurança (Ferreira, 2009).

Como se pode ver no Tabela 1, abaixo, são várias as diferenças que se podem observar entre o setor público e o setor privado, em geral.

Tabela 1 - Setor Público versus Setor Privado

Parâmetro	Setor Público	Setor Privado
Definição do conjunto de utilizadores/ clientes e público-alvo	Diverso e ambíguo (público em geral).	Claro e distinto.
Planeamento	A longo-prazo.	A curto-prazo (devido ao foco nas leis do mercado).
Responsabilidade e prestação de contas	Responsabilidade pública, sendo que os funcionários públicos prestam contas a diversos organismos burocráticos. Prestam contas quer por sucessos quer por insucessos.	O responsável é claro, estando a responsabilidade concentrada a um indivíduo ou a um grupo restrito de indivíduos. Pode suportar vários insucessos desde que estes sejam compensados por sucessos.
Constrangimentos processuais	Grandes, porque está sujeito ao escrutínio público, dos média e administradores.	Pequenos.

Fonte: Adaptado de Tan (2004, p. 6).

Boyne (2002) investigou as diferenças entre gestão pública e privada, verificando que as organizações públicas são mais burocráticas, os gestores públicos são menos materialistas, mas apresentam um nível de dedicação e empenho organizacional mais baixo, comparativamente às organizações e gestores privados.

Em consonância com Boyne (2002), Lyons, Duxbury e Higgins (2006) também observaram que os trabalhadores do setor privado apresentam maior dedicação

organizacional do que os do setor público. Estes autores mostraram, ainda, que os trabalhadores de organizações públicas valorizam mais a prestação de serviços que contribui para a sociedade, comparativamente aos trabalhadores privados que, por sua vez, dão mais importância ao trabalho prestigiante. Num outro estudo de 2015, Bullock, Stritch e Rainey compararam trabalhadores públicos e privados de diversos países, verificando que quem trabalha no setor público se sente mais recompensado sob a forma do impacto social percebido do seu trabalho, - tal como já havia sido constatado por Lyons et al. (2006) - valorizando menos um alto salário e expressando maiores níveis de empenho (neste caso, contrariando os estudos anteriores). Corroborando outras investigações, Buelens e Van den Broeck (2007) e Rashid e Rashid (2012) observaram que os trabalhadores do setor público são menos motivados extrinsecamente, isto é, a sua motivação é menos afetada por recompensas financeiras, por exemplo.

O setor privado da saúde em Portugal desempenha, atualmente, um papel de carácter supletivo ao SNS, contribuindo para dar respostas temporárias em caso de necessidade devidamente fundamentada.

O setor privado apresenta-se bastante relevante e competitivo, comparativamente a outras atividades económicas. Ostenta valores acima da média da economia no total, nomeadamente na intensidade de criação de valor e na rentabilidade líquida das vendas. No que respeita à sua distribuição geográfica, verifica-se que o setor privado da saúde se encontra concentrado principalmente junto às Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, compreendendo as regiões de Lisboa e Porto 68.2% do número total de empresas. Ainda assim, existem também alguns polos importantes na Região Centro, com especial relevância para Coimbra (Augusto Mateus & Associados, 2017).

Segundo os mesmos autores (Augusto Mateus & Associados, 2017), o aumento da procura do setor privado da saúde em Portugal ficou a dever-se a:

- Procura, pelos utentes, de um maior nível de conforto;
- Rapidez na resposta dos serviços privados, nomeadamente nas cirurgias;
- Busca de diagnósticos e terapias, em complemento ao SNS, associados a resultados de elevada qualidade;

- A oferta de certas especialidades que têm pouca ou nenhuma representação no setor público, de que é exemplo a medicina dentária;
- Maior procura de certo tipo de cuidados relacionados com a estética e o bem-estar, nomeadamente cirurgias estéticas.

Assim, o setor privado da saúde em Portugal tem um carácter supletivo relativamente ao SNS, de cariz temporário e apenas em caso de necessidade comprovada. Algumas das suas vantagens são o facto de ser mais rápido, apresentar maior nível de conforto, permitir escolher o médico desejado (Augusto Mateus & Associados, 2017). A mesma equipa de investigadores revela que quase 40% da população do nosso país tem cobertura de um seguro de saúde ou subsistema de saúde público ou privado, demonstrando, deste modo, a relevância do setor privado a nível nacional.

1.1.4 Acesso aos cuidados de saúde.

Um dos pilares das políticas nacionais de saúde é o acesso universal aos cuidados de saúde, sendo esse um dos objetivos do SNS (Furtado & Pereira, 2010).

Podemos definir o acesso aos cuidados de saúde como sendo a oportunidade que o cidadão tem de obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, a um custo adequado e em proporção, com a finalidade de obter ganhos em saúde (Justo, 2004). Para Goddard e Smith (2001), este pode ser definido como um problema de oferta.

Furtado e Pereira (2010) consideram que o acesso aos cuidados de saúde está relacionado com a possibilidade de o indivíduo alcançar o seu potencial de saúde. O acesso aos cuidados de saúde torna-se inseparável da equidade do sistema de saúde, pois esse direito tem como elemento prioritário, para a sua concretização, a justiça distributiva do sistema.

O acesso aos serviços de saúde engloba alguns aspetos relacionados com a perceção das necessidades de saúde, a procura e aplicação dos serviços (Goddard & Smith, 2001).

Santana (2005) considera que o acesso aos cuidados de saúde deve ser analisado de acordo com a oferta existente (ou seja, número de hospitais, centros de saúde,

prestadores de cuidados, entre outros) e a procura (os utentes) dos serviços. Segundo o autor, existem obstáculos a nível do acesso dos cuidados de saúde, tanto a nível da oferta como a nível da procura. Relativamente à oferta, o autor identifica os seguintes obstáculos:

- O tempo de deslocação;
- O tempo de espera para serem atendidos no dia da consulta;
- O horário de atendimento;
- A oferta de serviços ou de profissionais de saúde.

No que concerne à procura, os principais obstáculos identificados por Santana (2005) são:

- A idade dos utentes, dado que os idosos necessitam de diferentes cuidados de saúde comparativamente com os utentes mais jovens;
- O género, achando-se as mulheres entre as que mais utilizam os cuidados de saúde;
- Rendimento, uma vez que quanto menor o rendimento mais problemas de saúde se associam e, assim sendo, há um acesso agravado aos cuidados de saúde;
- Local de residência, sendo que as áreas rurais, longe dos grandes centros urbanos onde se situam as principais entidades de prestação de cuidados, possuem mais dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

Por sua vez, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2001) considera que os principais problemas (velhos e novos) no que respeita à capacidade de resposta do SNS estão relacionados com os seguintes aspetos: distribuição desigual dos recursos físicos e humanos da saúde; barreiras impostas ao acesso aos cuidados primários; limitação da oferta de cuidados de saúde específicos destinados a idosos, doentes crónicos e deficientes (cuidados de saúde continuados e domiciliários).

1.2 Qualidade e Cuidados de Saúde

1.2.1 Conceito e teorias da qualidade.

Nos últimos tempos, no nosso quotidiano, tornou-se cada vez mais usual a utilização do termo “qualidade”. Por exemplo, ouve-se falar em qualidade de serviço ou profissional, qualidade de produtos, assim como, qualidade de vida, qualidade de ensino, entre outras. A população, com o aparecimento de artefactos com uma qualidade cada vez maior em todos os setores, obteve novas competências que conduziram a uma maior exigência e sensibilidade para com particularidades que anteriormente passavam despercebidas.

O conceito de qualidade afeta cada vez mais as nossas vidas pessoais e as organizações de modo positivo. Apesar de fazer parte do nosso quotidiano, é um conceito subjetivo (dependente de percepções individuais) que não é fácil de definir (Gomes, 2004). Contudo, “certo é que a boa qualidade é geralmente reconhecida por todos” (Ferreira, 1991, p. 94). Assim, dizemos que um serviço tem qualidade quando supera ou vai ao encontro das expectativas dos seus utilizadores (Gomes, 2004).

Juran (1992, p. 4) defendia que:

- Há muitas frases curtas a escolher, mas frases curtas são armadilhas. Não se conhece nenhuma definição curta que mereça a aprovação de todos sobre o que significa qualidade, embora essa unanimidade seja importante. Não podemos planear a qualidade sem antes concordarmos no significado da qualidade.
- Segundo a definição deste autor, a qualidade é *fitness for use*, isto é, adequação ao uso, no sentido de que o produto ou serviço cumpre a função para que foi concebido, respondendo às necessidades daquele que o usa (Juran, 1993).

Alguns autores, como Juran, Deming, Crosby, Ishikawa, entre outros, foram considerados os mestres da qualidade, acabando contribuir para a teoria da qualidade através de técnicas específicas e alguns conceitos. Destacaram alguns elementos fundamentais que se tornaram a base da teoria da qualidade, nomeadamente a gestão

fundamentada em factos e com realce no cliente, o envolvimento e autonomia dos trabalhadores, assim como, da gestão de topo.

Segundo Landesberg (1999), Deming e Juran são os mais notáveis contribuidores da teoria da gestão da qualidade. O pressuposto central de Deming era o da melhoria contínua através da aprendizagem ao longo da vida, sendo que acreditava que para uma organização ter uma gestão eficaz tinha de possuir um objetivo que fosse claro para todos (Deming, 1986, cit in. Landesberg, 1999). O autor desenvolveu um modelo para a melhoria de um produto ou processo e resolução de problemas, conhecido como “Ciclo PDSA de Deming”, passível de ser aplicado a todo o tipo de organizações, que comporta as seguintes fases: I) *Plan* (planear uma mudança para dar resposta a um problema, com o objetivo de alcançar uma melhoria); II) *Do* (fazer uma mudança, implementando ações para a melhoria); III) *Study* (estudar os resultados das mudanças, verificando o que se aprendeu e o que correu mal); IV) *Act* (atuar, adotando ou abandonando a mudança ou percorrendo todo o ciclo outra vez) (Landesberg, 1999; Moen & Norman, 2009). Este ciclo tem como objetivo principal, segundo o autor, a melhoria contínua, podendo ser utilizado por qualquer empresa a nível mundial de modo a atingir níveis de gestão progressivamente cada vez melhores.

Crosby (1980) refere que a qualidade é gratuita. Segundo o mesmo, o que leva a maiores custos é a falta de qualidade, que é consequência de não se fazer bem as coisas à primeira. Deste modo, acaba por ficar sempre mais barato fazer logo as coisas bem à primeira. Qualidade implica paciência, tempo e dedicação, dependendo muitas vezes mais dos lugares de topo ou de gestão (aqueles que planeiam e criam) do que dos outros trabalhadores – deve por isso começar no topo (Crosby, 1980). Segundo o autor, mais de 85% dos problemas podem ser corrigidos e evitados no nível mais alto de supervisão. Para Crosby (1980), a gestão de qualidade consiste em assegurar que as atividades e os trabalhos planeados decorrem conforme o previsto, sendo a qualidade o padrão. O padrão, por sua vez, corresponde a “zero defeitos”, sendo a chave para atingir melhorias, pois a prevenção dos erros implica muito menos custos. O autor também defende que a qualidade é passível de ser medida através dos custos de não-conformidade, ou seja, através dos custos de não fazer as coisas bem. Alcançar a

qualidade é, para o autor, a melhor maneira de aumentar os lucros e reduzir os custos (Crosby, 1980).

A qualidade passou a ser um tema que diz respeito à empresa como um todo, deixando de ser apenas um problema específico de um departamento ou um aspeto relativo ao produto (Mendonça, 2008). Por isso se fala em “gestão da qualidade total”, dado que todos os membros e todas as funções da organização devem assegurar e estar envolvidas na qualidade. A comunicação dentro da organização não deve acontecer apenas para baixo, mas deve dar-se poder aos funcionários para comunicarem quer horizontalmente quer com o topo, pois estes possuem conhecimentos valiosos acerca dos problemas de trabalho (*United Nations Industrial Development Organization, 2007*).

Ishikawa (1985, cit in. Watson, 2004) defende que quando uma organização consegue avaliar os seus produtos e serviços tendo em conta o padrão de aceitação dos utilizadores, a qualidade acaba por contribuir muito para a sua competitividade. Segundo este autor, o princípio básico de qualquer organização deve ser “qualidade primeiro”, com a ênfase colocada no utilizador (qualidade orientada para o cliente). Para além disso, no contexto desta teoria (tal como em Crosby) é sustentado que todos os trabalhadores devem estar envolvidos na melhoria da qualidade, através da constituição de equipas (Watson, 2004). Ishikawa criou sete instrumentos estatísticos para a melhoria da qualidade, que continuam a ser utilizados, nomeadamente: histogramas; folhas de controlo ou verificação; fluxogramas; diagramas de causa-efeito; gráficos de dispersão; diagrama de Pareto; e gráficos de controlo (Watson, 2004; Zairi & Baidoun, 2004).

São necessários vários fatores para se integrarem os princípios de qualidade e as técnicas apropriadas para a implementação de uma “gestão de qualidade total” numa organização: tempo; recursos humanos que tenham consciência do que é a qualidade; e (acima de tudo) gestores e chefia que passem aos restantes membros essa mesma consciência (Psychogios & Priporas, 2007). Segundo os mesmos autores, a “gestão de qualidade total” compreende técnicas, instrumentos e sistemas de gestão (aspetos “hard”), como por exemplo, os histogramas, e conceitos e princípios de gestão (aspetos “soft”), como são exemplo, a melhoria e formação contínuas, o envolvimento de todos

os membros da organização, o trabalho em equipa, o empoderamento e o foco na satisfação do cliente/utilizador.

1.2.2 História da qualidade em saúde.

Donabedian (2003) introduziu o conceito de “*quality assurance*” (garantia de qualidade). O autor dedicou-se a estudar a qualidade dos cuidados de saúde e a medi-la, o que levou ao desenvolvimento do interesse pela temática da qualidade em saúde (Donabedian, 1988).

A investigação e desenvolvimento da qualidade nos cuidados de saúde são, em grande parte, provenientes dos países desenvolvidos; contudo, parece haver um consenso global quanto à sua importância (Serapioni, 2009; Shaw & Kalo, 2002). As principais razões que levaram à implementação de estratégias de garantia de qualidade da saúde dentro da União Europeia foram as seguintes (Shaw & Kalo, 2002):

- Tecnologias e cuidados ineficazes ou utilizados de forma inapropriada;
- Existência de listas de espera;
- Utentes insatisfeitos;
- Desigualdade no acesso aos serviços;
- Falta de segurança;
- Diferenças inaceitáveis nos modos de atuação e resultados;
- Desperdícios e elevados custos derivados da falta de qualidade;
- Existência de custos elevados para a sociedade.

Florentim e Franco (2006) constataram que a qualidade total (que se caracteriza por uma gestão baseada na eficiência e excelência dos serviços e foco nos utentes) tem vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante na área da saúde. Porém, inicialmente, o modelo de gestão pela qualidade total começou por ser utilizado apenas na indústria e só mais tarde se foi aplicando à saúde.

Segundo Sale (1998), existem, contudo, diferenças entre o setor da indústria e o setor da saúde, uma vez que neste último os utentes não possuem conhecimento para avaliar a qualidade dos cuidados técnicos prestados e, para além disso, a sua vida e bem-estar

estão dependentes dessa qualidade. Deste modo, e considerando esta particularidade, os cidadãos e a comunidade em geral esperam e exigem que os cuidados de saúde tenham qualidade (Pisco & Biscaia, 2001). Similarmente, Pisco e Biscaia (2001) referem que “a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros setores” (p. 43), nomeadamente, o facto de estar direccionada para as necessidades e não apenas para a procura, de ter de ser pró-ativa e de não se limitar a procurar apenas a aceitabilidade, tendo de cumprir outros atributos como a efetividade, a equidade e a eficiência. Os conceitos de qualidade, originários da indústria, tiveram, portanto, de se ir adequando ao contexto específico da saúde, que apresenta características muito particulares (Sousa, Pinto, Costa, & Uva, 2008).

O tema da qualidade em saúde está na ordem do dia, resultado de políticas que se centram “na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*), nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança, no crescente interesse pela avaliação do grau de satisfação dos doentes e dos resultados obtidos” (Sousa et al., 2008, p. 58). Contudo, nem sempre foi assim. Serapioni (2009) menciona a existência de três etapas na história da qualidade em saúde. Numa primeira etapa, até meados dos anos 80, a qualidade em saúde centrava-se unicamente na dimensão técnica e profissional, pelo que a responsabilidade pela qualidade acabava por ser atribuída aos profissionais de saúde. Num segundo momento, no final dos anos 80, a qualidade começa também a centrar-se nos aspetos organizacionais e de gestão. Finalmente, no começo dos anos 90, a terceira etapa da qualidade em saúde coloca o seu foco no paciente e na sua satisfação. Assim, “a partir desse momento, a visão do paciente é considerada essencial junto à perspectiva técnica e à organizacional” (Serapioni, 2009, p. 69) e a qualidade em saúde passa a ser aquela que é percebida pelos utentes.

Em Portugal, a partir do final dos anos 80 começam a surgir os primeiros seminários de sensibilização para a temática da qualidade em saúde e as ARS desenvolvem uma série de formações dentro dessa área (Pisco & Biscaia, 2001). Na década de 90, o setor hospitalar nacional apostou também na formação em qualidade e a DGS fez saber que seriam formadas comissões de qualidade na totalidade dos estabelecimentos de saúde

(o que na prática acabou por ter poucos efeitos) (Pisco & Biscaia, 2001). A DGS criou também a Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, com o objetivo de divulgar e sensibilizar para o tema e de avaliar e garantir a qualidade em saúde (Pisco & Biscaia, 2001). Pisco e Biscaia (2001) consideram 1996-1997 como um marco neste contexto no nosso país, dado que o Ministério da Saúde passa a assumir a qualidade como uma prioridade. Posteriormente, em 1999, foram criadas estruturas para constituir o sistema da qualidade na saúde: o Conselho Nacional da Qualidade (que faz recomendações para a melhoria do sistema da qualidade) e o Instituto da Qualidade em Saúde (que estabelece normas e procedimentos tendo em vista a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e que desenvolve uma série de projetos para a promover) (Pisco & Biscaia, 2001).

Atualmente, em Portugal, a qualidade em saúde é fomentada pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, do Ministério da Saúde, que visa “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p. 13552), de modo a que os cidadãos vejam garantidos os seus direitos no que respeita à saúde, e tem como algumas das suas principais prioridades:

- A melhoria da qualidade a nível clínico e organizacional;
- O aumento da aplicação de normas de orientação;
- O aumento da segurança dos utentes;
- A monitorização contínua da qualidade e da segurança;
- O reconhecimento e acreditação da qualidade dos cuidados prestados;
- A divulgação de informação transparente para o cidadão, promovendo a literacia e educação em saúde, bem como a sua capacitação.

1.2.3 Qualidade em saúde.

A qualidade em saúde não apresenta uma definição consensual, sendo, deste modo, difícil de medir. Encontram-se inúmeras definições do conceito de qualidade em saúde (Vuori, 1991). Estas divergências concetuais derivam de vários fatores, entre os quais se destaca:

- Multiplicidade de atores sociais que estão envolvidos nos sistemas de saúde e que possuem variadas crenças e juízos díspares – utentes/pacientes, profissionais com diferentes qualificações e formações, administradores, dirigentes, grupos ou associações que representam os utilizadores dos serviços, etc. (Serapioni, 1999);
- Diferentes contextos históricos, sociais, culturais, políticos e económicos, com utentes com comportamentos e preferências divergentes, resultado das suas crenças, valores e conhecimentos, e com disponibilidade de recursos humanos e materiais diversos, bem como normas de adequação distintas (Donabedian, 1990a).
- Segundo Donabedian (1988), o conceito de qualidade dos cuidados de saúde pode ser caracterizado de várias maneiras legítimas, “dependendo de onde nos localizamos no sistema de cuidados e da natureza e extensão das nossas responsabilidades” (p. 1743)¹.
- O autor supracitado apresenta três componentes dos cuidados de saúde que devem ser considerados quando se fala em qualidade em saúde: o meio em que ocorrem os cuidados; a relação interpessoal entre cuidador e paciente; e os cuidados técnicos prestados (Donabedian, 1990a).
- Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008) apresentam o conceito de qualidade em saúde como sendo “o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços” (p. 3). Para estes autores, a qualidade é o resultado final para que todos contribuem.
- Palmer (1983, cit in. Ferreira, 1991) apontou cinco dimensões presentes para a definição de qualidade de cuidados de saúde:
- Eficácia (o tratamento ou cuidado deve ser eficaz, melhorando a condição de saúde do paciente);

¹ Tradução livre do autor. No original: “depending on where we are located in the system of care and on what the nature and extent of our responsibilities are” (Donabedian, 1988, p. 1743).

- Eficiência (em termos de cuidados de saúde correspondentes a recursos de saúde utilizados);
- Acessibilidade (facilidade de acesso aos cuidados de saúde);
- Aceitabilidade (aceitação/satisfação dos pacientes relativamente aos cuidados de saúde prestados);
- Competência do prestador de cuidados (inclui as competências técnicas e as competências de relacionamento interpessoal dos prestadores de cuidados, bem como o funcionamento do próprio sistema de prestação de cuidados).

Para Biscaia (2000), qualidade em saúde baseia-se em “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos” (p. 10).

Donabedian (1978, cit in. Glickman, Baggett, Krubert, Peterson, & Schulman, 2007) definiu como a tríade base da qualidade em saúde os conceitos de estrutura, processo e resultado (Tabela 2). Glickman et al. (2007) acrescentaram mais alguns elementos, que consideram essenciais para a melhoria da qualidade em saúde, dentro do conceito de estrutura originalmente apresentado por Donabedian.

Tabela 2 - Tríade base da qualidade em saúde

Estrutura	Segundo a definição original de Donabedian (1978), diz respeito às instalações, estruturas físicas e qualificações dos provedores de cuidados; já Glickman et al. (2007) consideram que engloba também os atributos organizacionais, isto é, a gestão, o <i>design</i> organizacional, a cultura, sistemas de incentivos, para além das características físicas.
Processo	Refere-se ao diagnóstico e tratamento propriamente ditos.
Resultado	Respeita ao resultado final dos cuidados de saúde prestados, operacionalizável através da morbilidade, mortalidade e qualidade dos serviços.

Fonte: Glickman et al. (2007, p. 342).

De um modo geral, existem dois elementos que parecem ser centrais e comuns às várias teorias quando se fala em qualidade em saúde: o aspeto técnico dos cuidados (“função de curar”) e o aspeto interpessoal (“função de cuidar”) (Ferreira, 1991, p. 98).

Donabedian (1990b) definiu sete pilares da qualidade dos cuidados prestados, que são apresentados no Tabela 3.

Tabela 3 - Sete pilares da qualidade dos cuidados de saúde

7 Pilares da qualidade dos cuidados de saúde, segundo Donabedian (1990b)	
Eficácia	Capacidade de cuidar (no seu nível mais aprimorado) que alcança melhorias na saúde.
Efetividade	Grau em que as melhorias de saúde possíveis são realmente obtidas.
Eficiência	Capacidade de obter a maior quantidade de melhorias de saúde possíveis ao menor custo.
Otimização	O mais vantajoso equilíbrio entre custos e benefícios.
Aceitabilidade	Consonância com as preferências dos utentes no que respeita à acessibilidade, efeitos e custos dos cuidados prestados, relações cuidador-paciente e comodidades.
Legitimidade	Conformidade às preferências sociais.
Equidade	Justiça na distribuição dos cuidados e dos seus efeitos na saúde.

Fonte: Donabedian (1990b).

Pisco e Biscaia (2001) consideram que cuidados de saúde de qualidade são aqueles que são acessíveis, efetivos e adequados, seguros e com custos comportáveis.

1.2.4 Avaliação da qualidade em cuidados de saúde.

Os cidadãos estão cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente à efetividade da prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, a avaliação da qualidade em saúde é hoje uma preocupação crescente e um desafio para os profissionais de saúde, dado que se tornou praticamente um requisito natural que

“existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados” (Pisco & Biscaia, 2001, p. 44). Apesar de a qualidade ser importante em qualquer serviço, “este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós” (Pereira, 2003, p. 3).

Para dar resposta às exigências crescentes na saúde deve apostar-se num sistema de qualidade que se caracterize pela retificação dos erros detetados, diminuição das variabilidades prejudiciais e pela melhoria contínua, requerendo, para isso, a participação e responsabilização de todos (Pisco & Biscaia, 2001).

A avaliação da qualidade em saúde deve incluir todos os envolvidos, desde médicos, administradores hospitalares, passando por técnicos, enfermeiros e utentes (Ferreira, 1991). Serapioni (1999) considera ainda que a existência de múltiplos atores no contexto da saúde implica que a avaliação da qualidade dos serviços não possa ser apenas efetuada pelos utilizadores e seus profissionais, devendo considerar-se uma abordagem multidimensional, assente em multicritérios. Assim, para além da satisfação dos utilizadores dos serviços (que é um indicador de qualidade), deve analisar-se também a satisfação dos profissionais e o grau de sucesso dos cuidados médicos prestados (Serapioni, 1999).

A análise feita por Donabedian (1990a) sugere que a avaliação da qualidade em cuidados de saúde pode variar muito de sociedade para sociedade, dado que o próprio conceito de qualidade e as normas utilizadas para a apreciar diferem entre si.

Mainz (2003) considera que é necessário o uso de indicadores de qualidade (ao nível da estrutura, nível do processo e das ações desenvolvidas – *performance* – e ao nível dos resultados) para que a qualidade dos cuidados e serviços de saúde possa ser avaliada. A medição e monitorização destes indicadores permite, segundo o autor, demonstrar a qualidade dos cuidados, estabelecer comparações ao longo do tempo e entre diferentes instituições de saúde, delinear prioridades com base em julgamentos, sustentar creditações e normas e ajudar na melhoria da qualidade. Estes indicadores (baseados em cuidados padronizados) não são, porém, uma medida direta da qualidade, dado que

esta necessita, por ser multidimensional, de ser avaliada com recurso a diferentes medidas (Mainz, 2003).

Ferreira (1991) propõe quatro eixos principais para proceder à avaliação da qualidade em saúde: as ações desenvolvidas pelos prestadores de cuidados, que incluem as funções de curar e cuidar; a acessibilidade; a disponibilidade; e a continuidade dos cuidados prestados. Apresenta também as onze escalas de qualidade que fazem parte do questionário *Patient Judgment System*, que nos dão uma ideia das componentes que estão intimamente ligadas à avaliação dos pacientes sobre a qualidade, a saber: a admissão; os cuidados diários prestados; a informação; os cuidados médicos e de enfermagem; o pessoal auxiliar; as condições de habitação do hospital; o planeamento da alta; a faturação; a lealdade; e o processo total.

A avaliação da qualidade da saúde (interna e externa) tem-se difundido cada vez mais em Portugal através de diferentes mecanismos como certificações, acreditações e auditorias clínicas (Vaz, 2015). A nível nacional, destaca-se a certificação ISO 9001 e a acreditação hospitalar pela JCAHO e *Health Quality Service (HQS)*, como dois modelos credíveis na garantia da qualidade dos serviços de saúde. Na perspetiva de Ferreira e Escoval (2010), é às entidades independentes que deve caber o papel de avaliar a qualidade dos serviços e fazer a regulação da saúde.

1.3 A Satisfação em Saúde

1.3.1 Conceito e definições.

O estudo da satisfação dos consumidores relativamente a um produto e/ou serviço é já uma realidade levada a cabo por órgãos de pesquisa governamentais, institutos de investigação e empresas, mostrando que a satisfação dos clientes é, cada vez mais, um aspeto importante e decisivo para a tomada de decisão nas organizações, com o objetivo de que as alterações introduzidas levem a melhorias contínuas na qualidade dos serviços prestados.

Não existe consenso entre os diferentes autores relativamente a uma definição de satisfação. Ainda assim, Giese e Cote (2000) constataam que estas diversas definições têm alguns elementos em comum:

- A satisfação consiste numa resposta emocional ou cognitiva;
- A resposta relaciona-se com certos aspetos, como as expetativas, a experiência ou o produto;
- A resposta ocorre num determinado tempo.
- Oliver (1997) refere que satisfação é uma resposta por parte do consumidor, é o julgamento de que um serviço ou produto proporcionou um nível agradável de realização associado com o consumo.

Especificamente relacionadas com a área da saúde aparecem, também, várias definições. Apesar do tema da satisfação com os cuidados de saúde se ter tornado uma prioridade, inicialmente não existia uma definição clara do conceito de satisfação do paciente (Linder-Pelz, 1982). A primeira que se destaca é avançada pela própria Linder-Pelz, em 1982, que refere que a satisfação no âmbito da saúde diz respeito à realização de avaliações positivas, a nível individual, de diferentes dimensões relativas aos cuidados de saúde, apontando como variáveis determinantes dessas avaliações positivas, as crenças e as expetativas, os valores e as atitudes.

Para Lobo (2008, p. 368) “a satisfação dos utentes, refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados”. Já Hespanhol (2005, p. 185) considera que a satisfação dos utentes em saúde “consiste no modo como eles se apercebem dos serviços prestados”, podendo dizer-se que há insatisfação quando a experiência esteve abaixo das expetativas e satisfação quando esta superou as expetativas.

Num estudo realizado sobre o conceito de satisfação, através da análise de 56 artigos, Esperidião e Trad (2006) vêm demonstrar que os diferentes conceitos de satisfação e de satisfação em saúde analisados derivam, principalmente, das áreas do marketing e da psicologia social, onde se destacam as teorias relacionadas com a satisfação das necessidades e das expetativas, teoria da discrepância, teoria das atitudes e da equidade. No entanto, existe uma teoria que se destaca comparativamente a todas as

outras: a teoria da discrepância, cujo modelo é o mais referido nos artigos analisados pelas autoras. De acordo com esta teoria, os níveis de satisfação são definidos pela análise da diferença entre as expectativas dos indivíduos e a percepção da experiência real. No que concerne à teoria das necessidades e expectativas, a satisfação é vista como sendo a diferença entre o que se deseja ou espera e o que realmente se obtém: há satisfação quando o utente “recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava” (Esperidião & Trad, 2006, p. 1269). Para a teoria da equidade, o conceito de satisfação implica comparação social, em que o indivíduo avalia ganhos e perdas comparativamente a outros utilizadores dos serviços. Por fim, na teoria das atitudes, a satisfação é vista como sendo uma avaliação positiva ou negativa (uma atitude) realizada pelo consumidor relativamente a um produto e/ou serviço (Esperidião & Trad, 2006).

Pode afirmar-se, então, que a satisfação com os serviços de saúde se encontra diretamente relacionada com as necessidades e as expectativas dos utentes, assim como com a experiência real que estes têm. Assim, as necessidades e as expectativas são constructos de extrema importância para a definição da satisfação, sendo por isso relevante elucidar o seu significado.

Neste contexto, as necessidades podem definir-se como tudo o que é necessário para a saúde ou o conforto (Green & Kreuter, 1991, cit in. Asadi-Lari, Packham, & Gray, 2003). Por sua vez, expectativa é a probabilidade subjetiva de que uma determinada ação vai atingir um resultado, sendo que, no âmbito da saúde, poderá dizer-se que é esperar que um determinado cuidado de saúde possa, eventualmente, prevenir ou melhorar uma doença (Champion & Skinner, 2008).

De acordo com um documento do Ministério da Saúde (1999, cit in. Gonçalves & Ramos, 2010), as estratégias de saúde devem centrar-se, precisamente, nas expectativas, necessidades e preferências dos pacientes ou utilizadores, o que implica a sua participação ativa.

Num estudo realizado por Ferreira e Raposo (2006), onde se analisou a satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados nos centros de saúde, foi revelado que as expectativas dos utentes variam num *continuum*, desde indivíduos com uma baixa

assunção dos direitos que possuem num serviço público (baixas expetativas), até àqueles que têm uma sensação de propriedade do sistema ou de individualidade e egoísmo relativamente ao serviço (altas expetativas). Os autores referem que a avaliação que os indivíduos fazem decorre grandemente do tipo de expetativas do utente.

A satisfação é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde prestados, sendo esta ideia corroborada por Ribeiro et al. (2008), que acrescentam que esta reflete a visão que os utentes possuem relativamente às características do processo em que participam, assim como à congruência entre as suas expetativas e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde ou os resultados efetivos. O inquérito de opinião é, para os referidos autores, o melhor e mais preciso método para conhecer as perceções de qualidade dos utentes. Estes, ao revelarem estar satisfeitos ou insatisfeitos com os cuidados prestados e ao apresentarem os principais motivos de insatisfação, possibilitam que essas deficiências sejam corrigidas e que um serviço de maior qualidade seja prestado, mudando, assim, o seu nível de satisfação inicial (Ribeiro et al., 2008). Deste modo, a perspetiva do utente é essencial para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e, assim, identificar quais são as áreas que necessitam de melhorias relativamente quer aos cuidados prestados quer à organização dos próprios serviços (Ribeiro et al., 2008). Contudo, para os autores, este procedimento só se torna relevante quando o utente é chamado a dar a sua opinião com regularidade, passando, então, a desempenhar um papel ativo. Essa é, aliás, a abordagem da Direção-Geral da Saúde (DGS) que, em 2015, publicou o primeiro estudo realizado por sondagem sobre a qualidade na saúde, comprometendo-se a produzir este tipo de avaliação de forma continuada. A DGS (2015) corrobora, assim, a importância de ouvir a opinião do cidadão, tornando-o participativo e colocando-o no centro do sistema de saúde.

Pelas diferentes definições e constructos associados à satisfação no âmbito dos cuidados de saúde, pode afirmar-se que este é um conceito de natureza multidimensional.

No estudo realizado por Weiss (1988, cit in. Esperidião & Trad, 2006), foram identificados quatro grandes grupos de determinantes da satisfação relativamente aos cuidados de saúde, a saber:

- Características dos utentes: nomeadamente, as suas características sociodemográficas e as suas expetativas;
- Características dos prestadores de cuidados: como por exemplo, a sua formação, qualidade técnica e personalidade;
- Fatores relativos à relação estabelecida entre utentes e prestadores de cuidados;
- Características estruturais e ambientais: como é o caso do acesso aos cuidados de saúde, pagamento, duração do tratamento e cultura.

Tendo como base o modelo de Donabedian, referido no capítulo anterior, e comprovando-o, Westaway, Rheeder, Van Zyl e Seager (2003) avançaram as seguintes dimensões subjacentes à satisfação dos pacientes:

- Dimensão interpessoal: Onde se incluem fatores como o respeito, apoio, empatia, simpatia, recetividade, escuta ativa, competência técnica, entreatajuda, informação e capacidade de comunicação;
- Dimensão organizacional: Onde se incluem características do serviço, como a equidade no acesso aos cuidados de saúde, o tempo de espera, a manutenção do contacto, existência e condições da sala de espera, privacidade, limpeza, custo do serviço e marcação.

Cleary e McNeill (1988), através da revisão de diversos estudos, inventariam os seguintes fatores como determinantes da satisfação relativamente à prestação de cuidados de saúde:

- Características sociodemográficas do paciente: nomeadamente, a idade e o género;
- Estado de saúde físico e psicológico do paciente: onde se encontram incluídos fatores como o estado de saúde anterior ao tratamento, bem como o estado psicológico;

- Atitudes e expectativas do paciente: compreende expectativas em relação aos serviços em geral e relativamente ao comportamento do cuidador, sendo que estas variam muito de indivíduo para indivíduo graças a fatores como personalidade, valores culturais e sociais, contacto anterior com os serviços e o contexto;
- Estrutura: nomeadamente, as condições físicas dos locais de prestação dos cuidados, os serviços oferecidos e como são financiados, a estrutura de funcionamento da unidade, a acessibilidade – em termos de distância, tempo gasto e horários – e a continuidade dos cuidados;
- Processo de prestação de cuidados: relaciona-se com aspetos técnicos (perceção pelo utilizador de competências técnicas, qualificações e inteligência no cuidador) e aspetos interpessoais (perceção de comunicação clara e completa, sensibilidade e amabilidade no cuidador, bem como possibilidade de escolha nos tratamentos);
- Resultados: diz respeito à melhoria do estado de saúde dos utentes.

Mais recentemente, Bleich, Özaltin e Murray (2009) verificaram que a experiência do paciente, as suas expectativas, estado de saúde, bem como o tipo de cuidado recebido, são bons preditores da sua satisfação com o sistema de saúde.

Tendo em conta um estudo realizado, em 2008, pelo Picker Institute Europe, Gonçalves e Ramos (2010) avançam oito dimensões que vão ao encontro das necessidades e expectativas dos utilizadores, no que toca aos serviços de saúde, e que são essenciais para os colocar no centro do sistema de saúde, a saber:

- Possibilidade de aceder rapidamente aos cuidados de saúde;
- Ter acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- Sentir-se envolvido no processo de decisões e ver respeitadas as suas preferências;
- Obter informações claras, acessíveis e apoio à autonomia;
- Usufruir de amenidades ou comodidades, nomeadamente nas instalações, tecnologia, etc.;
- Sentir-se respeitado e apoiado emocionalmente;

- Poder contar com o apoio e envolvimento dos familiares e cuidadores;
- Usufruir da continuidade de cuidados.

Se estas expectativas e necessidades do utente dos serviços de saúde forem cumpridas, pressupõe-se que o seu nível de satisfação com os cuidados prestados tenderá a aumentar e poderá falar-se de satisfação em saúde.

São, assim, variadas as dimensões, decorrentes das expectativas e necessidades dos utentes, que se devem considerar quando se fala em satisfação com os cuidados de saúde,-sendo da responsabilidade das instituições de saúde apostar nas dimensões que mais se adequam à sua realidade, de modo a que a satisfação com o serviço prestado, e consequentemente, a sua qualidade, seja cada vez maior.

1.3.2 Avaliação da satisfação em saúde.

A responsabilidade de o Estado assegurar a avaliação dos seus serviços encontra-se preconizada na Lei de Bases da Saúde². Esta é, portanto, uma área importante no âmbito da investigação dos serviços de saúde, sendo fundamental avaliar a perceção e a satisfação dos utentes para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Aragon e Gesell (2003, cit in. Pedro, Ferreira & Mendes, 2010) referem ser três as razões principais pelas quais a avaliação da satisfação dos utentes com os serviços de saúde constitui um importante exercício de gestão:

- A satisfação dos utentes tem uma ligação direta com a reputação dos hospitais; quanto mais alto o nível de satisfação com uma determinada unidade de saúde, melhor reputação esta terá, e melhor serão os serviços nela prestados;
- Os utentes são vistos como uma medida que representa, de forma efetiva, a qualidade dos serviços;

² Base 6 e 37 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – “O Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social” (Lei n.º 95/2019, 2019, p. 58); “Os programas, planos ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública devem estar sujeitos a avaliação de impacto, com vista a assegurar que contribuem para o aumento do nível de saúde da população” (Lei n.º 95/2019, 2019, p.66).

- A satisfação dos utentes é mais valorizada pelos profissionais de saúde que se encontram mais atentos e alinhados com as necessidades apresentadas pelos utentes, uma vez que um tratamento mal realizado ou um mau atendimento (que gera insatisfação) está associado a baixa cooperação e baixa adesão do paciente à terapêutica ou, numa última instância, pode levar ao estabelecimento de ações legais contra as unidades de saúde e prestadores de cuidados.

Devido a estas razões, a satisfação dos utentes é um dos objetivos principais dos serviços de saúde, ocupando cada vez mais um lugar de maior destaque na avaliação da qualidade destes.

Unidades de saúde com maiores índices de satisfação por parte dos utentes apresentam uma série de vantagens daí resultantes, como avançado por Rodrigues (2009) após uma extensa revisão da literatura: maior concordância e conformidade no que toca às indicações médicas, melhores resultados a nível clínico, uma diminuição no recurso aos serviços, menor número de litígios relacionados com práticas clínicas deficientes e negligentes, continuação da relação com um determinado prestador, por exemplo, um médico de especialidade de uma unidade de saúde específica (Rodrigues, 2009).

A avaliação da satisfação em saúde apresenta vários problemas a nível dos métodos e instrumentos utilizados, nomeadamente: a existência de variados recursos de medida que não são comparáveis entre si; a limitação inerente a instrumentos de medida do tipo *checklist*, que não abrangem outros tópicos mais amplos; os objetivos de estudo são inconstantes; utilização de teorias e conceitos provenientes de áreas como a psicologia e o *marketing*, o que faz com que estes nem sempre sejam passíveis de ser aplicados ao âmbito da saúde; ausência de uma definição ou medida universalmente reconhecida; dualidade naquilo que é avaliado (por exemplo, satisfação com os serviços recebidos *versus* satisfação com o sistema de saúde em geral); baixa validade externa das teorias, devido a falta de concordância entre os investigadores sobre o que é satisfação em saúde; baixa validade interna das teorias utilizadas, uma vez que muitas não foram convenientemente testadas ou foram até refutadas (Bleich et al., 2009; Esperidião & Trad, 2005, 2006).

Segundo Esperidião e Trad (2005, 2006), a maior parte dos estudos sobre satisfação recorre a escalas do tipo *checklist* ou inquéritos com perguntas fechadas (estudos de tipo quantitativo), quando, para os autores, estes deveriam alargar-se a outros indicadores e tentar compreender as experiências individuais e específicas dos pacientes de maneira mais aprofundada (estudos qualitativos). A predileção por métodos quantitativos poderá explicar-se pela facilidade de aplicação, rapidez e baixos custos associados a este tipo de investigações, para além de que permitem o acesso a um maior número de sujeitos, o que torna as amostras mais representativas. Contudo, ainda segundo as mesmas autoras, o uso de metodologias quantitativas pode tornar a avaliação da satisfação do paciente um pouco redutora, por se centrar apenas em perguntas fechadas que não dão espaço ao indivíduo para referir aspetos mais pessoais e subjetivos. Destarte, os métodos qualitativos permitem aprofundar um maior número de aspetos, considerados importantes para os próprios utilizadores dos serviços, que dão a sua opinião de forma mais pormenorizada e pessoal. Geralmente é feita uma entrevista com perguntas semiabertas ou abertas, o que implica a presença de um investigador e mais tempo despendido, contrariamente aos questionários quantitativos que são, a maior parte das vezes, autoaplicáveis. Apesar da amostra reduzida que estas técnicas necessariamente envolvem, não se pode dizer que acedam apenas a medidas individuais, uma vez que os dados que se obtêm espelham, na maioria dos casos, as ideologias de um grupo mais alargado de pessoas, que vive em condições históricas, culturais e socioeconómicas específicas (Esperidião & Trad, 2005). Para colmatar as limitações dos métodos qualitativos e quantitativos, as autoras propõem a utilização de uma metodologia mista (Esperidião & Trad, 2005).

De acordo com Serapioni (2009) existia um debate e uma forte oposição entre a utilização de métodos quantitativos e métodos qualitativos por parte dos teóricos; contudo, essa rivalidade parece estar mais atenuada, aceitando-se que os dois têm vantagens e são alternativas para os investigadores.

Tendo em conta o contexto português, são vários os instrumentos utilizados para avaliar a satisfação com os cuidados de saúde, apresentando-se, de seguida, alguns exemplos:

QUASU – Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente: este instrumento, desenvolvido através de uma parceria entre o Departamento de Psicologia na Universidade do Minho e a Administração Regional de Saúde do Norte, é constituído por 47 questões fechadas e uma aberta, tendo como objetivo principal a avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, tendo em conta as seguintes dimensões no âmbito das consultas externas/ambulatório, internamento e serviço de urgência/serviço de atendimento permanente: acesso, avaliação global, comunicação/informação, coordenação da equipa, despesas, qualidade técnica e relações interpessoais (Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001).

- ECSI Portugal – *European Customer Satisfaction Index* Portugal: desenvolvido de acordo com uma parceria entre o Instituto Português de Qualidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o ISEGI-UNL, tem como objetivo medir a qualidade dos produtos e dos serviços através da satisfação do cliente. Não sendo específico da área da saúde, é bastante utilizado neste contexto, especialmente em unidades privadas de saúde. Este instrumento é constituído por um conjunto de equações que estabelecem as relações entre sete variáveis: imagem, expectativas dos clientes, qualidade apercebida, valor apercebido ou relação qualidade/preço (quatro determinantes ou antecedentes do índice de satisfação), tratamento das reclamações, lealdade do cliente (dois consequentes ou indicadores de desempenho do índice de satisfação) e a satisfação, propriamente dita (ECSI, 2014).
- EUROPEP – *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*: trata-se de um instrumento internacional normalizado para avaliar a medicina geral e familiar e foi desenvolvido para permitir a comparação internacional dos resultados e, desta forma, auxiliar os decisores políticos a melhorar os cuidados de saúde primários da Europa. Este é constituído por cinco dimensões de análise: comunicação e relação médico-paciente, informação e apoio, continuidade e cooperação, cuidados médicos e organização dos serviços (Ferreira & Raposo, 2006).
- GPAS – *The General Practice Assessment Survey*: é um instrumento bastante completo, constituído por 53 questões que se encontram divididas nas seguintes

dimensões: acesso, admissão, continuidade de cuidados, qualidade técnica, comunicação, relações interpessoais, confiança, conhecimento do utente, cuidados de enfermagem, referenciação, organização, recomendação e satisfação global. Este instrumento foi concebido pelo *National Primary Care Research and Development Centre*, em Manchester, tendo como base um instrumento concebido nos Estados Unidos, o *Primary Care Assessment Survey* (Ramsay, Campbell, Schroter, Green, & Roland, 2000).

2 Métodos

2.1 Objetivos

De forma a conseguir compreender o nível de satisfação dos utentes com o serviço em questão, foram formuladas duas questões: “Qual o nível de satisfação atribuído ao serviço de imagiologia pelos utentes?” e “Quais os critérios que os utentes têm em conta na altura de avaliar a qualidade do serviço de imagiologia e que fatores influenciam essa satisfação?”. A partir destas duas questões, delinearam-se os seguintes objetivos:

1. Avaliar o nível de satisfação (*Global, Admissão e Receção, Profissional de Saúde e Instalações*) dos utentes no serviço de imagiologia em estudo.
2. Identificar quais as características a que os utentes atribuem maior ou menor importância;
3. Comparar a satisfação consoante as características sociodemográficas dos utentes (*Sexo, Classe Etária e Grau de Escolaridade*);
4. Comparar a satisfação consoante a *Experiência* prévia no serviço de imagiologia em estudo.
5. Comparar a satisfação com o *Profissional de Saúde*, consoante o utente tenha sido atendido por médico ou técnico de saúde.

2.2 Hipóteses de Estudo

Partindo dos objetivos que foram delineados, enunciámos um conjunto de hipóteses de investigação para os Objetivos 3, 4 e 5:

Hipótese 1: O grau de satisfação é diferente consoante o *Sexo, Classe Etária e/ou Grau de Escolaridade*.

Hipótese 2: O grau de satisfação é diferente consoante a *Experiência* prévia na unidade.

Hipótese 3: O grau de satisfação é diferente consoante o utente tenha sido atendido por *Profissional de Saúde* médico ou técnico de saúde.

2.3 Amostra

A amostra foi constituída por utentes, adultos, homens e mulheres, maiores de 18 anos, que utilizam os serviços de Imagiologia do Grupo Sanfil Medicina – Casa de Saúde Santa Filomena, durante o período da recolha de dados. A seleção da amostra de utentes foi realizada através de uma amostragem não aleatória.

2.4 Caracterização da Instituição em Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Serviço de Imagiologia da Clínica de Saúde Sanfil Medicina, em Coimbra. É um serviço que oferece um leque alargado na realização de exames imagiológicos, dando assistência ao serviço nacional de saúde, bem como nos seguros de saúde, seguros de acidentes pessoais ou de acidentes de trabalho e ainda a título particular. De entre os exames imagiológicos que se podem realizar constam as ecografias, as radiografias, as mamografias, as ortopantomografias e telerradiografias da face, as tomografias computadorizadas e as ressonâncias magnéticas. Para a realização destes exames radiológicos, o Serviço de Imagiologia dispõe de um equipamento de Radiologia Geral, um Mamógrafo, um Ortopantomógrafo, um aparelho de Tomografia Computorizada, uma Ressonância Magnética, dois Ecógrafos, contando ainda com uma equipa de 12 Médicos

Radiologistas, 7 Médicos Neurorradiologistas, de 11 Técnicos de Radiologia, 4 Secretárias e 3 Assistentes Técnicas, que asseguram o serviço de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

Em geral, os utilizadores do Serviço de Imagiologia da Clínica em estudo passam por uma série de etapas desde que chegam à instituição: numa primeira fase, o utente retira uma senha e aguarda que o chamem para realizar a inscrição e o registo para o exame em questão, na secretaria; num segundo momento, o utilizador é chamado para realizar o exame pelo Técnico de Radiologia, no caso de radiografias, mamografias, tomografias computadorizadas e exames de ressonância magnética, ou pela assistente do Médico Radiologista, no caso das ecografias, sendo este último tipo de exame realizado pelo médico; num terceiro, após a realização do exame, o utente dirige-se à secretaria para terminar o processo.

2.5 Organização do Questionário

Neste estudo, utilizámos um questionário previamente existente, proveniente do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (SatUtil - MCDTAd v5, de 2018/2019; *vide* Anexo I). O objetivo da sua utilização foi recolher os dados necessários que nos permitissem perceber o grau de satisfação dos utentes com o serviço de imagiologia na clínica em estudo, bem como alguns dados demográficos com a finalidade de caracterizar os indivíduos que formam a amostra. O questionário é constituído por 12 questões fechadas (seis relacionadas com o estudo propriamente dito e outras seis relativas a dados pessoais e demográficos dos inquiridos e à forma como o questionário foi preenchido) e por uma questão aberta, em que é dada a oportunidade ao respondente de transmitir livremente a sua opinião sobre o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados na unidade de saúde em estudo. Deste modo, o questionário é constituído por um total de 13 questões. Ferreira, Antunes e Portugal (2010) consideram importante incluir questões abertas nos questionários, visto que isso dá liberdade aos sujeitos inquiridos, permitindo-lhes expressar mais abertamente as suas opiniões e possibilitando ao investigador analisar e explorar outros aspetos que não tenham sido considerados inicialmente.

O questionário está dividido em oito partes, nomeadamente: experiência anterior na unidade de saúde (Sim/Não); avaliação relativa à admissão e receção (composta por 7 itens, tipo Likert, de 1 a 5); avaliação do profissional de saúde (composta por 7 itens, tipo Likert, de 1 a 5); avaliação das instalações (composta por 10 itens, tipo Likert, de 1 a 5); satisfação global (composta por 2 itens, tipo Likert, de 1 a 5); propostas de melhoria; dados pessoais; pergunta final sobre como foi preenchido o questionário. Em três perguntas relativas à avaliação é utilizada uma escala que vai de 1 a 5 pontos, compreendendo as seguintes alternativas: excelente; muito bom; bom; razoável; mau. Inclui ainda a alternativa não se aplica. Na pergunta relativa à satisfação global é utilizada uma escala de 4 pontos, com as seguintes alternativas: concordo muito; concordo; discordo; discordo muito. Inclui também a alternativa não sei.

Para facilitar a comparabilidade da satisfação entre as diferentes sub-escalas procedeu-se à normalização dos valores para uma escala de 0-100%.

2.6 Procedimentos

Para a recolha dos dados, foram selecionados utilizadores do Serviço de Imagiologia da Clínica de Saúde Sanfil Medicina, em Coimbra, de forma não aleatória. Estes utilizadores foram abordados pelo investigador após a realização dos exames imagiológicos, sendo pedida a sua colaboração e cedida, quer uma breve explicação do propósito e importância do estudo, quer informação relativa ao anonimato das respostas, de modo a preservar a sua privacidade e motivar a participação no estudo. Foi pedido aos utilizadores para efetuarem o preenchimento do questionário, numa sala reservada para esse fim. Os utilizadores que por alguma razão apresentaram dificuldades ou dúvidas no preenchimento do questionário tiveram o devido apoio do investigador para a sua realização, tendo sido também realizada entrevista para o preenchimento do questionário no caso de utentes que devido a incapacidade não o puderam fazer. No final, os utentes depositavam o questionário numa caixa própria para o efeito, por forma a manter o anonimato.

Essa recolha de dados foi realizada num período de tempo compreendido entre os meses de março e junho do ano de 2019.

O questionário foi facultado em suporte papel e, após a sua aplicação, foi transcrita a informação recolhida para o programa SPSS.

2.7 Aspetos Éticos e Legais

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, foi pedida a respetiva autorização e parecer favorável por parte da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Grupo SANFIL Medicina (Anexo 2).

Foi obtido o consentimento informado por parte de todos os participantes. Utilizou-se a forma escrita de confirmação do consentimento, em documento separado do questionário. Esta forma de obter o consentimento informado foi autorizada pela Comissão de Ética do Grupo SANFIL Medicina.

2.8 Análise Estatística

Realizou-se a estatística descritiva relativa à caracterização da amostra e à satisfação dos utentes (*Avaliação da Admissão e Receção, Escolha do Profissional de Saúde, Avaliação do Profissional de Saúde, Avaliação das Condições Físicas e Recomendação da Unidade de Saúde*). Para tal utilizaram-se tabelas de distribuição de frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu, por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para a análise da consistência interna dos itens que compõem a escala SatUtil-MCDTAd v5, de 2018/2019 (com resposta tipo Likert) foi realizada uma análise da homogeneidade dos itens e da consistência interna da escala (coeficiente Alfa de Cronbach).

Os resultados que se apresentam na Tabela 4 indicam bons índices de consistência interna ($\alpha \geq 0,70$, segundo Nunnally, 1978 *apud* Maroco e Garcia Marques, 2006).

Tabela 4 - Teste de Consistência Interna

<i>Sub-Escala</i>	N	Alfa de Cronbach	Número de Itens
Avaliação Admissão e Receção	179	0,966	7
Avaliação Profissional de Saúde	200	0,973	7
Avaliação Instalações (Condições Físicas)	163	0,962	10
Avaliação Satisfação Global	197	0,903	2

Para seleccionar o tipo de testes estatísticos mais adequados (paramétricos ou não paramétricos) procedeu-se a análise do pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente (escala MCDTAd v5, de 2018/2019 e suas sub-escalas), avaliado através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (com correção de significância de Lilliefors), cujos resultados se apresentam na Tabela 5.

Assumi-se $p=0,05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de normalidade, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p<0,05$).

Tabela 5 - Teste de Normalidade ^a

<i>Sub-Escala (n =202)</i>	K	Sig.
Avaliação Admissão e Receção	0,128	<0,001
Avaliação Profissional de Saúde	0,127	<0,001
Avaliação Instalações (Condições Físicas)	0,116	<0,001
Avaliação Satisfação Global	0,256	<0,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

K – Teste de Kolmogorov-Smirnov

A opção por testes não paramétricos justifica-se, assim, pelo facto de não se cumprir o pressuposto da normalidade da distribuição ($p<0,05$). Esta análise foi

igualmente realizada para cada um dos subgrupos das variáveis independentes, confirmando-se a não normalidade da distribuição (dados não apresentados). Não obstante a nossa amostra ter mais de 200 participantes, optámos por esta análise mais conservadora.

Assim, para comparar a satisfação de acordo com o *Sexo (Masculino vs Feminino)* e de acordo com a *Experiência* prévia na unidade (*primeira vinda a esta unidade: Sim vs Não*) recorreremos ao teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*.

Para comparar a satisfação de acordo com a *Idade* e o *Grau de Escolaridade*, reclassificámos estas variáveis em 3 subgrupos (*Classe Etária: ≤40, 40-60 e >60 anos; Grau de Escolaridade: Até 1.º ciclo, 2.º ciclo ao secundário e Ensino médio ou superior*) e utilizámos o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

Recorremos ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25, utilizando um $p \leq 0,05$ como significativamente estatístico, bilateralmente, rejeitando-se a Hipótese Nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor.

A questão aberta foi tratada de modo qualitativo, com recurso a Análise de Conteúdo, mediante contagem de unidades naturais de significado.

3 Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados do estudo, em três partes: caracterização da amostra, análise descritiva e análise inferencial.

3.1 Caracterização da Amostra

Obtiveram-se 202 respostas válidas. Na tabela 6 apresentam-se as características da amostra. Verifica-se que: o sexo feminino está mais representado com 65,8% (n=133) dos casos; o grupo etário com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos é o mais representado (43,1%), seguido do grupo etário >60 anos (28,7%); a maioria dos inquiridos (66,3%) é casada ou vive em união de facto; 57,4% encontram-se a trabalhar no ativo, 14,9% encontram-se reformados ou em reforma antecipada e 14,4% ocupam-se de tarefas domésticas; em termos de habilitações académicas, o maior número possui o 1.º Ciclo (25,2%), seguindo-se os que têm o Ensino Secundário (22,8%) e os utentes com Ensino Superior (20,8%).

A maioria dos inquiridos realizou o preenchimento do inquérito sem ajuda (78,2%), tendo sido também realizada entrevista para o preenchimento do inquérito aos utentes que por alguma razão de incapacidade não o puderam fazer (12,4%).

A maioria dos inquiridos respondeu que já tinha tido pelo menos uma experiência prévia no serviço (53,5%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização da amostra

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)
Género	Masculino	69	34,2
	Feminino	133	65,8
Classe Etária	<=40	57	28,2
	41-60	87	43,1
	> 60	58	28,7
Estado Civil	Solteiro	47	23,3
	Casado/união de facto	134	66,3
	Viúvo	14	6,9
	Separado/divorciado	7	3,5
Situação Profissional	Empregado	116	57,4
	Desempregado	13	6,4
	Estudante	9	4,5
	Reformado	30	14,9
	Incapacitado	1	0,5
	Tarefas domésticas	29	14,4
	Serviço comunitário	0	0,0
	Outra sit. de inatividade	4	2,0
Grau de Ensino	Não sabe ler nem escrever	2	1,0
	Só sabe ler e escrever	4	2,0
	1.º Ciclo (1.º-4.º ano)	51	25,2
	2.º Ciclo (5.º - 6.º ano)	23	11,4
	3.º Ciclo (7.º - 9.º ano)	30	14,9
	Secundário (10.º-12.º ano)	46	22,8
	Ensino Médio	4	2,0
	Ensino Superior	42	20,8
Preenchimento do Inquérito	O próprio sem ajuda	158	78,2
	O próprio com ajuda	19	9,4
	Realizada entrevista	25	12,4
Primeira Vinda à Clínica	Sim	94	46,5
	Não	108	53,5

3.2 Avaliação da satisfação da admissão e receção

Pediu-se aos inquiridos que avaliassem o seu grau de satisfação no que respeita à admissão e receção, considerando, para isso, vários dos seus aspetos (Tabela 7). Assim, relativamente à facilidade em conseguir o exame, incluindo o tempo que este demorou, um maior número de inquiridos considerou o seu grau de satisfação como bom (35%), usando uma escala que vai de “excelente” (1) a “mau” (5). No que respeita a instruções prestadas para preparação necessária para o exame, a categoria mais escolhida também foi bom (38%). A avaliação por parte dos inquiridos à atenção dada às suas necessidades e forma como foram recebidos também apresentou um maior número de respostas no espetro positivo, sendo mesmo a categoria excelente a mais escolhida (32%), ainda que

a escolha muito bom (30%) e bom (29%) não se encontrasse muito distante em termos percentuais. No que concerne à ajuda e simpatia do secretariado, a categoria mais escolhida pelos inquiridos foi muito bom (37%). A categoria muito bom e bom (31%) foi a mais escolhida no que respeita à capacidade do secretariado fazer o inquirido sentir-se confiante e seguro. Relativamente à facilidade em obter informações quando precisou, o maior número de utentes inquiridos considerou-a excelente (31%), enquanto que no que toca à informação sobre os cuidados a ter após a realização do exame, o maior número achou-a boa (34%). Em todos os aspetos avaliados, verifica-se que a maioria das respostas se concentra nas categorias relativas ao grau de satisfação excelente, muito bom ou bom.

Tabela 7 - Avaliação da admissão e receção

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Facilidade em conseguir o exame, incluindo o tempo que demorou	Excelente	52	26	66,8
	Muito Bom	54	27	
	Bom	69	35	
	Razoável	24	12	
Instruções para preparação necessária para o exame	Excelente	47	24	66,5
	Muito Bom	53	28	
	Bom	73	38	
	Razoável	20	10	
Atenção dada às suas necessidades e forma como foi recebido/a	Excelente	65	32	71,0
	Muito Bom	60	30	
	Bom	59	29	
	Razoável	16	8	
	Mau	2	1	
Ajuda e simpatia do secretariado	Excelente	59	29	72,5
	Muito Bom	75	37	
	Bom	57	28	
	Razoável	11	6	
Capacidade do secretariado de o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a	Excelente	57	28	69,7
	Muito Bom	63	31	
	Bom	62	31	
	Razoável	19	10	
Facilidade em obter informações quando precisou	Excelente	63	31	68,7
	Muito Bom	52	26	
	Bom	61	30	
	Razoável	25	12	
	Mau	1	1	
Informação sobre os cuidados a ter após a realização do exame	Excelente	46	26	65,2
	Muito Bom	46	25	
	Bom	62	34	
	Razoável	26	14	
	Mau	1	1	
Total	-	-	-	68,9

Inquiriu-se ainda qual o profissional que atendeu os respondentes: médico ou técnico. Dos inquiridos 61% foram atendidos por um técnico e 39% por um médico (Tabela 8).

Tabela 8 - Profissional de Saúde que realizou o atendimento

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)
Profissional de Saúde	Médico	78	39
	Técnico	123	61

3.3 Avaliação do profissional de saúde que realizou o exame

Requeru-se também a avaliação do grau de satisfação dos inquiridos com o profissional de saúde que realizou o exame de imagiologia, nomeadamente o médico e o técnico (Tabela 9), utilizando a mesma escala. No que diz respeito à avaliação do médico, um maior número de inquiridos revelou um grau de satisfação bom com a forma como o exame foi realizado (41%) e com a informação recebida após a realização do exame (40%). Relativamente à informação recebida previamente ao exame, incluindo o motivo para a sua realização, verificou-se que as categorias mais escolhidas foram bom e muito bom (ambas com 33%) e que 26% dos inquiridos consideraram este aspeto como apenas razoável. Vários tópicos foram considerados por um maior número de inquiridos como muito bons, nomeadamente a atenção prestada pelo profissional (40%), a disponibilidade do profissional (44%), a competência, carinho e cortesia do profissional (49%) e o respeito com que foi tratado e forma como a sua privacidade foi mantida (46%). Em todos os aspetos analisados, a maioria das respostas concentra-se nas categorias relativas ao grau de satisfação excelente, muito bom ou bom. Dos sete tópicos avaliados, em quatro deles observa-se que a maioria das respostas dos inquiridos (considerando a sua percentagem conjunta) situa-se nas categorias muito bom ou excelente: atenção prestada pelo profissional (58%); disponibilidade do profissional (62%); competência, cortesia e carinho do profissional (69%); respeito com que foi tratado e forma como a sua privacidade foi mantida (66%).

Relativamente à avaliação do profissional de saúde - técnico, em todos os tópicos considerados, verificou-se que um maior número de inquiridos revelou um grau

de satisfação excelente, observando-se, mesmo, que a maioria dos respondentes considerou como excelentes os aspetos relativos à atenção prestada pelo profissional (57%); disponibilidade do profissional (55%); competência, cortesia e carinho do profissional (57%); respeito com que foi tratado e forma como a sua privacidade foi mantida (58%). Nos restantes aspetos analisados, a maioria das respostas concentra-se nas categorias relativas ao grau de satisfação excelente ou muito bom.

Tabela 9 - Avaliação do Profissional de Saúde que realizou o exame de Imagiologia

Variável	Profissional de Saúde	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Forma como o exame foi realizado	Médico	Excelente	12	15	62,8
		Muito Bom	25	32	
		Bom	32	41	
		Razoável	9	12	
		Mau	-	-	
	Técnico	Excelente	56	45	81,5
		Muito Bom	44	36	
		Bom	22	18	
		Razoável	1	1	
		Mau	-	-	
Atenção prestada pelo profissional que o/a atendeu	Médico	Excelente	14	18	65,7
		Muito Bom	31	40	
		Bom	23	29	
		Razoável	10	13	
		Mau	-	-	
	Técnico	Excelente	70	57	86,0
		Muito Bom	37	30	
		Bom	16	13	
		Razoável	-	-	
		Mau	-	-	
Informação recebida prévia ao exame, incluindo o motivo para a sua realização	Médico	Excelente	6	8	55,8
		Muito Bom	26	33	
		Bom	26	33	
		Razoável	20	26	
		Mau	-	-	
	Técnico	Excelente	50	41	79,9
		Muito Bom	48	39	
		Bom	22	18	
		Razoável	2	2	
		Mau	-	-	
Disponibilidade do profissional que o/a atendeu	Médico	Excelente	14	18	67,0
		Muito Bom	34	44	
		Bom	22	28	
		Razoável	7	9	
		Mau	1	1	
	Técnico	Excelente	68	55	86,4
		Muito Bom	43	35	
		Bom	12	10	
		Razoável	-	-	
		Mau	-	-	

Variável	Profissional de Saúde	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Informação recebida após a realização do exame	Médico	Excelente	8	10	59,0
		Muito Bom	26	33	
		Bom	31	40	
		Razoável	12	16	
		Mau	1	1	
	Técnico	Excelente	53	44	81,6
		Muito Bom	47	39	
		Bom	21	17	
		Razoável	-	-	
		Mau	-	-	
Competência, cortesia e carinho do profissional que o/a atendeu	Médico	Excelente	16	20	69,9
		Muito Bom	38	49	
		Bom	16	21	
		Razoável	8	10	
		Mau	-	-	
	Técnico	Excelente	70	57	86,2
		Muito Bom	38	31	
		Bom	15	12	
		Razoável	-	-	
		Mau	-	-	
Respeito com que foi tratado/a e forma como a sua privacidade foi mantida	Médico	Excelente	16	20	68,9
		Muito Bom	36	46	
		Bom	17	22	
		Razoável	9	12	
		Mau	-	-	
	Técnico	Excelente	71	58	86,4
		Muito Bom	39	31	
		Bom	12	10	
		Razoável	-	-	
		Mau	1	1	

3.4 Avaliação das condições físicas do serviço de Imagiologia

Considerou-se também o grau de satisfação dos inquiridos relativamente às condições físicas da unidade em causa para a realização do exame, utilizando-se a mesma escala (Tabela 10). Dos dez aspetos analisados, em nove deles, um maior número de respondentes considerou-os bons. Contudo, no tópico relativo ao ruído, um maior número de respostas concentrou-se na categoria razoável (33%). Ainda assim, em todos os aspetos considerados na avaliação das condições físicas, a maioria das respostas concentra-se nas categorias relativas ao grau de satisfação excelente, muito bom ou bom. Observando os valores das percentagens obtidos dos diferentes aspetos analisados, verifica-se que aqueles que tiveram melhor avaliação por parte dos respondentes foram as condições físicas e conforto das salas de espera (44%), logo seguido da resposta às necessidades especiais dos seus utilizadores (42%) e as condições físicas e conforto das salas de exame (40%). Os aspetos relativos às condições físicas que

apresentaram piores valores de percentagem de satisfação foram a higiene e limpeza (31%), o ruído (33%) e a iluminação (35%).

Tabela 10 - Avaliação das condições físicas da unidade

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Tempo que esperou na sala de espera	Excelente	19	9	53,2
	Muito Bom	55	27	
	Bom	72	36	
	Razoável	45	22	
	Mau	11	6	
Condições físicas e conforto da sala de espera	Excelente	15	7	53,0
	Muito Bom	48	24	
	Bom	89	44	
	Razoável	46	23	
	Mau	4	2	
Condições físicas e conforto das salas de exames	Excelente	33	16	60,8
	Muito Bom	56	28	
	Bom	81	40	
	Razoável	29	14	
	Mau	3	2	
Qualidade das instalações sanitárias	Excelente	18	10	52,6
	Muito Bom	44	24	
	Bom	64	36	
	Razoável	44	25	
	Mau	9	5	
Ruído	Excelente	18	9	48,8
	Muito Bom	42	21	
	Bom	64	32	
	Razoável	66	33	
	Mau	11	5	
Iluminação	Excelente	18	9	53,5
	Muito Bom	56	28	
	Bom	72	35	
	Razoável	48	24	
	Mau	8	4	

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Higiene e limpeza	Excelente	35	17	60,4
	Muito Bom	60	30	
	Bom	62	31	
	Razoável	45	22	
Orientações em como se deslocar nas instalações da unidade	Excelente	37	18	59,8
	Muito Bom	49	24	
	Bom	71	36	
	Razoável	41	21	
	Mau	2	1	
Organização geral dos serviços oferecidos por esta unidade	Excelente	35	18	61,0
	Muito Bom	55	27	
	Bom	75	37	
	Razoável	35	17	
	Mau	1	1	
Resposta às necessidades especiais dos seus utilizadores (por exemplo, portadores de deficiência)	Excelente	24	14	54,3
	Muito Bom	29	17	
	Bom	70	42	
	Razoável	42	25	
	Mau	3	2	
Total	-	-	-	56,1

3.5 Análise da possibilidade de recomendação da unidade em estudo

Inquiriu-se ainda a amostra relativamente à possibilidade de vir a recomendar a Unidade de Saúde a amigos e se veria razões para mudar para outra unidade de saúde ou não (Tabela 11). Para tal, recorreu-se a duas afirmações e utilizou-se uma escala que vai de “concordo muito” a “discordo muito”, considerando-se ainda a resposta “não sei”. Relativamente à afirmação “recomendo fortemente esta unidade aos meus amigos”, a maioria dos inquiridos (54%) disse concordar. No que se refere à afirmação “não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de outro hospital”, também a maioria dos inquiridos (61%) referiu concordar com ela.

Tabela 11 - Recomendação da Unidade de Saúde

Variável	Valor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Recomendo fortemente esta unidade aos meus amigos	Concordo muito	73	36	80,7
	Concordo	108	54	
	Discordo	17	9	
	Discordo muito	2	1	
Não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de outro hospital	Concordo muito	64	32	79,1
	Concordo	120	61	
	Discordo	10	5	
	Discordo muito	3	2	
Total	-	-	-	79,9

3.6 Possibilidades de melhoria

Nesta questão, os respondentes podem dar a sua opinião livremente sobre o que gostariam de ver melhorado na unidade de saúde em estudo. Dos 202 inquiridos só 17 responderam à questão aberta.

Dos 17 utentes que responderam, cinco não tiveram nenhuma melhoria a apontar. Os aspetos mais referidos como devendo ser alvo de melhorias foram a sala de espera com pouco espaço (apontada por oito utentes) e as instalações sanitárias (mencionadas por cinco), por apresentarem más condições e ser apenas uma para homens e mulheres. Dois dos respondentes referiram ainda alguma demora/lentidão do secretariado como aspeto a melhorar. Outro utente referiu ainda o facto de as instalações serem um pouco antigas, outro mencionou a necessidade de melhorar as condições das salas de exames e um outro salientou ainda o inconveniente da imagiologia se situar num edifício diferente daquele em que se realizam as consultas.

3.7 Análise Inferencial

Relativamente às diferenças na satisfação consoante o sexo, através dos resultados do teste de hipótese U de Mann-Whitney (Tabela 12), verificamos que, não se rejeita a Hipótese Nula em nenhuma das dimensões da escala ($p > 0,05$). Assim, não existe evidência estatística para afirmar que a satisfação seja diferente entre os utentes do sexo masculino e feminino.

Tabela 12 Avaliação das dimensões e total da satisfação por sexo

<i>Variável</i>	Sexo (N=202)	N	Mediana	U	Sig.
Admissão e Receção	Masculino	69	71,4	5.088,50	0,202
	Feminino	133	75,0		
Profissional de Saúde	Masculino	69	75,0	5.082,00	0,206
	Feminino	133	75,0		
Condições Físicas das Instalações	Masculino	69	50,0	5.110,50	0,185
	Feminino	133	52,5		
Satisfação Global	Masculino	69	75	4.815,50	0,532
	Feminino	133	75		

U – Teste U de Mann-Whitney

Relativamente à Classe Etária verifica-se, através do teste *Kruskal-Wallis*, (Tabela 13) que existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação é diferente consoante o grupo etário, no que respeita à *Admissão e Receção* e *Profissional de Saúde*, sendo que os utentes mais jovens são os que se apresentam mais satisfeitos. Relativamente às Instalações e à *Satisfação Global* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (ainda que na *Satisfação Global* o valor tenha sido próximo do limite de significância).

Analisando a relação entre o Grupo Etário e a Satisfação, verifica-se para a Satisfação Global (da escala) uma associação no limiar da significância estatística ($p=0,051$). Pela análise das medianas verifica-se que o grupo ≤ 40 anos é o que apresenta maior satisfação. Analisando as subescalas de satisfação verifica-se diferença

estatisticamente significativa na avaliação da *Admissão e Receção e Profissional de Saúde*, mas não nas *Instalações (Condições Físicas)*, mantendo-se a mesma associação, isto é, os jovens estão mais satisfeitos.

Tabela 13 - Avaliação das dimensões e total da satisfação por classe etária

Variável (N=202)	Classe Etária	N	Mediana	KW	Sig.
Admissão e Receção	≤ 40	57	80,0	8,230	0,016
	[41-60]	87	67,9		
	> 60	58	64,3		
Profissional de Saúde	≤ 40	57	89,3	7,558	0,023
	[41-60]	87	75,0		
	> 60	58	75,0		
Instalações (Condições Físicas)	≤ 40	57	72,5	10,069	0,07
	[41-60]	87	50,0		
	> 60	58	50,0		
Satisfação Global	≤ 40	57	87,5	5,940	0,051
	[41-60]	87	75,0		
	> 60	58	75,0		

KW – Teste de Kruskal-Wallis; Sig: Significância

Relativamente ao Grau de Ensino, analisando a Tabela 14 verificamos que existe evidência estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para afirmar que a satisfação é diferente consoante o grau de ensino em todos os parâmetros, sendo que quanto maior o grau de escolaridade, maior é a satisfação.

Tabela 14 - Avaliação das dimensões e total da satisfação por Grau de Ensino

Variável (N=202)	Grau Ensino	N	Mediana	Estatística	Sig.
Admissão e Receção	Até 1.º ciclo	57	64,3	12,170	0,002
	2.º ciclo ao secundário	99	67,9		
	Ensino médio ou superior	46	85,7		
Profissional de Saúde	Até 1.º ciclo	57	75,0	20,701	≤0,001
	2.º ciclo ao secundário	99	75,0		
	Ensino médio ou superior	46	100,0		
Instalações (Condições Físicas)	Até 1.º ciclo	57	50,0	14,089	0,001
	2.º ciclo ao secundário	99	50,0		
	Ensino médio ou superior	46	70,0		
Satisfação Global	Até 1.º ciclo	57	75,0	17,044	≤0,001
	2.º ciclo ao secundário	99	75,0		
	Ensino médio ou superior	46	100,0		

No que ao atendimento pelos profissionais de saúde (médico ou técnico) diz respeito, avaliámos a satisfação de acordo com os diversos itens da sub-escala *Profissionais de Saúde* e comparámos ambos os grupos de acordo com o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney* (Tabela 15). Verificamos que para todas as categorias obtivemos um $p < 0,001$, pelo que existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação é diferente consoante o utente é atendido pelo profissional Médico ou pelo profissional Técnico. Pela observação dos valores da mediana de satisfação, verifica-se que esta é superior nas pessoas atendidas pelo Técnico.

Tabela 15 - Avaliação das dimensões Profissionais de Saúde: questões e sub-escala de satisfação global

Itens avaliados (N=201)	Profissional	N	Mediana	U	Sig.
Forma como Exame foi realizado	Médico	78	3	2.653,50	≤0,001
	Técnico	123	2		
Atenção prestada pelo profissional que o/a atendeu	Médico	78	2	2.485,50	≤0,001
	Técnico	123	1		
Informação recebida prévia ao exame, incluindo o motivo para a sua realização	Médico	78	3	2.188,00	≤0,001
	Técnico	123	2		
Disponibilidade do profissional que o/a atendeu	Médico	78	2	2.517,00	≤0,001
	Técnico	123	1		
Informação recebida após a realização do exame	Médico	78	3	2.238,50	≤0,001
	Técnico	123	2		
Competência, cortesia e carinho do profissional que o/a atendeu	Médico	78	2	2.820,00	≤0,001
	Técnico	123	1		
Respeito como que foi tratado/a e forma como a sua privacidade foi mantida (item)	Médico	78	2	2.698,00	≤0,001
	Técnico	123	1		
Av. Profissional de Saúde (sub-escala)	Médico	78	67,9	7.395,50	≤0,001
	Técnico	123	89,3		

U – Teste U de Mann-Whitney

Em relação à *Experiência* prévia, (Tabela 16), verificámos que em todas as categorias não existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que há

diferenças na satisfação dos utentes de acordo com o facto de possuírem ou não Experiência prévia.

Tabela 16 - Avaliação das dimensões e Satisfação Global por Experiência

Variável (N=202)	1.ª vez na unidade	N	Mediana	Estatística	Sig.
Admissão e Recepção	Sim	94	75,0	5.011,00	0,875
	Não	108	67,86		
Profissional de Saúde	Sim	69	75,0	5.230,50	0,707
	Não	133	75,0		
Instalações (Condições Físicas)	Sim	69	53,75	5.277,00	0,627
	Não	133	50,0		
Satisfação Global	Sim	69	75,0	5.373,50	0,437
	Não	133	75,0		

Discussão

Investigar a satisfação dos utentes de um estabelecimento de saúde (público ou privado) em Portugal é uma demanda pela obtenção de indicadores que cumpram os desideratos da DGS (2015) no que à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no setor da saúde diz respeito. O objetivo será satisfazer os cidadãos, correspondendo, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.

À medida que a prática da radiologia evolui orientando-se para o paciente, torna-se claro que a especialidade precisa de impulsionar e implementar mais iniciativas que beneficiem diretamente esses mesmos pacientes (Towbin, 2018). Enquanto “cliente final da medicina” (Lexa, 2006 *apud* Brook, et al, 2017), o paciente é um participante ativo na tomada de decisão dos cuidados. A satisfação do paciente resulta da respetiva avaliação da experiência que cada um tem (Ochonma et al., 2015). Neste quadro paradigmático, o radiologista deve ampliar a sua perceção sobre o significado de um serviço de qualidade, para além dos excelentes cuidados na realização e interpretação diagnóstica. O conceito atual de valor vincula os resultados à experiência do paciente, sendo inversamente relacionado aos custos do serviço. Independentemente do tipo de ferramenta usada na determinação da satisfação, esta deve mensurar, identificar e relacionar a qualidade percebida pelo paciente, de modo a que este possa expressar a sua experiência – opiniões, necessidades e expectativas - (Mendes, 2012) e servir para identificar e implementar melhorias (Brook et al., 2017).

Após a apresentação e análise dos dados obtidos, onde procurámos sublinhar e realçar os resultados mais expressivos, compete-nos, agora, realizar uma síntese e apreciação crítica dos mesmos, confrontando e comparando com o quadro teórico de referência e tentando evidenciar os seus significados e implicações.

A escala adotada (SatUtil MSDTA v.5) apresenta índices adequados de consistência interna, (valores de alfa de Cronbach obtidos superiores a 0,70) demonstrando, assim, a sua fidedignidade.

Os resultados deste estudo mostram-nos que a Satisfação Global dos pacientes relativamente à clínica radiológica é de 79,89%. Verificamos, pela literatura consultada,

que estes valores se encontram alinhados com estudos similares conduzidos em clínicas privadas de radiologia em diversos países, como Etiópia (71,6%, Mulisa et al., 2017), Egito (75%, Wahed & Mabrook, 2017), Nigéria (72,6%, Okafor et al., 2018), Filipinas, 71% (Campeau *apud* Mulisa et al., 2017) e Paquistão (71,2%). Ao nível da Europa, concretamente em Portugal, Fernandes (2012) no seu estudo sobre satisfação num serviço de saúde privado apresenta valores de 96% (escala SERVQUAL, amostra de 250 pessoas), situando a satisfação/qualidade muito acima dos valores médios a nível mundial, assim como o estudo que refere idêntico nível de satisfação com os serviços privados de radiologia no Gana (97%, Adesi Kyei, 2016). Tinoco et al. (2018), refere nos resultados da sua pesquisa sobre satisfação e qualidade num serviço de radiologia público que a maioria (56,4%) dos utentes considera-se *satisfeito* ou *muito satisfeito* (28,6%, escala SERVQUAL, amostra de 140 utentes) com os respetivos serviços de radiologia.

A satisfação dos utentes perante a *Admissão e Receção* foi de 68,93%; neste ponto seria de esperar uma percentagem de satisfação mais elevada, tendo em conta exemplos de estudos como o de Mulisa et al (2017) ostentando 84,5%. Verificámos que os utentes atribuem um menor grau/percentagem de satisfação ao item *Informação sobre os cuidados a ter após a realização do exame* (65,19%), seguido de *Instruções para preparação necessária para o exame* (66,45%), para a dimensão *Admissão e Receção*.

Relativamente ao *Profissional de Saúde Médico*, a satisfação foi de 64,2% e ao *Profissional de Saúde Técnico*, de 84%. Ressalva, neste ponto, para o esclarecimento sobre a percentagem de utentes atendidos pelo profissional Médico ou Técnico (39% e 61% dos inquiridos, respetivamente) ser muito distinta. Não houve lugar a duplicações de exames, ou seja, cada utente realizou um só exame com um dos profissionais especificamente e cada profissional realiza o seu conjunto de exames exclusivos, apenas. Por este motivo consideramos que são dados que não permitem a comparação entre profissionais de saúde. Verificamos, ainda nesta dimensão, que a *Forma como o exame foi realizado* apresenta uma satisfação com o profissional Técnico de 84% e com o profissional Médico de 64,2%. De igual modo, a maioria dos respondentes considera a *Atenção prestada pelo profissional que o atendeu* como Muito Boa (40%) para o

Médico e Excelente (57%) para o Técnico. Relativamente ao item *Informação recebida prévia ao exame, incluindo o motivo para a sua realização*, os inquiridos consideraram que a informação dada pelo médico foi Muito Boa e Boa em igualdade percentual (33,3%) e Excelente (8%), não havendo classificação abaixo do Razoável (26%). Já relativamente ao Técnico, os pacientes consideraram o esclarecimento recebido como Bom (18%), Muito Bom (39%) e Excelente (41%) e apenas Razoável em 2%. A *Disponibilidade do profissional* revela uma percentagem elevada de satisfação, com 90% dos inquiridos atendidos por um profissional médico e a totalidade (100%) dos inquiridos atendidos pelo profissional técnico a considerarem um valor igual ou superior a Bom. Após a realização do exame, a *Informação recebida* pelo profissional médico foi considerada no índice igual ou superior a Bom por 83% (10% Excelente) mas, por outro lado, 16% consideram apenas Razoável e 1% Mau. Os pacientes atendidos pelo Técnico consideram na sua totalidade (100%) ter sido igual ou superior a Bom (44% Excelente). Quanto à *Competência, cortesia e carinho do profissional*, os utentes consideraram 90% do profissional médico como Bom ou superior (20% Excelente) e 10% como Razoável; no que diz respeito ao profissional Técnico, a totalidade (100%) dos utentes atendidos por este profissional considera no mínimo Bom (12%) ou superior (57% Excelente). O *Respeito com que foi tratado/a e forma como a sua privacidade foi mantida* pelo profissional médico revela uma percentagem de satisfação igual ou superior a Bom de 88%, sendo o Excelente correspondente a 20% e a maior percentagem (46%) corresponda a uma satisfação de Muito Bom. No mesmo parâmetro, mas para o profissional Técnico, salienta-se a maior percentagem de satisfação ao nível Excelente (58%), num total igual ou superior a bom de 99%, mas com 1% dos inquiridos insatisfeitos, com uma avaliação de Mau.

A *Avaliação das condições físicas (Instalações)* apresenta níveis de satisfação de 56,14%. Vários foram os parâmetros visados, atingindo uma média de satisfação global ajustada de 56,14%. A satisfação decorrente do *tempo que esperou na sala de espera*, em média, foi de 53,22%, com o nível Bom, especificamente, a ser o mais frequente (36%). Realçamos o facto de se realizarem marcações para os exames ecográficos, tomografias axiais computadorizadas e ressonâncias magnéticas e apenas as radiografias são realizadas por ordem de chegada de cada utente.

Relativamente às *Condições físicas e conforto na sala de espera*, a média ponderada de satisfação ronda os mesmos valores, com 52,97% e 44% de satisfação ao nível do Bom. As *Condições físicas e conforto das salas de exames* revelam melhoria acentuada na satisfação, com 60,77% de média ajustada, constituindo o segundo item mais pontuado desta categoria. A *Qualidade das instalações sanitárias* volta a apresentar uma média ajustada de satisfação de 52,51% (36% Bom) e é o segundo item menos pontuado, logo a seguir ao *Ruído*, com uma satisfação ajustada de 48,76%. O *Ruído* é, assim, o item que apresenta menor satisfação no que à avaliação das condições físicas diz respeito (5% dos pacientes considera como sendo Mau). A *Iluminação* apresenta uma média de satisfação de 53,47% e a *Higiene e limpeza* 60,40%. *Orientações em como se deslocar nas instalações da unidade* tem uma média de 59,75%, com 36% dos pacientes a considerarem Bom. A *Organização geral dos serviços oferecidos por esta unidade* é o item mais pontuado com 60,95% de média ajustada de satisfação (82% dos pacientes inquiridos considera como Bom ou superior). As condições de acesso e *Resposta às necessidades especiais dos seus utilizadores* apresenta uma satisfação média de 54,32%.

Wahed & Mabrook (2017) referem que, no seu estudo, os níveis de satisfação mais baixos foram relatados para os itens *receber informações suficientes sobre como se preparar para o exame* (29,3%), *eficiência do processo de registo* (24,0%), *tempo de espera na receção* (21,3%), sigilo e privacidade do serviço (34,7%). Por outro lado, 98% dos participantes ficaram satisfeitos com a experiência do pessoal. Ainda que constituindo itens analisados um pouco diferentes, dá para perceber um paralelismo com os nossos itens, assim como verificamos valores superiores aos nossos resultados, em termos de satisfação.

Compreendemos que a utilização de metodologias de investigação distintas (incluindo escalas) poderá produzir resultados igualmente distintos ao nível da satisfação. Existem diversos fatores que podem causar enviesamento nas taxas de resposta a cada item, nos formulários, contexto de perguntas e até mesmo no modo de recolha dos dados. Iversen et al. (2014) refere, ainda, que estudos têm demonstrado que os inquéritos quantitativos a doentes têm uma tendência para sobrestimar a

satisfação e experiência dos doentes, podendo não coincidir os elevados níveis de satisfação necessariamente com a qualidade ou experiência vivenciada.

Outro dos principais objetivos do presente trabalho é identificar os fatores sociodemográficos que influenciam a satisfação percebida pelos utentes, tema que se apresenta como controverso na literatura existente.

Sociodemograficamente, a amostra de inquiridos revela uma maior percentagem de participantes do sexo feminino (65,8%), na faixa etária entre os 41 e 60 anos (43,1%) e maioritariamente num relacionamento (66,3%). O estudo de Silva e Rodrigues (2011) apresenta uma percentagem idêntica nos 213 inquiridos, sendo 61% do sexo feminino e faixa etária maioritariamente entre os 41 e 50 anos, Okafor *et al* (2018) refere 57% de participantes do sexo feminino e de Fernandes (2012), com 64% de inquiridos do sexo feminino e 54% na faixa etária dos 35 a 64 anos e que, por sua vez, também confirma a maior afluência de utentes do sexo feminino aos serviços de saúde em Portugal, de modo global (Pereira *et al*, 2000, Ferreira e Raposo, 2006 *apud* Fernandes, 2012). Após a realização dos testes estatísticos, constatámos que fatores como o Sexo e a Experiência prévia na unidade (ou seja, quer fosse a primeira experiência ou não nesta instituição) não têm influência significativa sobre os índices de Satisfação Global percebida. O estudo de Tinoco *et al*. (2018) mostra, igualmente, não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação (excetuando o Grau de Ensino). Estes resultados contrastam com os de Silva & Rodrigues, (2011), onde as utentes do sexo feminino apresentam maiores índices de satisfação; estes mesmos autores referem, ainda, resultados similares no estudo de Santos e Condeço, em 2002 (*id, ibidem*) mas contrastantes ao estudo de Hall em 1966, de Ferreira e Raposo, em 2006 (*id, ibidem*) e de Fernandes (2012) em que se afirmam que as mulheres têm satisfação inferior à dos homens.

Em termos laborais, 57,4% dos participantes estão em situação ativa (empregados), 4,5% são estudantes e os restantes encontram-se em situação de inatividade (reforma, incluída), resultados com percentagens superiores aos resultados de Fernandes (2012), em que 40% dos inquiridos trabalhavam por conta de outrem e

similares aos de Ochonma et al. (2015) que apresenta taxas de inatividade laboral de 30,7% (estudo realizado na Nigéria).

O Grau de Ensino é a variável com maior heterogeneidade, desde a iliteracia até ao Ensino Superior, razão pela qual recodificámos as categorias de modo a facilitar a análise estatística *a posteriori*. Obtivemos, assim, três níveis de escolaridade: até ao Primeiro Ciclo (28,2% dos inquiridos), do Segundo Ciclo ao Secundário, constituindo a categoria com maior número de inquiridos (49%) e o Ensino Médio ou Superior (correspondente a 22,8% dos inquiridos). A análise inferencial realizada evidencia, também, que a satisfação é diferente consoante o Grau de Ensino em todos os parâmetros visados, com os utentes com maior grau de instrução a serem também os mais satisfeitos. Estes resultados contrastam com os de Mulisa et al. (2017), estudo realizado na Etiópia, que refere uma associação significativa entre satisfação e educação, inversamente proporcional, ou seja, os pacientes mais iliterados são os mais satisfeitos pois teriam menor capacidade para perceber as falhas do serviço de radiologia.

Quanto à *Satisfação Global* percebida relativamente aos Grupos Etários, verificamos evidência estatisticamente significativa para afirmar que a idade dos utentes influencia a satisfação, sendo o grupo dos mais jovens (idades inferiores a 40 anos) a apresentarem maior satisfação (análise de Medianas), ainda que no limiar da significância estatística ($p=0,051$). Este resultado contrasta com os dados apresentados por Fernandes (2012), onde o autor refere que, no seu estudo, os utentes mais idosos apresentavam maior satisfação, contrastando igualmente com os resultados de outros estudos em Portugal (Pereira *et al*, 2001 e Vilaverde *et al*, 2002 *apud* Fernandes, 2012). Também Silva & Rodrigues (2011) referem no seu estudo que os utentes mais idosos têm maior grau de satisfação, sobretudo no que às condições físicas diz respeito, na medida em que consideram que à medida que a idade aumenta, também a satisfação aumenta, pois os mais jovens mantêm uma capacidade mais crítica e exigente com a vida em geral e com as instituições que utilizam. Com opinião inversa a estes estudos, relativamente à perceção sobre a qualidade, o estudo de Tinoco et al. (2018) verifica não existirem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes faixas etárias.

Também Wahed (2017), num estudo mais recente no Egito, refere que são os mais jovens os mais satisfeitos com o serviço de radiologia.

Em termos de recomendação da Unidade de Saúde, 80,69% (média) dos nossos participantes refere recomendar *fortemente esta unidade* aos seus amigos e 79,08% não vê razão *para mudar para outra unidade de outro hospital*. Estes resultados são similares aos de Tinoco (2017), em que apresenta 64,9% dos utentes do seu estudo a referirem a recomendação do serviço, assim como C. R. R. G. Silva & Rodrigues (2011), com 65,5% dos inquiridos expressando vontade em regressar e recomendando o serviço. O estudo de Mulisa et al. (2017) refere dados com taxas de recomendação mais elevadas, com 94,2% de participantes afirmando que retornariam ao serviço de radiologia e 92,8% aconselhariam o serviço a outras pessoas. Brook et al. (2017) menciona que os estudos têm demonstrado que cerca de dois terços dos participantes cujas preocupações/necessidades são atendidas têm maior probabilidade de regressar, daí o reforço da ideia sobre a importância de se questionar os clientes/pacientes relativamente às suas experiências com os serviços prestados, receber queixas/críticas e direcionar as melhorias no sentido de dar resposta às perceções negativas. O mesmo autor (*id, ibidem*) refere, ainda, que a oportunidade de o paciente se expressar diretamente ao fornecedor de serviço e ver atendidas as suas explanações evita a propagação de má reputação entre a esfera social da pessoa, sobretudo no que às redes sociais diz respeito. Kyei et al. (2016) mencionam, no seu estudo, que a maioria (78%) dos seus respondentes recomendam as instalações a outras pessoas, resultados mais próximos dos obtidos no nosso estudo.

Este estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar, a investigação foi conduzida num único estabelecimento privado, pelo que não podemos generalizar os resultados a outros estabelecimentos, nem a outros tipos de organizações do sistema de saúde Português, público ou privado. Em segundo lugar, o estudo foi conduzido apenas num departamento da instituição (radiologia), não se podendo generalizar os resultados a outro tipo de departamentos dentro deste mesmo estabelecimento; ainda neste tópico, a própria realização de diferentes exames por profissionais distintos não permite realizar uma comparação desses dados (O Médico realiza as ecografias e o

Técnico as radiografias, ortopantomografias, telerradiografias da face, mamografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas). Em terceiro lugar, a patologia/diagnóstico, sintomas, tipo de exame realizado, as instruções prévias para preparação, tempo de realização e informações a dar após o exame variam de acordo com cada um, assim como o profissional responsável pela sua realização, pelo que esse facto também influencia a experiência do paciente e a respetiva satisfação. Em quarto lugar, a satisfação é um conceito multidimensional (Umbelino, 2016) que carece de melhor definição. Enquanto parte de um modelo complexo, a satisfação reflete o conhecimento e as expectativas de cada paciente, mas tem vários problemas relativos à medição ou interpretação, nomeadamente no que concerne à subjetividade e individualidade de cada um na avaliação de determinados padrões, que variam de pessoa para pessoa.

Alguns dos estudos analisados para confronto com os nossos resultados revelam-se pouco consensuais, o que poderá ser explicado pelo facto de não existirem dois serviços exatamente iguais, pois cada um terá a sua própria identidade. De igual forma, a perceção de cada utente também é distinta - as necessidades e expectativas dos clientes estão sempre em mutação, portanto, capturar ou descobrir as suas necessidades é um processo dinâmico (Hoe, 2007; Okafor et al., 2018) - embora se reconheça uma tendência para se apresentarem bons índices de satisfação, quando inquiridos. Não obstante, há sempre espaço para melhoria. Indicadores como a informação fornecida, a forma como é tratado pelo profissional de saúde (atenção, disponibilidade e respeito), as infraestruturas acolhedoras e limpas e atendimentos rápidos influenciam positivamente a satisfação do utente. Em contrapartida, determinantes como más instalações, a incorreta organização dos serviços, longos tempos de espera, falta de informação prévia e após a realização dos exames e a ineficácia de resolução de situações de utilizadores com necessidades específicas podem influenciar negativamente a satisfação (Beattie et al, 2002; Crow et al, 2012; Schoenfelder et al, 2011; Fernandes, 2012; Kataria et al 2016; Tinoco et al 2018).

Também se afigura problemática a imparcialidade na avaliação da prestação de cuidados, independentemente dos resultados obtidos (eficiência do tratamento). Outra

limitação da avaliação da satisfação centra-se na resistência dos pacientes em admitir a insatisfação com os serviços, quando inquiridos pelos mesmos (Crow, 2002).

A importância de avaliar a satisfação do utente tem que ver com a identificação de pontos de melhoria em cada serviço avaliado e a inerente objetivação das metodologias e estratégias necessárias para o aperfeiçoamento e aumento na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A temática da qualidade é outro assunto sobre o qual ainda não existe consenso. A qualidade do serviço pode ser definida como um serviço que atende ou supera as necessidades e expectativas de um cliente, tornando-o feliz (Hoe, 2007). A relação existente entre a qualidade percebida do serviço e a satisfação do cliente constitui uma das maiores discussões da literatura sobre a satisfação (Maia, 2019). Este último conceito tem evoluído ao longo das últimas três décadas, afigurando-se como um importante componente para as organizações de serviços de saúde (Silva, 2019; Azevedo, 2015; Ribeiro, 2018, *apud* Silva, 2019).

Investigações feitas nesta área sugerem uma forte relação entre os conceitos de satisfação e qualidade percebida do serviço, embora a direção desta relação não seja ainda clara, segundo Butt e Run (2010, mencionados por Costa, 2015 *apud* Maia, 2019). Também Cronin e Taylor (1992 *apud id, ibidem*)) confirmam a relação entre os dois conceitos, embora também afirmem que a distinção entre estes é fundamental. Desta forma, os autores defendem que a qualidade percebida do serviço é um antecedente da satisfação do cliente. Já Bolton e Drew (1991, mencionados por Costa, 2015 *apud* Maia, 2019) defendem uma perspetiva oposta - a satisfação do cliente como antecedente de qualidade percebida do serviço - considerando que experiências satisfatórias relativas à prestação de um serviço podem contribuir para a alteração da perceção de qualidade geral de um serviço (o cliente satisfeito fica com boas perceções de qualidade do serviço prestado). A qualidade da produção nos serviços de saúde não está dissociada da satisfação das necessidades de saúde da população (Andaleeb, 2001; Abrantes, 2016 *apud* Silva, 2019).

Conclusões

Conhecer a satisfação dos utilizadores de um serviço de saúde é importante para a gestão de qualquer instituição que ofereça/preste um serviço. Tendo como principal foco a pessoa à qual fornece os cuidados, todas as ações devem ser dirigidas para fornecer a melhor resposta às suas solicitações ou necessidades. A gestão de um serviço de radiologia não é diferente e também prima por avaliar a satisfação dos seus clientes e obter respostas que permitam perceber, corrigir e melhorar os serviços prestados.

Os resultados obtidos revelam uma Satisfação Global média de 79,89% (36% recomendariam fortemente a unidade a amigos e 32% não veem qualquer razão para mudar para outra unidade de atendimento); 68,93% relativamente à Satisfação com a Admissão e Receção; e 56,14% de satisfação perante as Instalações.

Na avaliação da *Admissão*, os inquiridos referem a *Ajuda e simpatia do secretariado*, como o item com maior percentagem satisfação (72,53%) e, por outro lado, referem a *Informação sobre os cuidados a ter após a realização do exame* como o de menor satisfação (65,19%).

Relativamente à avaliação das *Instalações*, a *Organização geral dos serviços oferecidos por esta unidade* apresenta-se como o item de maior satisfação (60,95%) e o *Ruído* o de menor satisfação (48,76%).

Considerando as características sociodemográficas dos pacientes inquiridos, não existe evidência significativa para afirmar que a satisfação seja estatisticamente diferente entre os utentes do sexo feminino e masculino (não rejeição da hipótese nula); existe, por outro lado, evidência estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação é diferente consoante os grupos etários, estando, no geral, os jovens (<40 anos) mais satisfeitos.

No que ao grau de ensino diz respeito, existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação é diferente em todos os parâmetros (rejeição da hipótese nula), com maior satisfação nos pacientes com maior grau de instrução.

Verificamos que existe evidência estatística significativa para afirmar que a Experiência prévia na unidade, ou seja, o facto de ser a primeira vez ou não que a pessoa realiza um exame nesta unidade de radiologia, não influencia a satisfação dos pacientes.

A comparação da Satisfação consoante o Profissional de Saúde evidencia diferença estatisticamente significativa para afirmar que existe diferença em todas as categorias analisadas, consoante o paciente seja atendido pelo Médico ou pelo Técnico (rejeição da Hipótese Nula). Os pacientes estão mais satisfeitos com o profissional Técnico. Salvaguardamos o facto de os exames realizados por um ou outro profissional serem distintos na sua génese, tempo e execução, pelo que se comparam situações distintas.

Os pacientes inquiridos sugerem como melhorias a implementar no serviço de imagiologia (por ordem de relevância/número de vezes mencionado) o aumento de espaço da sala de espera e a melhoria das instalações sanitárias, a melhoria no tempo de atendimento do serviço de secretariado, a modernização das instalações/salas de exames (no global) e, por fim, o inconveniente logístico de o edifício onde se realizam as consultas ser em local diferente do edifício destinado à Imagiologia.

Embora os resultados deste estudo não possam ser generalizados, o mesmo pode ser usado como exemplo para futuras investigações, que englobem maior número de participantes e instituições, para avaliar a satisfação dos pacientes em serviços de Imagiologia.

Referências

- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(34). doi: 10.1186/1477-7525-1-34
- Augusto Mateus & Associados. (2017). *Setor privado da saúde em Portugal*. Lisboa: AM&A.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em Saúde: uma perspetiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*. 6-10.
- Bleich, S., Özaltın, E., & Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: what's the difference?. *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122.
- Brook, O. R., Siewert, B., Weinstein, J., Ahmed, M., & Kruskal, J. (2017). Measuring and improving the patient experience in radiology. *Abdominal Radiology*, 42(4), 1259–1267. <https://doi.org/10.1007/s00261-016-0960-z>
- Buelens, M., & Van den Broeck, H. (2007). An analysis of differences in work motivation between public and private sector organizations. *Public Administration Review*, 67(1), 65-74.
- Bullock, J. B, Stritch, J. M., & Rainey, H. G. (2015). International comparison of public and private employees' work motives, attitudes, and perceived rewards. *Public Administration Review*, 75(3), 479-489.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice (4.ª ed.)* (pp. 45-65). São Francisco: Jossey-Bass.

Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.

Crosby, P. B. (1980). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: New American Library.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, do Ministério da Saúde, Anexo: Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. (1993). *Diário da República n.º 12/93 - I Série A*. Consultado a 5 de setembro de 2019 em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/11/1993/01/15/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República n.º 21/2012 - I Série*. Consultado a 5 de setembro de 2019 em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/22/2012/01/30/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República n.º 102/2015 - II Série*. Consultado a 1 de outubro de 2019 em <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Diniz, V. C. A. (2013). *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses: O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.* (Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças, não publicada). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Direção-Geral da Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde. (2015). *Estudo de satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português – Relatório Técnico*. Lisboa: Ministério da Saúde/DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Saúde infantil e juvenil - Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 17 de setembro de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed. *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1990a). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico*, 32(2), 113-117.

Donabedian, A. (1990b). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

ECSI. (2014). *Metodologia e Modelo. Modelo de satisfação do cliente*. Consultado a 4 de agosto de 2019 em <http://www.ecsiportugal.pt/metodologia-e-modelo/>

Eira, A. A. (2010). *A Saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados*. (Dissertação de Mestrado em Economia, não publicada). Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Esperidião, M., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10(Sup.), 303-312.

Esperidião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.

Ferreira, J. R. C. S. (2009). *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*. (Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93-112.

Ferreira, P. L., & Escoval, A. M. (2010). Desafios em tempos de crise. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(3), 264-270.

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 285-296.

Fernandes, R. A. (2012). Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação dos utentes de uma Clínica de Imagiologia do Grande Porto. In *Universidade do Porto*. https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=25384

Florentim, R., & Franco, M. (2006). A qualidade dos cuidados de saúde prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem - Ed. Sinais Vitais*, 13, 15-26.

- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Garrido, D. (2012). *Impacto do financiamento na eficiência hospitalar*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, não publicada). Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Giese, J. L., & Cote, J. A. (2000). Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 1(1), 1-22.
- Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., & Schulman, K. A. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 341-348.
- Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53, 1149-1162.
- Gomes, P. J. P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2, 6-18.
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Plano Nacional de saúde 2011-2016: Análise especializada Cidadania e saúde - um caminho a percorrer*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 185-191.
- Hoe, J. (2007). Quality service in radiology. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.2349/biij.3.3.e24>
- Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A., & Skudal, K. E. (2014). Patient evaluation of hospital outcomes: An analysis of open-ended comments from extreme clusters in a national survey. *BMJ Open*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004848>
- Juran, J. M. (1992). *Planejamento para a qualidade* (2.ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Juran, J. M. (1993). *Juran na liderança pela qualidade: um guia para executivos* (3.ª ed.). São Paulo: Pioneira.

Justo, C. (2004). *Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?*. Lisboa: Campo da Comunicação.

Kyei, K. A., Antwi, W., & Brobbey, P. (2016). Patients' Satisfaction with Diagnostic Radiology Services in Two Major Public and Private Hospitals in Ghana. *International Journal of Radiology & Radiation Therapy*, 1(1), 16–20. <https://doi.org/10.15406/ijrrt.2016.01.00004>

Landesberg, P. (1999). In the beginning, there were Deming and Juran. *The journal for quality & participation*, 22(6), 59-61.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, da Assembleia da República – Lei de Bases da Saúde. (1990). *Diário da República n.º 195/1990 – I Série*. Consultado a 5 de setembro de 2019 em <https://dre.pt>

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582.

Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26(2), 367-371.

Lyons, S. T., Duxbury, L. E., & Higgins, C. A. (2006). A comparison of the values and commitment of private sector, public sector, and parapublic sector employees. *Public Administration Review*, 66(4), 605-618.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.

Mendonça, M. M. A. F. (2008). *Gestão da qualidade e gestão da informação: o caso do processo de concepção e desenvolvimento de uma PME de base tecnológica*. (Dissertação de Mestrado em Engenharia Electrotécnica e de Computadores Major Automação, não publicada). Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Moen, R., & Norman, C. (2009). *Evolution of the PDCA Cycle*. Artigo apresentado no Congresso Asian Network for Quality, Tóquio. Consultado a 9 de setembro de 2019 em <http://www.idemployee.id.tue.nl/g.w.m.rauterberg/lecturenotes/DG000%20DRP-R/references/Moen-Norman-2009.pdf>

Mozzicafreddo, J. (2000). *Estado-providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Mulisa, T., Tessema, F., & Merga, H. (2017). Patients' satisfaction towards radiological service and associated factors in Hawassa University Teaching and referral hospital, Southern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2384-z>

Ochonma, O. G., Eze, C. U., Eze, S. B., & Okaro, A. O. (2015). Patients' reaction to the ethical conduct of radiographers and staff services as predictors of radiological experience satisfaction: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0062-4>

Okafor, C. H., Ugwu, A. C., & Okon, I. E. (2018). Effects of Patient Safety Culture on Patient Satisfaction With Radiological Services in Nigerian Radiodiagnostic Practice. *Journal of Patient Experience*, 5(4), 267–271. <https://doi.org/10.1177/2374373518755500>

Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera*. Lisboa: OPSS.

Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos – Tourism & Management Studies*, 6, 175-189.

Pereira, L. F. (2003). Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, 3-8.

Pereira, M. G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 69-80.

Perry, J. L., & Rainey, H. G. (1988). The public-private distinction in organization theory: a critique and research strategy. *Academy of Management Review*, 13(2), 182-201.

Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.

Psychogios, A. G., & Priporas, C. V. (2007). Understanding total quality management in context: qualitative research on managers' awareness of TQM aspects in the Greek Service Industry. *The qualitative report*, 12(1), 40-66.

Ramsay, J., Campbell, J. L., Schroter, S., Green, J., & Roland, M. (2000). The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice*, 17(5), 372-379.

Rashid, S., & Rashid, U. (2012). Work motivation differences between public and private sector. *American International Journal of Social Science*, 1(2), 24-33.

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Millenium*, 35(13), 1-20.

Rodrigues, R. C. R. P. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, não publicada). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Røste, R., & Miles, I. (2005). Differences between public and private sector innovation. In T. Halvorsen, J. Hauknes, I. Miles, & R. Røste, *On the differences between public and private sector innovation: Publin Report D9* (pp. 22-39). Oslo, Norway: NIFU STEP.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2005). *O Futuro Do Sistema de Saúde Português - "Saúde 2015"*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa.

Sale, D. (1998). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia.

Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento - evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, 23(53), 81-92.

- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Shaw, C. D., & Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.
- Silva, C. R. R. G., & Rodrigues, V. M. C. P. (2011). O que dizem os pacientes dos serviços privados de radiologia, Portugal. *Saude e Sociedade*, 20(2), 425-435. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200014>
- Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P., Ferreira, ... Silva, S. (2007). *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde: relatório final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Sousa, P., Pinto, F. J., Costa, C., & Uva, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 57-65.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(Especial - 70 Anos), 884-894.
- Tan, B. S. (2004). The consequences of innovation. *The Innovation Journal: the Public Sector Innovation Journal*, 9(3), 1-42.
- Tinoco, P. C. R., Cândido, C. J. F., & Feliciano, I. M. P. L. (2018). The importance of perceived quality assessment in radiology and the impact of sociodemographic factors in a Portuguese public hospital. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3). <https://doi.org/10.1159/000487423>
- Towbin, A. J. (2018). Customer service in radiology: Satisfying your patients and referrers. *Radiographics*, 38(5), 1872-1887. <https://doi.org/10.1148/rg.2018180026>
- Umbelino, T. M. L. (2016). *Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num serviço de radiologia privado*. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Saúde de Lisboa; Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde.

United Nations Industrial Development Organization. (2007). *A roadmap to quality: an e-learning manual for implementing total quality management (vol. 1)*. Viena: United Nation Industrial Development Organization.

Vaz, S. (2015). Sistema de avaliação de qualidade em saúde em Portugal: que caminho seguir?. *Gestão Hospitalar, julho/agosto/setembro*, 12-19.

Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3, 17-25.

Wahed, W., & Mabrook, S. (2017). Assessment of patient satisfaction at Radiological Department of Fayoum University Hospitals. *International Journal of Medicine in Developing Countries, January 2017*, 126–131. <https://doi.org/10.24911/ijmdc.1.3.2>

Watson, G. (2004). The legacy of Ishikawa. *Quality Progress*, 37(4), 54-57.

Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 337-344.

Zairi, M., & Baidoun, S. (2003). Understanding the essentials of total quality management: a best practice approach – Part 2. *Working Paper Series*, 3(5), 3-29.

Anexos

ANEXO I - Instrumento de Avaliação: questionário SatUtil -MCDTAd v5, (de 2018/2019)



A sua opinião sobre esta Unidade de Imagiologia

Acreditamos que o Utilizador é o elemento mais importante nos cuidados de saúde. Queremos ter em conta a sua opinião. Por isso, pedimos-lhe que, face à qualidade dos cuidados que lhe foram prestados, responda a este questionário. A informação que nos fornecer será confidencial. Em cada pergunta, assinale com um x a resposta que considerar mais adequada.

Muito obrigado pela sua colaboração.

EXPERIÊNCIA

1. Esta é a sua primeira vinda a esta unidade?

- ₁ Sim
₂ Não

Se **NÃO**, quantas mais vezes veio a esta unidade nos últimos 12 meses? _____

ADMISSÃO E RECEÇÃO

2. Que avaliação faz da admissão e receção desta unidade, em relação a:

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não se aplica
A. Facilidade em conseguir o exame, incluindo o tempo que demorou	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
B. Instruções para preparação necessária para o exame	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
C. Atenção dada às suas necessidades e forma como foi recebido/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
D. Ajuda e simpatia do secretariado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
E. Capacidade do secretariado de o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
F. Facilidade em obter informações quando precisou	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
G. Informação sobre os cuidados a ter após a realização do exame	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

PROFISSIONAL DE SAÚDE

3. Que profissionais de saúde o/a atenderam nesta unidade?

- ₁ Médico/a
₂ Técnico/a
₃ Enfermeiro/a

4. Que avaliação faz dos profissionais de saúde que o/a atenderam, em relação a:

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não se aplica
A. Forma como o exame foi realizado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
B. Atenção prestada pelo profissional que o/a atendeu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
C. Informação recebida prévia ao exame, incluindo o motivo para a sua realização	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
D. Disponibilidade do profissional que o/a atendeu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
E. Informação recebida após a realização do exame	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
F. Competência, cortesia e carinho do profissional que o/a atendeu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
G. Respeito com que foi tratado/a e forma com a sua privacidade foi mantida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

INSTALAÇÕES

5. Que avaliação faz das **condições físicas** da área do exame, em relação a:

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não se aplica
A. Tempo que esperou na sala de espera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
B. Condições físicas e conforto da sala de espera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
C. Condições físicas e conforto das salas de exames	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
D. Qualidade das instalações sanitárias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
E. Ruído	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
F. Iluminação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
G. Higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
H. Orientações em como se deslocar nas instalações da unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
I. Organização geral dos serviços oferecidos por esta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
J. Resposta às necessidades especiais dos seus utilizadores (por exemplo, portadores de deficiência)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

SATISFAÇÃO GLOBAL

6. Que avaliação faz **em geral** desta unidade, em relação a:

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito	Não sei
A. Recomendo fortemente esta unidade aos meus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. Não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de outro hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROPOSTAS DE MELHORIA

7. Na sua opinião, como se poderia melhorar os cuidados prestados nesta unidade?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados da criança e a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

DADOS A SEU RESPEITO

8. Qual é o seu sexo?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- ₁ Masculino
₂ Feminino

9. Qual é a sua idade? _____ anos

10. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Solteiro/a
₂ Casado/a ou em união de facto
₃ Viúvo/a
₄ Separado/a ou divorciado/a

11. Qual a sua situação profissional

Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.

- ₁ Tem um emprego ou trabalho
₂ Está desempregado/a
₃ É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
₄ Está reformado/a do trabalho ou com reforma antecipada
₅ É incapacitado/a permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
₆ Ocupa-se de tarefas domésticas
₇ Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
₈ Tem outra situação de inatividade

12. Que grau de ensino é que completou?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- ₁ Não sabe ler nem escrever
₂ Só sabe ler e escrever
₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
₇ Ensino Médio
₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

FINAL

13. Quem preencheu este questionário?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- ₁ O/A próprio sem ajuda
₂ O/A próprio com ajuda
₃ Foi realizada uma entrevista

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II - Autorização Comissão de Ética



Comissão de Ética

Casa Saúde Santa Filomena
10 de Abril de 2019

Após análise do Projeto de Investigação do Técnico de Radiologia João Manuel Rosa Simões, a Comissão de Ética da Casa Saúde Santa Filomena vê com muito agrado a sua realização.
Nesta conformidade não temos nada a opor ao seu desenvolvimento.


Presidente Comissão Ética
CSSF

ANEXO III - Conselho de Administração do Grupo SANFIL Medicina



Direção Clínica

Casa Saúde Santa Filomena
22 de Abril de 2019

Após análise do Projeto de Investigação do Técnico de Radiologia João Manuel Rosa Simões, a Direção Clínica da Casa Saúde Santa Filomena vê com muito agrado a sua realização.
Nesta conformidade não temos nada a opor ao seu desenvolvimento.



Direção Clínica
CSSF