



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A relação entre a Ansiedade em pacientes submetidos a
exame de Ressonância Magnética e a percepção de
Qualidade de Serviço**

Maria Do Rosário Pelaio Arcadinho

Orientação: Prof.^ª Doutora Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém
Semedo

Co-Orientação: Dr. Vasco Andresen Guimarães de Herédia

Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A relação entre a Ansiedade em pacientes submetidos a
exame de Ressonância Magnética e a percepção de
Qualidade de Serviço**

Maria Do Rosário Pelaio Arcadinho

Orientação: Professora Doutora Carla Semedo

Co-orientação: Dr. Vasco Andresen Guimarães de Herédia

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

Agradecimentos

O final de uma etapa, por muito feliz que seja, é sempre um final. Este foi um final preenchido com diversos sentimentos que me fizeram crescer enquanto pessoa e futura psicóloga. Deste modo não posso deixar de agradecer às pessoas que contribuíram para este desfecho, tão gratificante:

Começo por agradecer, em primeiro lugar, aos meus pais que sempre me deram o suporte necessário para conseguir alcançar e superar os meus objetivos.

Ao David, pelos dias em que adiei estar presente porque o trabalho exigia mais de mim e pelo apoio incondicional e motivacional que sempre me proporcionou.

À minha orientadora Professora Doutora Carla Semedo, pela paciência que demonstrou face à minha ansiedade e vontade de cumprir prazos. Pela orientação dada sempre com um sorriso nos lábios e uma enorme partilha de sabedoria.

Ao meu coorientador Dr. Vasco Herédia e a todos os profissionais do serviço de Imagiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, pela forma calorosa e acolhedora que nos receberam e nos guiaram pelos diversos meses em que a recolha de dados se deu.

Agradeço também à Professora Fátima Bernardo e ao Professor António Diniz pela sua preciosa ajuda e participação na realização deste estudo.

Por fim, quero agradecer à minha colega e amiga Joana Amendoeira pelas horas de partilha na recolha dos dados, e às minhas restantes amigas que foram um grande suporte para a finalização deste estudo.

“A relação entre a Ansiedade em pacientes submetidos a exame de Ressonância Magnética e a percepção de Qualidade de Serviço”

Resumo

O objetivo desta investigação foi analisar a relação entre os níveis de ansiedade percebida em indivíduos que realizaram exame de ressonância magnética e a qualidade de serviço percebida. O estudo envolveu uma amostra de 119 participantes que se dirigiram ao Serviço de Radiologia para realizar o referido exame. Foram aplicadas as subescalas de Ansiedade e Stress da DASS (Lovibond & Lovibond, 1995), adaptadas por Semedo, Diniz & Herédia (submitted) e a escala ServPerf (Cronin & Taylor, 1992). Primeiramente procedeu-se à realização da Análise Fatorial Exploratória, resultando na obtenção de quatro fatores, três semelhantes aos de Parasuraman e colegas (1985) - Empatia, Tangibilidade e Confiança – e um outro que agregou - Capacidade de resposta e Garantia. Os resultados demonstraram relações negativas, não significativas, entre a ansiedade e a qualidade de serviço percebida e as dimensões acima mencionadas. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne à percepção de qualidade de serviço em função do nível de escolaridade.

Palavras-Chave: Qualidade de Serviço, Ansiedade, Ressonância magnética

“The relationship between Anxiety in patients undergoing MRI and the perception of Quality of Service”

Abstract

The objective of this investigation was to analyze the relationship between perceived anxiety levels and perceived quality of service in individuals who underwent magnetic resonance imaging. The study involved a sample of 119 participants who went to the Radiology Department to perform the examination. The DASS Anxiety and Stress subscales (Lovibond & Lovibond, 1995), adapted by Semedo, Diniz and Herédia (submitted) and the ServPerf scale (Cronin & Taylor, 1992) were applied. Firstly, we performed an Exploratory Factor Analysis, resulting in four factors, three of them similar to those of Parasuraman and colleagues (1985) - Empathy, Tangibility and Confidence – and another one which added - Responsiveness and Guarantee. Results demonstrated statistically non-significant negative correlations between anxiety and perceived quality of service (general measure) and the dimensions mentioned above. Statistically significant differences were found regarding the perception of quality of service according to schooling level.

Key-Words: Quality of Service, Anxiety, Magnetic Resonance

Índice

Introdução.....	1
Parte I. Enquadramento Teórico.....	4
1.1. O conceito de qualidade.....	4
1.2. Qualidade de Serviço.....	5
1.2.1. Qualidade de Serviço Percebida.....	7
1.3. Qualidade nos serviços de saúde.....	13
1.4. Avaliação da Qualidade de Serviço (Escala ServQual e ServPerf).....	14
1.4.1. O ServQual.....	15
1.4.2. O ServPerf.....	17
1.5. Avaliação da qualidade de serviço de Ressonância Magnética.....	18
1.5.1. Ansiedade na Ressonância Magnética.....	19
Parte II – Estudo Empírico.....	21
2. Método.....	21
2.1. <i>Design</i> do Estudo.....	21
2.2. Hipóteses de Estudo.....	21
2.3. Participantes.....	21
2.4. Instrumentos.....	23
2.4.1. Escala ServPerf.....	23
2.4.1.1. Pré Teste.....	24
2.4.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....	24
2.5. Procedimentos.....	26
3. Resultados.....	29
3.1. Análise Fatorial Exploratória.....	29
3.2. Análise descritiva da Qualidade de Serviço Percebida e da Ansiedade antes e depois.....	35
3.3. Análise da relação entre a ansiedade percebida e qualidade de serviço percebida global e dimensões da qualidade de serviço percebida.....	39
3.4. Análise da qualidade de serviço percebida por variáveis sociodemográficas.....	41

4.	Discussão	45
5.	Conclusão.....	47
6.	Limitações e Estudos Futuros	49
7.	Referências Bibliográficas.....	50

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimento Informado

Anexo B. Questionário Aplicado Antes da Ressonância Magnética (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress)

Anexo C. Questionário Aplicado Depois da Ressonância Magnética (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress)

Anexo D. Questionário Sociodemográfico

Anexo E. Questionário ServPerf

Índice de Figuras:

Figura 1. Ilustração do modelo de Qualidade de Serviço de Grönroos8

Figura 2. Ilustração do modelo Conceptual da Qualidade de Serviço de Parasuraman, Zeithaml, e Berry11

Figura 3. Ilustração do modelo Hierárquico de Níveis Múltiplos de Dabholkar, Thorpe e Rentz12

Figura 4. Scree Plot dos fatores com valores próprios mais elevados30

Índice de Tabelas

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra22

Tabela 2. Caracterização dos participantes respeitantes ao exame RM22

Tabela 3. Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de Esfericidade Bartlett das variáveis originais do ServPerf.....29

Tabela 4. Distribuição de variância e valores próprios por cada fator.....30

Tabela 5. Matriz de componentes rodada.....31

Tabela 6. Valor do Alpha de Cronbach.....32

Tabela 7. Alpha de Cronbach de cada dimensão extraída após a análise fatorial.....	32
Tabela 8. Dimensões do instrumento de avaliação da qualidade de serviço percebida após a análise fatorial.....	34
Tabela 9. Médias, Desvios-Padrão e Percentagem de respostas relativas à Qualidade de Serviço Percebida	35
Tabela 10. Médias e desvios-padrão da qualidade de serviço percebida por dimensões.....	37
Tabela 11. Média e desvio-padrão da qualidade de serviço percebida global	37
Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão e Percentagem de respostas relativas à Ansiedade.	38
Tabela 13. Médias e Desvios-Padrão relativos à Ansiedade antes e depois da RM.....	39
Tabela 14. Correlação de Spearman entre os níveis de ansiedade percebida pelos utentes e a qualidade de serviço percebida.....	40
Tabela 15. Correlação de Spearman entre os níveis de ansiedade percebida e as dimensões.....	41
Tabela 16. Teste One Way ANOVA: Diferença de Médias, Desvio Padrão e Significância estatística entre grupo de idades dos utentes.....	42
Tabela 17. Teste de Mann-Whitney para diferenças em função do sexo dos utentes relativos à qualidade de serviço percebida.....	42
Tabela 18. Teste One Way ANOVA: comparação de médias em função do nível de escolaridade dos utentes.....	43

Lista Braquigráfica

AA – Ansiedade antes

AD – Ansiedade depois

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

KMO – Medida de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin

QSP – Qualidade de Serviço Percebida

RM – Ressonância Magnética

Introdução

O crescimento dos serviços fez com que as organizações se tornassem cada vez mais complexas, especializadas e competitivas. Do ponto de vista daquilo que oferecem, estes podem-se subdividir em dois grupos, baseados em equipamentos e baseado em pessoas, sendo sempre o meio de entrega - como o serviço é entregue - o ponto fulcral para avaliar a sua qualidade (Churchill & Peter, 2000).

No serviço baseado em equipamentos, a tónica está na qualificação e especialização dos funcionários que têm como responsabilidade a sua manutenção, criando valor para o cliente. No serviço baseado em pessoas, a qualidade está dependente da formação e motivação dos indivíduos que oferecem os serviços. A tónica está colocada na capacidade em estabelecer boas relações com os clientes, aspeto imprescindível para alcançar o sucesso (Churchill & Peter, 2000).

Nas últimas décadas, a qualidade de serviço percebida tem vindo a ser estudada por diversos autores, estando esta componente inserida em diversos modelos de avaliação da qualidade de serviço (Brady & Cronin, 2001; Dabholkar, Thorpe & Rentz, 1996; Grönroos, 1984; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

A qualidade de serviço percebida surge através da avaliação do cliente sobre a excelência ou superioridade geral do serviço podendo uma organização favorecer-se ao oferecer um serviço de qualidade, superando as expectativas dos indivíduos (Kotler, 2000; Zeithaml, 1988).

Deste modo, o indivíduo apresenta um papel fundamental como avaliador dos serviços que são prestados em diversas áreas, como é o caso da saúde que alberga um forte protagonismo na nossa sociedade (Oja, Kouri & Pakarinen, 2010). Neste contexto, uma forma de superar as lacunas na qualidade de serviço é utilizar a opinião/avaliação dos utentes para melhorar o processo de prestação de cuidados (Duggirala, Rajendran & Anantharaman, 2008; Zeithaml, Bitner & Gremler, 2014).

O reconhecimento da relevância da qualidade de um serviço passa a ser imperativo, não apenas para oferecer um serviço de excelência mas também para garantir à organização uma vantagem competitiva (Georgiadou & Maditinos, 2017).

Em contexto hospitalar existem diversos serviços que contam com a imprescindível ajuda do utente para conseguirem alcançar bons resultados, quer seja ao nível da realização de exames, quer seja a o nível de tratamentos. Deste modo, o utente

tem um papel ativo na promoção da sua saúde. Um destes exemplos são os serviços prestados no âmbito da radiologia, em específico, na área da ressonância magnética (RM), que para conseguir bons exames necessita da colaboração do utente.

Como em outros métodos de diagnóstico por imagem, a RM poderá estar sujeita a diversos tipos de artefactos (Grey, Price & Mathews, 2000). Estes são estruturas que não estão anatomicamente presentes, mas, devido ao movimento, são visíveis nas imagens que são adquiridas e diminuem a qualidade da mesma, podendo comprometer o diagnóstico (Duarte, Fouassier & Coelho, 2015).

Poderão existir diversas razões para o indivíduo não conseguir estar imóvel durante o exame e um desses grandes motivos poderá dever-se a elevados níveis de ansiedade (Grey, Price & Mathews, 2000). A ansiedade que está associada a este procedimento pode surgir devido a inúmeros fatores, como o medo de sentir dor ou desconforto, o pouco conhecimento sobre o procedimento, preocupações com o resultado do exame e/ou a falta de controlo sobre o mesmo (Grey, Price & Mathews, 2000). Por outro lado, a ansiedade poderá dever-se às condições ambientais a que o indivíduo está sujeito na realização deste exame - espaço de pequenas dimensões, geralmente fechado, ruídos elevados produzidos pela máquina – e à duração do exame (Grey, Price & Mathews, 2000).

No momento do exame de RM, a experiência vivida por cada indivíduo depende das suas próprias características fazendo com que, para muitos, seja uma experiência positiva e, para outros, uma experiência negativa. A forma como cada um interpreta este acontecimento irá depender, em parte, dos comportamentos e atitudes dos diversos profissionais de saúde. Desta forma, as experiências negativas poderão influenciar a perceção que os utentes têm da qualidade de serviço, resultando na insatisfação dos mesmos (Munn *et al.*, 2015).

A presente investigação tem como objetivo o estudo da relação entre os níveis de ansiedade percebida pelos utentes na realização de exames de RM e a sua perceção da qualidade de serviço. Esta investigação surge como um ramo de um projeto mais alargado que tem sido realizado no Serviço de Radiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, por dois investigadores, um especializado em Psicologia do Trabalho e das Organizações e um Médico Radiologista. Para além disso, o tema da qualidade de serviço percebida, muito relacionado com a satisfação dos utentes, é assumido como

extremamente relevante para o Conselho de Administração deste hospital que, como todas as organizações, pretendem alcançar melhores resultados através da eficiência e custos controlados.

Contribuíram para o desenvolvimento desta investigação, duas mestrandas na área da Psicologia Clínica, que participaram na recolha de dados e desenvolveram as suas teses de mestrado no âmbito do referido projeto.

Esta dissertação é composta primeiramente pela introdução e, de seguida, pelo enquadramento teórico e pelo estudo empírico, onde serão englobados os resultados e a discussão dos mesmos.

Parte I. Enquadramento Teórico

1.1. O conceito de qualidade:

O conceito de Qualidade deriva do Latim “*qualitas*” que significa “caráter essencial ou natural. Propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras.” (Costa & Melo, 1987). Pode ser definido ainda como “grau de excelência” ou “carácter positivo ou negativo de uma proposição” quando relacionado com a lógica (Wicks & Roethlein, 2009).

Ao longo dos séculos foi possível assistir a uma especificação e delimitação das diversas definições que caracterizam o termo qualidade. Estas foram variando entre as que se caracterizam como objetivas, independentes da ação do homem (e.g., dimensões do *design*, conformidade com as especificações) e as de natureza mais subjetiva, que estão relacionadas com o que pensamos e sentimos em resultado da realidade objetiva (e.g., qualidade percebida). É graças a estes fatores subjetivos, como a utilidade, confiança ou aparência, que se torna também possível definir qualidade como o grau em que um serviço corresponde ou excede as expectativas do cliente (Field, Heim & Sinha, 2004; Reeves & Bednar, 1994).

Assim, compreende-se que existem inúmeras definições de qualidade e que estas se inserem nas muitas perspetivas sobre este mesmo conceito, não existindo uma definição universal. Esta dificuldade em estabelecer um conceito “único” deve-se às diferentes orientações teóricas de cada indivíduo, às medidas aplicadas e ao contexto (Wicks & Roethlein, 2009). A própria *American Society for Quality* admite a existência de dificuldade para definir o conceito, afirmando que a qualidade é um conceito subjetivo, podendo ter cada indivíduo a sua própria definição (Barofsky, 2012).

Todavia, a *International Organization for Standardization* oferece uma definição que traz algum consenso entre as demais ideias, definindo qualidade como “o grau em que um conjunto de características inerentes cumpre os requisitos” (Wicks & Roethlein, 2009).

1.2. Qualidade de Serviço:

De modo a facilitar a compreensão da temática Qualidade de Serviço é necessário ter em consideração o vasto período em que vários investigadores deram o seu contributo para expandir as pesquisas e publicações nesta área (Fisk, Brown & Bitner, 1993).

Como foi dito anteriormente, o esforço para definir e medir a qualidade surgiu, na sua maioria, do setor dos produtos onde, e de acordo com a filosofia japonesa, a qualidade seria “*zero defeitos*” ou, segundo Crosby (1979), em conformidade com os requisitos. Contudo, qualidade de um produto e qualidade de serviço divergem pela sua subjetividade, isto é, existem diferenças na forma como os produtos e serviços são produzidos, consumidos e avaliados uma vez que os serviços estão mais relacionados com as relações humanas e possuem características específicas (Parasuraman, Zeitham & Berry, 1985).

De acordo com Lovelock e Wright (2003), um serviço é um desempenho oferecido por uma parte a uma outra. Ainda que o processo possa estar relacionado com um produto físico, o desempenho é intangível.

Segundo Lewis e Booms (1983), a qualidade de serviço é uma medida que representa o quão bem o nível de serviço entregue corresponde às expectativas do cliente. Assim sendo, a entrega de um serviço de qualidade significa estar em consonância com as expectativas do cliente. Poderá ser também considerada um requisito para a satisfação dos indivíduos e deve ser fundamentalmente aquilo que o sujeito percebe, ou seja, como o serviço é percebido (Hoffman & Bateson, 2003; Las Casas, 2006).

O conhecimento sobre a qualidade dos produtos demonstrou-se insuficiente para entender a qualidade de serviço, constituída por quatro características fundamentais para a sua compreensão: (1) intangibilidade, (2) heterogeneidade, (3) inseparabilidade e (4) perecibilidade:

- Uma vez que os serviços são caracterizados pelo desempenho, eles não podem ser vistos, sentidos ou tocados, ao contrário dos produtos que podem ser percebidos, daí a sua *intangibilidade* (1).
- Caracterizam-se também pela sua *heterogeneidade* (2) na medida em que a qualidade e essência de um serviço pode variar de acordo com o seu

produtor, cliente e espaço temporal (de um dia para o outro) (e.g., uma refeição de um restaurante).

- Outra característica é a *inseparabilidade* (3) dado que, ao contrário dos produtos que podem ser produzidos num dado momento e depois consumidos, muitos serviços são produzidos e consumidos em simultâneo (e.g., viagens aéreas).
- Por fim, a *perecibilidade* (4) que se refere à incapacidade de um serviço ser armazenado, na medida em que são produzidos e consumidos em simultâneo (Parasuraman, 1987; Parasuraman, Zeitham & Berry, 1985).

Para além destes autores, Sasser, Olsen e Wyckoff (1978) também definiram características que elevam o nível de qualidade de serviço, como a *segurança, integridade, atitude, consistência, disponibilidade, treino dos prestadores de serviço e condição*.

Em 1984, Grönroos desenvolve o primeiro modelo de qualidade de serviço, medindo a qualidade de serviço percebida e afirmando que na interação que ocorre entre o vendedor e o consumidor, o serviço é prestado ao último e o resultado desta interação terá impacto no serviço percebido.

É possível compreender, deste modo, que o consumidor não está interessado apenas no que recebe como processo, mas também no próprio processo em si (Grönroos, 1984).

Em 1985, investigadores associados à escola americana como Parasuraman, Zeitham e Berry contribuíram com dois estudos relevantes para o desenvolvimento da temática Qualidade de Serviço. No primeiro estudo abordaram a sua visão sobre as características idiossincráticas e diferenciadores dos Serviços, já no segundo estudo abordaram a problemática da Qualidade de Serviço através de um estudo exploratório com base em quatro organizações no sector dos serviços (Fisk, Brown & Bitner, 1993).

Estes estudos ofereceram suporte para outros investigadores marcarem os seus passos nesta área, já então conhecida por investigadores europeus que serviram de influenciadores, como Lethinen e Lehtinen (1982) e Grönroos (1984), associado à escola da Perspetiva Nórdica (Fisk, Brown & Bitner, 1993).

Tendo em conta as investigações e debates sobre esta temática, é possível considerar três aspetos quando falamos em qualidade de serviço. Em primeiro lugar, é

mais difícil um consumidor avaliar a qualidade de um dado serviço, em comparação com a qualidade de um produto. Em segundo lugar, a percepção da qualidade de um serviço é o resultado da comparação das expectativas do consumidor com o desempenho atual do serviço. Por fim, mas não menos importante, a avaliação da qualidade envolve a avaliação do processo de prestação de serviço e não apenas o resultado do serviço (Grönroos, 1984; Lehtinen & Lehtinen, 1982; Lewis & Booms, 1983).

1.2.1. Qualidade de Serviço Percebida:

Nas últimas décadas a qualidade de serviço percebida tem vindo a ser estudada por diversos autores, estando esta componente inserida em diversos modelos de avaliação da qualidade de serviço (Brady & Cronin, 2001; Dabholkar et al., 1996; Grönroos, 1984; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Segundo Zeithaml (1988), a qualidade de serviço percebida caracteriza-se como a avaliação do cliente sobre a excelência ou superioridade geral do serviço (Zeithaml, 1988). Seguindo a mesma linha de pensamento, Kotler (2000) afirma que uma organização poderá beneficiar-se ao oferecer um serviço de qualidade consistente, superando as expectativas dos indivíduos (Kotler, 2000).

Em 1984, Grönroos propõe um modelo onde demonstra que a qualidade de serviço percebida é o resultado de um processo de avaliação em que o indivíduo compara as suas expectativas com a percepção do serviço que recebeu (Grönroos, 1984).

Este autor apresenta sete critérios de uma boa qualidade de serviço percebida que resultaram numa integração de estudos disponíveis e diversos trabalhos conceituais:

- **Profissionalismo e Habilidade:** conhecimento e capacidade para resolução de problemas.
- **Atitudes e Comportamento:** interesse em resolver problemas de forma espontânea e amigável.
- **Acessibilidade e Flexibilidade:** pelo prestador de serviços, localização, horários, funcionários e sistemas operacionais.
- **Confiabilidade e Integridade:** cumprimento de promessas e realização do trabalho colocando a tónica no interesse do indivíduo.

- **Recuperação de serviço:** capacidade do prestador de serviços gerir falhas e imprevistos de modo a manter a situação controlada, utilizando novas e aceitáveis soluções.
- **Panorama de serviço (*serviscape*):** ambiente físico que apoia a experiência positiva do processo de serviço.
- **Reputação e Credibilidade:** características que defendem o bom desempenho e valor do prestador de serviços (Grönroos, 2009).

Deste modo, os serviços podem ser considerados produtos que requerem um alto nível de envolvimento por parte do consumidor no processo de consumo. Ao longo do processo, tanto na parte de produção como de consumo, o consumidor irá encontrar diversos recursos para compreender e avaliar o serviço. A experiência do indivíduo pode influenciar a sua avaliação da qualidade de serviço, pós-consumo, isto é, a qualidade de serviço percebida (Grönroos, 1984).

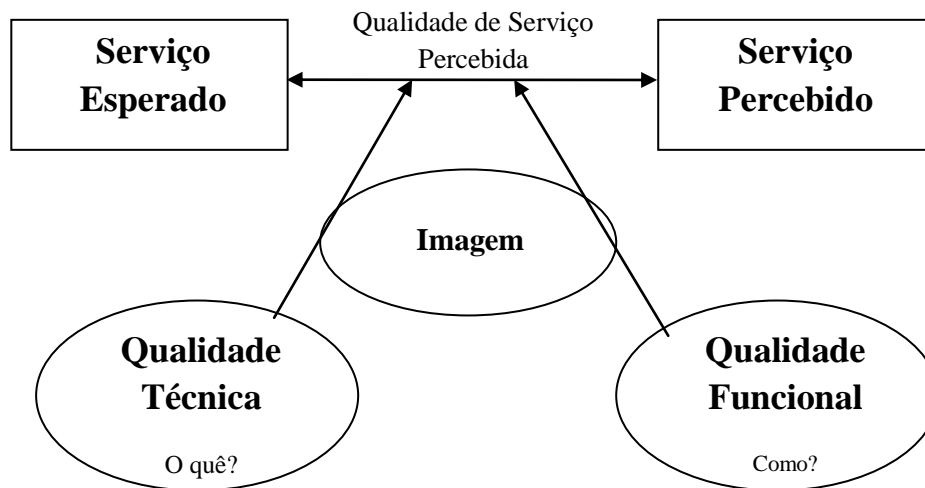


Figura 1. Ilustração do modelo de Qualidade de Serviço de Grönroos (1984)

De acordo com este modelo, a qualidade de serviço depende de duas variáveis: o serviço esperado e o serviço percebido. Se utilizarmos as atividades de *marketing* (publicidade, preços, etc.) como exemplo, é fácil identificar que muitas delas utilizam promessas que irão influenciar as expectativas dos clientes e terão impacto no serviço esperado (Grönroos, 1984). Para além disso, as ideologias, necessidades pessoais

(físicas, sociais, psicológicas e funcionais) e experiências anteriores com um serviço poderão também influenciar as expectativas de dado cliente. Por outro lado, o serviço percebido é o resultado da percepção que o indivíduo tem sobre o próprio serviço (Grönroos, 1984; Zeithaml, Bitner & Gremler, 2014).

Deste modo, e para Grönroos (1984), o serviço percebido é o resultado da visão do consumidor de um conjunto de dimensões, tanto de natureza mais técnica (consiste na qualidade que o cliente recebe) como de natureza mais funcional (resultante do modo como o cliente recebe o serviço). Quando o serviço é percebido, é comparado com o serviço esperado, resultando na qualidade de serviço percebida, sendo que se o serviço prestado ao indivíduo for de encontro às expectativas que o mesmo tem, a qualidade de serviço percebida será boa (Grönroos, 1984).

A imagem tem influência na percepção de qualidade e age como filtro, selecionando fatores influenciadores da qualidade. Se uma organização tem uma imagem favorável na mente dos consumidores, os erros são esquecidos mais facilmente. Se a imagem é negativa, o impacto do erro será consideravelmente superior. Diversos autores consideram a imagem como uma dimensão da qualidade que influencia as expectativas e percepções da qualidade de serviço (Grönroos, 1984; Lehtien & Lehtien, 1982).

Este modelo baseia-se na teoria de comportamento do consumidor, especificamente nas expectativas em relação ao desempenho do produto em avaliações pós consumo, uma vez que se baseia no modo como a qualidade de serviço é percebida pelo indivíduo (Grönroos, 1984).

Um ano depois, em 1985, Parasuraman, Zeithaml, e Berry desenvolveram um modelo conceptual com base no paradigma da não confirmação das expectativas, isto é, o grau e a direção das discrepâncias entre as percepções e as expectativas dos consumidores, em que afirmaram que a qualidade de serviço percebida seria influenciada por quatro distintas discrepâncias (“*gaps*”) nas organizações (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1991):

- *Gap 1*: diferença entre expectativas do consumidor face ao serviço e as percepções da empresa dessas mesmas expectativas.

- *Gap 2*: diferença entre as percepções da empresa face às expectativas dos consumidores e a transformação destas em especificações da qualidade de serviço.
- *Gap 3*: diferença entre as especificações da qualidade de serviço estabelecidas pela empresa e o serviço prestado.
- *Gap 4*: diferença entre o serviço prestado e o que é comunicado aos consumidores sobre o serviço.
- *Gap 5*: diferença entre as expectativas do consumidor face à qualidade de serviço e a sua percepção exata do serviço prestado.

Segundo os autores, o *Gap 5* é uma consequência das restantes lacunas (1 a 4), constituindo o único padrão de medida da qualidade de serviço (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

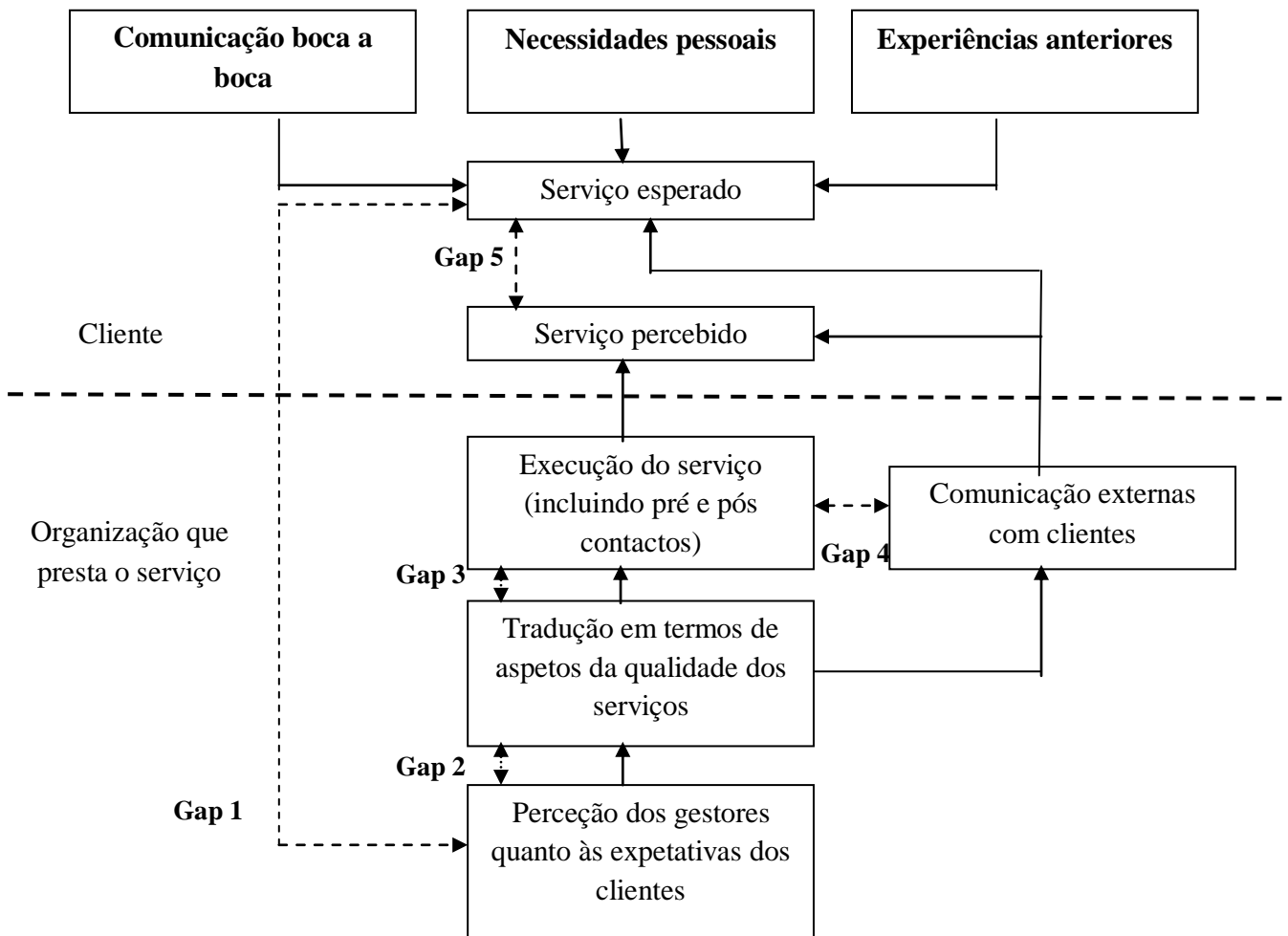


Figura 2. Ilustração do modelo Conceptual da Qualidade de Serviço de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

Mais tarde, Rust e Oliver (1994) desenvolvem um novo modelo de mensuração da Qualidade de Serviço designado pelo modelo de Três Componentes. De acordo com este modelo, a Qualidade de Serviço é anunciada como dependente de três componentes relativas ao serviço: a produção (semelhante à qualidade técnica referida por Grönroos (1984)), a distribuição (semelhante à qualidade funcional referida por Grönroos (1984)) e o ambiente (Brandy & Cronin, 2001).

Ainda que os pais deste modelo não tenham tido oportunidade de testá-lo, foi-lhe conferido suporte através da aplicação de modelos semelhantes em diversas áreas como

nos serviços de saúde (McAlexander, Kaldenberg & Koenig, 1994) e na área da banca de retalho (McDougall & Levesque, 1994).

Posteriormente foram encontradas evidências que apoiam a visão de que as percepções de qualidade de serviço são de multiníveis e multidimensionais, surgindo o modelo Hierárquico da Qualidade de Serviço de Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996) (Dabholkar, Thorpe & Rentz, 1996).

De acordo com este modelo, a mensuração da Qualidade de Serviço é auxiliada por um modelo hierárquico de múltiplos níveis, onde cada fator possui um grau de relevância único, com uma atribuição de ordem de nível distinto. Deste modo, a medição da Qualidade de Serviço Global é centrada em cinco dimensões - Aspectos Físicos; Fiabilidade, Interação Pessoal, Resolução de Problemas e Política (Brandy & Cronin, 2001; Dabholkar, Thorpe e Rentz, 1996).

É possível afirmar que este modelo diverge dos anteriores uma vez que contém uma conceptualização hierárquica da Qualidade de Serviço, dividido em dimensões primárias e sub-dimensões (Brandy & Cronin, 2001).

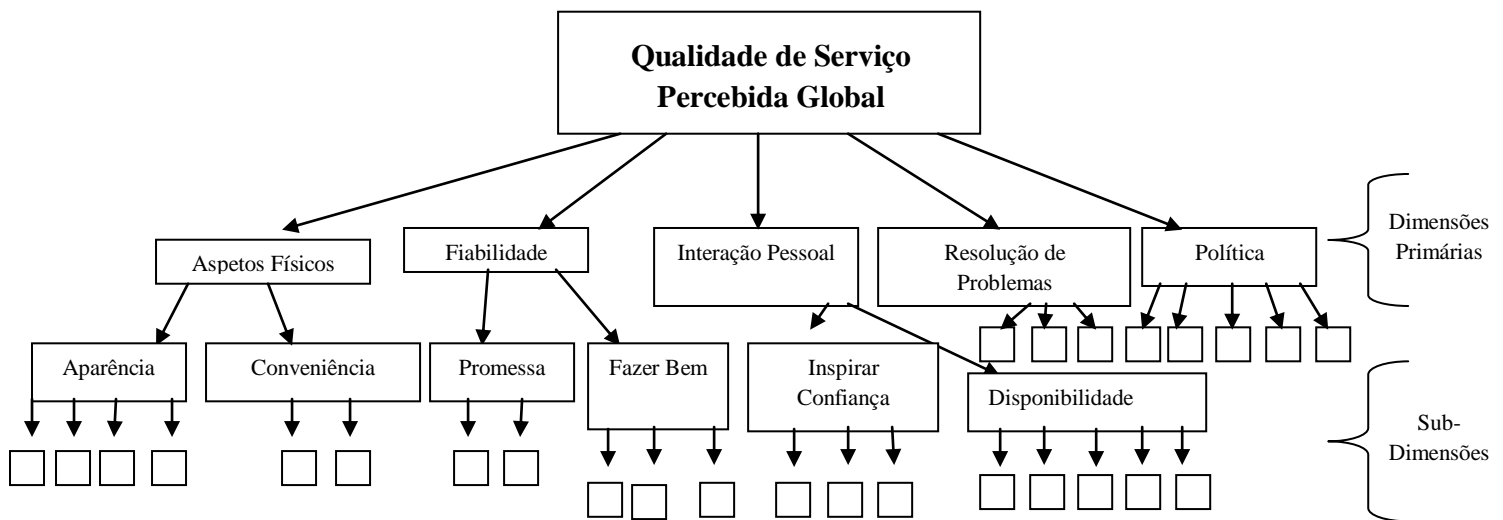


Figura 3. Ilustração do modelo Hierárquico de Níveis Múltiplos de Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996)

Em resumo, a Qualidade de Serviço engloba um equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e os procedimentos eficientes de toda e qualquer organização que oferece um serviço, podendo esta harmonia tornar-se um desafio, como é o exemplo dos serviços de saúde (France & Grover 1992).

1.3. Qualidade nos serviços de saúde:

Os serviços de saúde possuem características únicas como, por exemplo, a dificuldade na percepção de qualidade por parte dos indivíduos, dado que estes poderão estar sujeitos a diferenças consideráveis entre as expectativas e a entrega do serviço. Neste tipo de serviço estão também envolvidos aspectos psicológicos que poderão interferir na relação entre o prestador de serviço e o indivíduo (France & Grover 1992).

Neste caso em específico, não falamos apenas de oferecer ao indivíduo o melhor serviço possível, mas também de fomentar um correto relacionamento entre a organização e o mesmo (Tahka, 1992; Wagner, Fleming & Mangold, 1994).

O conceito de cuidados de saúde pode ser caracterizado por um serviço abrangente fornecido com o objetivo de originar alterações nos estados psicológicos e fisiopatológicos dos indivíduos (Costanzo & Vertinsky, 1975).

A melhoria da qualidade em contextos de saúde poderá caracterizar-se como uma estratégia para alcançar vantagens competitivas, bem como melhorar a reputação de um serviço de saúde. Assim, a qualidade de serviço é uma direção fundamental para melhorar o desempenho (Mohebifar, Hasani, Barikani & Rafiei, 2016).

A maioria dos hospitais tem em consideração a necessidade e importância de medir, monitorizar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde para alcançar a satisfação dos seus clientes. Para tal, é imprescindível uma compreensão completa dos meios para aumentar a qualidade dos cuidados ao nível prático, colocando a tónica na atração do maior número possível de sujeitos, reconhecendo as suas expectativas e tentando responder de forma mais eficaz (Mohebifar, Hasani, Barikani & Rafiei, 2016).

Contudo, poderá ser mais difícil estabelecer níveis de qualidade nos serviços de saúde, em comparação com outros serviços, porque o que está em causa é a qualidade de vida do indivíduo, englobando toda a sua complexidade, ambiguidade e heterogeneidade (Eiriz & Figueiredo, 2004). As necessidades do indivíduo são também determinadas pela sua condição médica, definidas por um conjunto inter-relacionado de circunstâncias médicas (Porter, 2010).

Segundo France e Grover (1992), de todos os serviços ao consumidor, o serviço de saúde poderá ser o mais complexo por três distintas razões:

- O serviço de saúde é, provavelmente, o mais intangível de todos os serviços.
- Poderá existir um maior desencontro entre as expectativas dos indivíduos e a entrega efetiva do serviço.
- Dificuldade na discriminação entre o cliente e o indivíduo que toma as decisões (France & Grover, 1992),

De acordo com a literatura, existem dois elementos que se destacam quando falamos em Qualidade de Serviço de Saúde (Donabedian, 1980).

O primeiro componente refere-se à técnica dos cuidados, ou seja, à função de curar ou realizar a função exata. O segundo componente refere-se ao aspeto interpessoal dos cuidados de saúde, ou seja, à função de cuidar, que engloba elementos humanos e as relações sociais e psicológicas na relação entre o prestador de serviço e o indivíduo (e.g., informação recebida sobre o tratamento) (Donabedian, 1980; Hulka, Kupper, Daly, Cassel & Schoen, 1975; Ware & Snyder, 1975). Assim, ambos os componentes têm impacto na avaliação do indivíduo sobre a qualidade de serviço (Dean, 1999).

Posto isto, devido à importância de medir a qualidade de serviço, auxiliando as organizações a desenvolver uma melhor oferta a cada dia, foram desenvolvidas algumas ferramentas para medir a qualidade dos serviços.

1.4. Avaliação da Qualidade de Serviço (Escala ServQual e ServPerf):

A avaliação da qualidade dos serviços apresenta-se como uma questão complexa dado que nos referimos a um constructo abstrato com quatro características idiossincráticas: intangibilidade, heterogeneidade, indissociabilidade e perecibilidade. A mensuração da qualidade de um serviço permite às organizações reconhecerem problemas e melhorarem a eficiência e qualidade dos seus serviços, superando as expectativas dos sujeitos, alcançando a sua satisfação (Durrah, Allil & Kahwaji, 2015).

Embora na literatura se encontram diversas medidas da qualidade de serviço como os diversos modelos já referidos, o instrumento ServQual é dos que tem sido mais utilizado, aplicando-se aos mais diferentes contextos, tendo um extenso número de aplicações na área dos serviços de saúde (Babakus & Mangold, 1992; Bebko & Garg,

1995; Bowers, Swan & Koehler, 1994; Clow, Fischer & O'Bryan, 1995; Headley & Miller, 1993; Licata, Mowen & Chakraborty, 1995; O'Connor, Shewchuck & Carney, 1994; Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990; Woodside, Frey & Daly, 1989).

1.4.1. O ServQual:

Face às conclusões obtidas pelo estudo exploratório realizado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), os autores desenvolveram uma escala de múltiplos itens – ServQual – com o objetivo de medir a percepção da qualidade de um serviço (Fisk, Brown & Bitner, 1993).

Segundo os mesmos, e na ausência de uma medida objetiva, a abordagem mais adequada para avaliar a qualidade de serviço de uma empresa seria medir as percepções de qualidade de cada cliente (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Deste modo, operacionalizaram a qualidade de serviço como a diferença entre as expectativas dos clientes e as suas percepções, ou seja, o que eles querem *versus* o que eles recebem, tendo sido esta operacionalização a base para o instrumento de medição de serviço, denominado por ServQual (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988).

Esta escala teve como suporte o Modelo Conceptual da Qualidade de Serviço de Parasuraman, Zeithaml, e Berry (1985) e outras pesquisas realizadas por autores como Grönroos (1982), Lehtinen e Lehtinen (1982), entre outros, que permitiram definir as dimensões a partir das quais os consumidores percebem e avaliam a qualidade de um dado serviço: Tangibilidade, Confiabilidade, Capacidade de resposta, Comunicação, Credibilidade, Segurança, Competência, Cortesia, Compreensão / Conhecimento do cliente e Acesso (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988).

A escala foi trabalhada em diversas versões, tendo chegado à sua forma atual, constituída por 22 itens relativos às percepções e 22 itens relativos às expectativas, estando estes distribuídos por cinco dimensões (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988):

- Tangibilidade (instalações físicas, equipamento e aparência do pessoal);
- Confiança (capacidade para desempenhar o serviço prometido de forma segura e precisa);
- Capacidade de Resposta (vontade de ajudar os clientes e prestar um serviço rápido);

- Garantia (conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade para inspirar confiança e segurança);
- Empatia (cuidado, e atenção individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes) (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988).

Assim sendo, a escala ServQual é uma escala concisa de múltiplos itens que poderá ser utilizada para compreender melhor as expectativas e as percepções dos consumidores face a um dado serviço, tendo como vantagem o facto de ser possível aplicar em diversas áreas de atividade através de ténues adaptações (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988).

Apesar de esta escala ter sido desenvolvida com o objetivo de se tornar num instrumento com uma aplicabilidade generalizada aos diversos serviços, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) afirmaram que se trata de um “esqueleto”, ou seja, poderá ser adaptada para se adequar às características específicas de uma investigação numa organização em particular (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988).

Apesar da crescente popularidade desta escala, a mesma foi sujeita a diversas críticas por distintos autores como Babakus e Boller (1992), Boulding, Kalra, Staelin & Zeithaml (1993), Carman (1990), Cronin e Taylor (1992; 1994), e Teas (1993 e 1994) tanto ao nível teórico como operacional (Buttle, 1996).

Uma das críticas apontadas ao instrumento ServQual prende-se com o facto de, segundo Carman (1990), a abordagem “expectativas - desempenho” oferecer pouco suporte teórico como base para a mensuração da qualidade de serviço, trazendo as expectativas redundância nessa mesma medição (Bolton & Drew, 1991; Cronin & Taylor, 1994; Woodruff, Cadotte & Jenkins, 1983).

Outra crítica apontada questionou a utilização do paradigma da não confirmação - grau e direção da discrepância entre as percepções dos consumidores e as suas expectativas - como base para a avaliação da qualidade de serviço em vez da utilização de um paradigma de atitude. De acordo com certos autores, este instrumento seria baseado num paradigma imperfeito (Babakus & Boller, 1992; Bolton & Drew, 1991; Carman, 1990; Cronin & Taylor, 1992).

Segundo Babakus e Boller (1992) a operacionalização da qualidade de serviço como a diferença entre as percepções do serviço prestado (P) e as expectativas (E) não é adequada, ou seja, a diferença entre estes constructos não oferece informação adicional

à já oferecida pela componente individual das percepções da escala ServQual (Babakus & Boller, 1992).

Uma outra crítica relaciona-se com o facto de o instrumento ter uma forte orientação para o processo, isto é, para a prestação do serviço, colocando de parte a avaliação da qualidade do resultado da prestação do serviço (Buttle, 1996).

Autores como Brown, Churchill & Peter (1993), Edward (1995), Peter, Churchill & Brown (1993) e Van Dyke, Kappelman e Prybutok (1997) argumentaram também que a utilização da subtração das pontuações de duas medidas em separado para criar uma nova variável poderia resultar em diversos problemas psicométricos – validade e confiabilidade da escala ServQual.

1.4.2. O ServPerf:

O instrumento ServPerf surge a partir das premissas de Cronin e Taylor (1992), que afirmaram que a conceptualização e operacionalização da qualidade de serviço através da escala ServQual seriam inadequadas. Estes autores defendiam que a relevância das expectativas e do desempenho como base para medir a qualidade de serviço, era pouca ou nenhuma (Cronin & Taylor, 1992).

Para além disso, a literatura existente respeitante ao *marketing* oferecia suporte para a superioridade das medidas simples da qualidade de serviço com base no desempenho, nascendo assim a escala ServPerf (Cronin & Taylor, 1992).

Segundo Cronin e Taylor (1992), qualidade de serviço deve ser descrita e conceptualizada como uma atitude e não com base no paradigma da não confirmação, estando esta relacionada, mas não de forma equivalente, com a satisfação do cliente, que resulta da comparação entre as expectativas e o desempenho (Cronin & Taylor, 1992).

A escala ServPerf é composta pelos 22 itens, desenvolvidos por Parasuraman e colegas (1988) para a ServQual, que dizem respeito ao desempenho do serviço, dado que os autores consideraram que estes itens se encontravam bem fundamentados quanto aos procedimentos utilizados na sua criação, bem como pela sua posterior utilização, relatada na literatura (Cronin & Taylor, 1992). Desta forma, permite medir o desempenho do serviço, tornando-se mais eficiente que a escala ServQual uma vez que exclui metade dos itens a ser medidos – a avaliação das expectativas (Cronin & Taylor, 1992).

Também a escala ServPerf tem sido utilizada em diversos estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde (Georgiadou & Maditinos, 2017; Le & Fitzgerald, 2014; Martins, Carvalho, Ramos & Fael, 2015; Ramos, 2012).

Deste modo, todas as qualidades deste instrumento, mencionadas anteriormente, fazem com que esta escala tenha sido a opção a utilizar para o presente estudo.

1.5. Avaliação da qualidade de serviço de Ressonância Magnética:

As organizações que prestam serviços de saúde devem ser conhecidas por satisfazer os seus utentes, conduzindo-se pelo lema em que a primazia é dada à competência e à qualidade (Macedo & Rodrigues, 2009).

Em 1988, Donabedian cria um Modelo de Avaliação dos Cuidados de Saúde que permite discriminar as diversas componentes que poderão ser colocadas em causa quando um indivíduo avalia um Serviço de saúde: Estrutura, Processos e Resultados (Donabedian, 1988).

Quando o autor se refere a estrutura, refere-se aos recursos materiais (instalações, equipamentos, entre outros) e humanos (número e as qualificações dos profissionais) onde o serviço é fornecido (o cuidado ocorre) (Donabedian, 1988).

O processo diz respeito ao que realmente é consumado ao dar e receber cuidados, isto é, a procura de cuidados por parte do paciente, bem como a capacidade dos profissionais em transmitirem informação sobre o diagnóstico e sobre a implementação do tratamento (Donabedian, 1988).

Por fim, o resultado refere-se aos efeitos dos cuidados sobre o estado de saúde do paciente, bem como ao grau da sua satisfação com o cuidado (Donabedian, 1988).

Os serviços de radiologia, onde se engloba a Ressonância Magnética, por serem serviços de utilização permanente pela maioria dos utentes, devem ter bem presentes a relevância da qualidade das suas práticas. Para além disso, por ser um serviço que se encontra em inúmeras instituições, os utentes esperam que lhes possam oferecer os mesmos níveis de qualidade (Furquim & Costa, 2009; Macedo & Rodrigues, 2009).

A Ressonância Magnética é uma técnica de diagnóstico que utiliza um campo magnético para produção de imagens das estruturas localizadas no interior do corpo humano. Durante o exame, o indivíduo é colocado num cilindro onde o campo magnético é bastante forte, sujeito a pulsos de ondas de rádio. Os sinais da RM

proporcionam diversas imagens de órgãos ou partes do corpo, dependendo do tipo de exame a que o indivíduo está sujeito (Harvard Medical School Program, 2011).

Uma vez que para a realização do exame é necessário que o indivíduo se coloque dentro de um cilindro estreito, em inúmeros casos surge elevados níveis de ansiedade e claustrofobia. Para além disso, os instrumentos de RM podem produzir sons extremos que podem aumentar todo o desconforto provocado por esta situação. Caso o indivíduo se sinta desconfortável ao longo do exame, tem a possibilidade de apertar um botão que lhe é colocado na sua mão no início do procedimento (Harvard Medical School Program, 2011) e que sinaliza, junto do técnico que está a realizar o exame, o seu desconforto, permitindo a interrupção.

Este exame é composto por um conjunto de sequências com duração variável, realizado numa sala isolada. O tempo de exame varia de acordo com o tipo de exame. Geralmente é realizado em regime ambulatorio ainda que seja possível que indivíduos internados realizem este tipo de exame a pedido do seu médico (Harvard Medical School Program, 2011).

Não negando a mais-valia da integração da tecnologia na medicina, que permite uma melhor qualidade técnica dos serviços de saúde, esta poderá também enfraquecer a relação entre o profissional de saúde e o utente, não garantindo um cuidado centrado no indivíduo (Gupta & Rokade, 2016), podendo resultar em elevados níveis de ansiedade.

1.5.1. Ansiedade na Ressonância Magnética:

O desenvolvimento da Ressonância Magnética permitiu que esta ferramenta se tornasse no método de diagnóstico mais importante nos diversos campos da medicina. Contudo, apesar das suas virtudes, a RM demonstrou-se como uma causa de sofrimento psicológico e desconforto em inúmeros pacientes, levando a um *continuum* de uma ligeira ansiedade, até a ataques de pânico (Dantendorfer *et al.*, 1997).

A experiência que cada paciente tem no momento do exame de RM não é linear, muitos podem experienciar algo positivo e outros poderão experienciar uma vasta gama de emoções relacionadas com medo, claustrofobia e ansiedade. A forma como o paciente experiencia cada situação depende, em grande parte, dos comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde (Munn *et al.*, 2015).

A ansiedade que está associada a este procedimento médico poderá estar relacionada com fatores como a falta de familiaridade com o procedimento, a antecipação de dor ou desconforto, preocupações com o diagnóstico ou prognóstico, a previsibilidade de experiências aversivas e percepção de controlo sobre o procedimento. Para além disso, as questões relativas ao espaço físico dos exames de RM também poderão provocar alguma ansiedade, como o caso das pequenas dimensões espaciais do tubo, a duração do exame e o forte barulho produzido pela máquina (Grey, Price & Mathews, 2000).

A utilização de sistemas audiovisuais, a formação da equipa, o fornecimento de toda a informação relevante e protocolos de redução de ansiedade, têm-se demonstrado eficazes na diminuição destes sentimentos intrusivos que fazem com que o paciente encare o exame como algo negativo, podendo trazer consequências nefastas para a realização do mesmo (Munn *et al.*, 2015).

Para além dos efeitos das reações relacionadas com ansiedade que podem resultar em fracos exames, tais experiências podem influenciar a percepção que os utentes têm sobre a qualidade do seu cuidado. Esta questão poderá levar a que um utente se sinta insatisfeito com o serviço, uma vez que o percecionou como uma experiência negativa (Mackenzie, Sims, Owens & Dixon, 1995).

Assim sendo, ainda que no presente estudo não seja medida a satisfação, é relevante reter que, como diversos autores afirmam, a satisfação e a qualidade de serviço percebida estão interligadas uma vez que uma determina a outra (Anderson & Sullivan, 1993; Johnson, Gustafsson, Andreassen, Lervik & Cha, 2001; Wirtz & Bateson, 1999).

Face à revisão de literatura apresentada, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a ansiedade percebida em utentes submetidos a exame de Ressonância Magnética e a qualidade de serviço percebida, procurando desenvolver questões pertinentes para a condução de futuras pesquisas.

Parte II – Estudo Empírico

2. Método:

2.1. Design do Estudo:

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a ansiedade em utentes submetidos a exame de RM e a qualidade de serviço percebida.

O método utilizado foi o de análise quantitativa uma vez que garante a precisão dos resultados, evitando interpretações erróneas na sua análise (Fortin, 1999).

2.2. Hipóteses de Estudo:

H1: Existe uma relação significativa entre os níveis de ansiedade percebida pelos doentes e a qualidade de serviço percebida.

H1a: Os níveis de ansiedade percebida relacionam-se com a Capacidade de Resposta e Garantia.

H1b: Os níveis de ansiedade percebida relacionam-se com a Empatia.

H1c: Os níveis de ansiedade percebida relacionam-se com a Tangibilidade.

H1d: Os níveis de ansiedade percebida relacionam-se com a Confiança no funcionamento e no serviço.

H2: A qualidade de serviço percebida difere em função da idade dos doentes.

H3: A qualidade de serviço percebida difere em função do sexo dos doentes.

H4: A qualidade de serviço percebida difere em função do nível de escolaridade dos doentes.

2.3. Participantes:

Utilizou-se uma amostra de conveniência composta por 123 utentes que se dirigiram ao Hospital Central do Espírito Santo de Évora para serem submetidos a um exame de Ressonância Magnética. Destes, foram excluídos quatro participantes, três que desistiram de realizar o exame, não respondendo desta forma à segunda parte do questionário, e um participante com idade inferior a 18 anos. Estas exclusões determinaram uma amostra efetiva de 119 participantes. A caracterização

sociodemográfica destes participantes é apresentada na Tabela 1 e a caracterização dos exames de RM por eles realizados é apresentada na Tabela 2.

A amostra era maioritariamente do sexo feminino (73,9%, $n= 88$) e a maioria ainda não tinha realizado exame de RM (59,7%, $n=71$). Relativamente à sua idade, a faixa etária era compreendida entre os 18 e os 84, sendo a média de idade de 53 anos ($M=53,00$). A maioria dos participantes apenas possuía o primeiro ciclo, no que se refere ao seu nível de escolaridade (32,8%, $n= 39$).

Tabela 1
Variáveis sociodemográficas da amostra

Variáveis	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (SD)</i>
Idade			53,58 (16,11)
Género			
Masculino	31	26,1	
Feminino	88	73,8	
Nível de Escolaridade			
Sem escolaridade	2	1,7	
Primeiro ciclo	39	32,8	
Segundo ciclo	10	8,4	
Terceiro ciclo	18	15,1	
Secundário	33	27,5	
Licenciatura	13	10,9	
Mestrado	4	3,4	

Tabela 2
Caracterização dos participantes respeitantes ao exame RM

Variáveis	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (SD)</i>
Primeira vez a realizar RM			
Sim	48	40,3	
Não	71	59,7	
Tipo de exame			

Neuro	42	35,3
MSK	22	18,5
Abdómen	12	10,1
Pélvis	10	8,4
Mama	30	25,2
Tórax	1	0,8
Outros	2	1,7

2.4. Instrumentos:

A seleção dos instrumentos para recolha de dados realizou-se, num primeiro momento, através de uma pesquisa de literatura, com o objetivo de encontrar um instrumento utilizado na avaliação da Qualidade de Serviços.

O tipo de instrumento selecionado para a recolha de dados foi o questionário uma vez que este é considerado o instrumento principal no que diz respeito à recolha de dados quantitativos primários. Esta técnica possibilita uma maior prontidão na recolha dos dados, aumentando a precisão e facilitando o processamento dos mesmos. Para além disso, ao facultar uma recolha de dados estandardizada, garante a consistência e coerência interna no processo de análise (Malhotra & Peterson, 2006).

2.4.1. Escala ServPerf:

Optou-se por utilizar a escala ServPerf (Cronin & Taylor, 1992), baseada na perceção do cliente, do desempenho do serviço. Esta escala é composta por 22 itens, desenvolvidos por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que dizem respeito à perceção que os indivíduos têm do serviço prestado.

É uma escala *Likert* de 7 pontos, onde 1 significa “Discordo Totalmente” e 7 significa “Concordo Totalmente”.

2.4.1.1. Pré Teste:

Após a escolha da escala, constatou-se a necessidade de adequar os itens à população portuguesa, traduzindo-os. Os 22 itens foram, numa primeira fase, traduzidos individualmente por três alunas e dois docentes especialistas em Psicologia. Numa segunda fase, recorrendo à discussão das diversas versões das traduções, avaliando as suas discrepâncias semânticas e contextuais, chegou-se a uma versão única, através da concordância entre os sujeitos, com a colaboração de mais um docente, igualmente especialista em Psicologia.

Segundo Hambleton (1994), neste processo é necessário ter especial cuidado para não se traduzirem de forma literal os itens, uma vez que tal pode resultar em frases incompreensíveis ou incoerentes.

No intuito de avaliar a adequabilidade do questionário, foi realizado um pré-teste numa amostra de 15 pacientes que se deslocaram até ao serviço de radiologia e de consultas externas do Hospital do Espírito Santo, condição idêntica à dos participantes do estudo.

Procurou-se obter informação sobre as possíveis dificuldades de interpretação dos itens, dificuldades nas respostas e em como indicá-las de forma mais precisa. Em todos os questionários, foram anotadas as dúvidas que cada indivíduo demonstrava relativamente aos itens, de modo a poder alterá-los, tornando-os mais claros, menos ambíguos e mais próximos do conteúdo dos itens originais.

Após a análise desses questionários, foi possível constatar a dificuldade na precisão da escala de respostas uma vez que a maioria da população que frequenta o serviço é uma população idosa. Deste modo, a escala foi desenhada numa folha A4, tendo por base uma linha de 20 centímetros onde, no extremo esquerdo constava o número 1 (discordo fortemente) e no extremo direito constava o número 7 (concordo fortemente), sendo pedido a cada sujeito para indicar, de 1 a 7, com o seu dedo, o número correspondente à sua resposta, permitindo uma resposta mais rigorosa.

2.4.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS):

No que concerne ao instrumento utilizado na avaliação da ansiedade, foram utilizadas as dimensões Ansiedade e Stress da Escala de Ansiedade, Stress e Depressão

(EADS) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), adaptada e validade para a população em estudo por Semedo, Diniz e Herédia (submetido).

A *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS; Lovibond e Lovibond, 1995) foi desenvolvida com o objetivo de cobrir, teoricamente, a totalidade dos sintomas relativos à ansiedade e à depressão, satisfazer os critérios psicométricos e fornecer uma melhor discriminação entre estes dois constructos. Através do estudo fatorial da escala, foi possível encontrar também um novo fator onde estavam incluídos os itens menos discriminativos das duas dimensões, tendo sido denominado de “*Stress*” pelos autores.

A DASS é constituída por três escalas: Depressão, Ansiedade e *Stress*, cada uma delas constituídas por sete itens, tendo como população alvo, indivíduos com mais de 17 anos. Cada uma das três escalas incluía diversos conceitos:

Depressão – Disforia; Desânimo; Desvalorização da vida; Auto depreciação; Falta de interesse ou de envolvimento; Anedonia; Inércia.

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo; Efeitos Músculo Esqueléticos; Ansiedade Situacional; Experiências Subjetivas de Ansiedade.

Stress – Dificuldade em Relaxar; Excitação Nervosa; Facilmente Agitado/Chateado; Irritável/Reação Exagerada; Impaciência (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Cada item é representado por uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Em cada uma das afirmações é oferecido ao sujeito quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos de gravidade ou frequência: (0) “não se aplicou nada a mim”, (1) “aplicou-se a mim algumas vezes”, (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” e, (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A DASS possui uma versão portuguesa, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Uma vez que para o objetivo deste estudo apenas importava medir o stress (estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão) e a ansiedade (ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo), os 7 itens referentes à depressão foram retirados, resultando num total de 14 itens, sete referentes à escala de ansiedade e sete à escala de stress. As duas dimensões remanescentes foram objeto de adaptação e validação para a população de utentes hospitalares (Semedo, Diniz e

Herédia, submetido). Nesse processo, uma análise fatorial confirmatória permitiu encontrar uma solução unifatorial (ansiedade) utilizada no presente estudo.

A escala de ansiedade foi aplicada antes e depois da realização do exame de RM. As duas aplicações destinaram-se a cumprir critérios inerentes ao projeto mais alargado em que a presente investigação se ancora.

2.5. Procedimento:

De acordo com Almeida e Pinto (1995), as técnicas de investigação caracterizam-se por um conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis que têm como objetivo a produção de resultados na recolha e tratamento da informação exigida pelo processo de pesquisa.

Este estudo surgiu dentro de um projeto mais alargado, levado a cabo por uma equipa de investigadores, um docente da Universidade de Évora (uma das quais, orientadora da presente dissertação) e um médico radiologista do Hospital de Évora (co-orientador da presente dissertação).

A recolha dos dados decorreu no Serviço de Imagiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, constituído por quatro áreas, designadamente a Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Mamografia e Tomografia Axial Computorizada. A sua intervenção estende-se substancialmente à unidade hospitalar em que se encontra inserido, dando também apoio às áreas de internamento, consulta externa e urgência (Hospital Espírito Santo Évora, n.d.).

Este estudo decorreu na área da Radiologia Convencional, que efetua ressonâncias magnéticas com e sem administração de contraste, podendo ser categorizadas como: neurológicas, músculo-esqueléticas, abdominais, pélvicas, mamárias e torácicas (Hospital Espírito Santo Évora, n.d.).

Foram estabelecidas estratégias para o desenvolvimento do estudo, centradas numa abordagem quantitativa, focando-se na análise da relação entre a ansiedade percebida por pacientes submetidos a exame de ressonância magnética e a qualidade de serviço percebida pelos mesmos.

Cumprindo todos os procedimentos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação, o processo de recolha de dados decorreu entre março e junho de 2018,

tendo sido precedido do pré-teste ao ServPerf em fevereiro. A amostra foi recolhida de forma não probabilística, tratando-se de uma amostra de conveniência (Garson, 2012).

A recolha dos dados, que se processou em dois momentos, englobou a assinatura do consentimento informado àqueles que aceitaram participar no estudo e a administração de dois questionários, hetero-administrados pelos investigadores.

Num primeiro momento, antes dos utentes realizarem o exame, foi-lhes pedido que assinassem o consentimento informado, garantido a confidencialidade de cada indivíduo e explicando detalhadamente como se iria proceder em cada momento do estudo. De seguida, foi aplicado, no vestiário ou na sala de triagem, o questionário de ansiedade (Semedo, Diniz & Herédia, submetido), em conjunto com o questionário sociodemográfico, reforçando sempre que a participação era voluntária e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento.

Num segundo momento, após a realização do exame de RM, foi reavaliada a ansiedade através do mesmo instrumento, hetero-administrado, utilizado no primeiro momento e foi também aplicado o questionário ServPerf.

De referir que os profissionais de saúde face aos quais os utentes avaliaram a dimensão Empatia da escala ServPerf, foram os Técnicos de Radiologia e os Assistentes Operacionais, que ocupam funções distintas. Aos Técnicos cabe-lhes a função de explicar ao doente o que este deve saber sobre o exame de RM, se este irá sentir dor ou desconforto, o que terá de fazer durante o exame e o que a equipa irá fazer. Devem ainda partilhar informações sobre o tempo do exame, clarificar os seus riscos, preparar e supervisionar a administração de fármacos e realizar o exame de RM. Aos Assistentes Operacionais, e no que à RM diz respeito, cabe-lhes proporcionar um atendimento afável e diligente aos utentes, assegurar a sua privacidade (nomeadamente nos vestiários) e segurança, bem como ajudá-los na preparação para o exame (ex. troca de roupa, quando solicitado ou verificada essa necessidade), e colaborar com todos os elementos do serviço (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

Para o estudo eram elegíveis todos os utentes externos e maiores de 18 anos, que se dirigiam ao serviço de radiologia para realizarem exame de RM.

O tempo despendido para a recolha de dados variou segundo o tipo de protocolo utilizado, ou seja, o tipo de exame, que poderia ter uma duração média de 1h e 30 minutos.

Finalizada a recolha de dados, foi construído o ficheiro de dados recorrendo ao programa de análise estatística *IBM SPSS Statistic 23* para *Windows10*.

Procedeu-se inicialmente à realização da Análise Fatorial Exploratória do questionário ServPerf. De seguida, realizou-se a análise descritiva (*M e DP*) da qualidade de serviço percebida e da ansiedade.

Para testar as hipóteses, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, ao teste *U* de *Mann Whitney* e à ANOVA. Recorreu-se à utilização de testes estatísticos não-paramétricos uma vez o pressuposto de normalidade não foi assegurado contudo, a opção de utilizar o teste estatístico ANOVA manteve-se dado à sua característica de ser um teste robusto aos erros de Tipo I e II na decisão estatística, mesmo em amostras de pequena dimensão (Anderson, 2001).

3. Resultados:

3.1. Análise Fatorial Exploratória:

Segundo Maroco (2014), a análise fatorial é considerada uma análise exploratória dos dados que tem como objetivo a descoberta e análise da estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida por fatores, controlando as variáveis originais (Maroco, 2014).

Após a recolha dos dados, estes foram sujeitos a uma análise fatorial exploratória com uma rotação *varimax* com o intuito de identificar o número de dimensões da qualidade de serviço, na versão em português, comparando-as com as já propostas por Parasuraman e colegas (1991).

Com o intuito de testar a correlação entre as variáveis originais, utilizou-se a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de Esfericidade Bartlett, observáveis na Tabela 3.

Tabela 3

Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de Esfericidade Bartlett das variáveis originais do ServPerf

Teste KMO	,915
Teste Bartlett	2260,834
df	231
Sig.	.000

Como se pode observar na Tabela 3, o valor estatístico de KMO é de 0,915, o que significa que a recomendação face à análise fatorial é muito boa (1 – 0,9). Relativamente ao teste de esfericidade de Bartlett este apresenta um *p-value* igual a 0, logo rejeita-se H_0 . Assim sendo, conclui-se que as variáveis se correlacionam significativamente, demonstrando a adequabilidade dos dados à análise fatorial.

Após a verificação da adequabilidade dos dados à análise, procedeu-se à escolha do método de análise fatorial, mais adequado, para a extração dos fatores. Desta forma, optou-se pela análise de componentes principais com rotação ortogonal *varimax*.

Seguidamente observam-se os valores próprios (*Eigenvalues*) que representam a variância total explicada por cada fator (Tabela 4), retendo apenas aqueles que apresentem uma variância superior a 1 (Malhotra, 2006).

Tabela 4

Distribuição de variância e valores próprios por cada fator

Componente	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	11,786	53,572	53,572
2	1,773	8,060	61,632
3	1,257	5,715	67,347
4	1,074	4,882	72,229

De acordo com a Tabela 4, apenas foram retidos 4 fatores que apresentavam valores de variância superiores a 1. No que concerne ao primeiro fator, ou componente, este apresenta um valor próprio de 11,786 explicando cerca de 53,6% da variância total. O segundo fator é de 1,773, o que explica 8,1% da variância total. O fator 3 apresenta um valor próprio de 1,257, explicando 5,7% da variância total e, por último, o último fator é de 1,074, o que explica 4,9% da variância total. No total, a variância explicada pelos quatro fatores é de 72,2%.

De modo a ter uma imagem mais representativa dos fatores com maiores valores próprios, veja-se o gráfico de declive (*scree plot*) (Figura 4). É possível confirmar que o número de dimensões não é semelhante às propostas por Parasuraman et al. (1991) e Cronin e Taylor (1992).

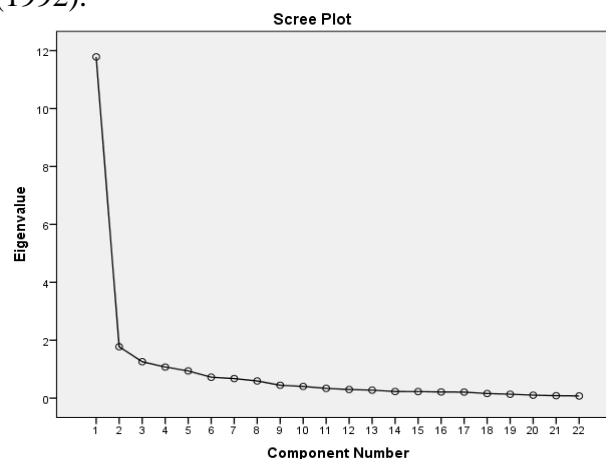


Figura 4. Scree Plot dos fatores com valores próprios mais elevados

Assim sendo, é possível agrupar os itens por fatores tendo em conta a sua carga fatorial, como é possível constatar na Tabela 5.

Tabela 5

Matriz de componentes rodada

	Número de Fatores			
	1	2	3	4
1			0,78	
2			0,74	
3			0,73	
4			0,71	
5				0,88
6	0,54			
7	0,67			
8				0,84
9				0,41
10	0,53			
11	0,62			
12	0,70			
13	0,64			
14	0,72			
15	0,78			
16	0,60			
17		0,58		
18		0,76		
19		0,82		
20		0,75		
21		0,70		
22		0,52		

Efetuaram-se análises de confiabilidade e de validade de modo a verificar se a escala adotada apresentava resultados de precisão e aplicabilidade, com o intuito de reduzir o erro de medida.

Posteriormente foi verificada a confiabilidade da escala após a extração dos componentes. Através da observação da Tabela 6, constata-se que a escala apresenta boas características psicométricas no que diz respeito à consistência interna, com um valor de *alpha* de Cronbach de .95. A Tabela 7 indica os respetivos valores do *alfa de Cronbach* de cada dimensão extraída na análise fatorial.

Tabela 6

Valor do Alpha de Cronbach

Alpha de Cronbach
.95

Tabela 7

Alpha de Cronbach de cada dimensão extraída após a análise fatorial

	Alpha de Cronbach
Capacidade de Resposta e Garantia	.94
Empatia	.90
Tangibilidade	.86
Confiança no funcionamento e no serviço	.77

No que concerne à validade, torna-se relevante compreender a averiguação da validade de conteúdo, ou validade de expressão, como efetuado pelos autores Parasuraman e colegas (1991).

Toda a escala foi construída de acordo com o seu principal objetivo, analisar a percepção da qualidade de serviço do Serviço de Radiologia, tendo sempre em conta as indicações dos autores. Foi realizado um pré-teste no mesmo serviço com uma amostra em condições semelhantes à amostra final, tornando possível a observação da validade fatorial dos itens da escala de modo a compreender se estes mediam os mesmos constructos (Hair et al., 2009).

Finalizada a análise fatorial, as quatro dimensões extraídas foram renomeadas. Como é possível observar, os itens das duas antigas dimensões “Capacidade de Resposta” e “Garantia” foram agrupados, à exceção do item 17 (“Os profissionais recebem apoio do Serviço de Radiologia para realizar o seu trabalho de forma adequada”). A esta nova dimensão, agrupou-se ainda o item 6 (“Quando o utente tem algum problema, no serviço de Radiologia demonstram-se simpáticos e prestáveis”) e o

item 7 (“O serviço de Radiologia é de confiança”), ambos da antiga dimensão “Confiança”. Deste modo, foi designado o nome de “Capacidade de Resposta e Garantia” uma vez que a maioria dos itens pertencia a estas duas dimensões, tendo apenas colapsado numa só. A segunda nova dimensão é composta pelos itens da antiga dimensão “Empatia” e um item da antiga dimensão “Garantia”. Desta forma decidiu-se manter o mesmo nome, uma vez que não houve alterações significativas, ficando “Empatia”. A terceira nova dimensão alberga todos os itens da antiga dimensão “Tangibilidade”, permanecendo essa mesma designação. Por fim, a quarta, e última nova dimensão, é constituída por 3 itens da antiga dimensão “Confiança” e, dado que estes mesmos se reportam ao serviço em si (“O serviço de Radiologia cumpre com os prazos com os quais se compromete”; “O serviço de radiologia presta os seus serviços dentro do tempo previsto”; “O serviço de Radiologia mantém os registos dos utentes atualizados”), denominou-se de “Confiança no funcionamento e no serviço”.

Tabela 8

Dimensões do instrumento de avaliação da qualidade de serviço percebida após a análise fatorial

Dimensão	Item
Capacidade de Resposta e Garantia	Quando o utente tem algum problema, no serviço de Radiologia demonstram-se simpáticos e prestáveis.
	O serviço de Radiologia é de confiança.
	O serviço de Radiologia informa os seus utentes da hora certa da consulta ou exame.
	O utente beneficia de apoio imediato por parte dos profissionais do serviço de Radiologia.
	Os profissionais do serviço de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar os utentes.
	Os profissionais do serviço de Radiologia estão disponíveis para responder de forma imediata aos pedidos dos utentes.
	Os profissionais do serviço de Radiologia são merecedores da sua confiança.
Empatia	Os utentes sentem-se seguros na interação com os profissionais do serviço de Radiologia.
	Os profissionais do serviço de Radiologia são educados.
	Os profissionais recebem apoio do serviço de Radiologia para realizar o seu trabalho de forma adequada.
	O serviço de Radiologia oferece atendimento personalizado.
	Os profissionais do serviço de Radiologia dão-lhe uma atenção pessoal.
Tangibilidade	Os profissionais do serviço de Radiologia sanem quais são as necessidades dos utentes.
	O serviço de Radiologia tem o interesse dos utentes em consideração.
	O serviço de Radiologia tem um horário de funcionamento conveniente para todos os utentes.
	O Serviço de Radiologia tem equipamentos atualizados.
Confiança no funcionamento e no serviço	As instalações do serviço de Radiologia são visualmente atrativas.
	Os profissionais do serviço de Radiologia apresentam-se adequadamente vestidos e com uma aparência cuidada.
	O aspeto das instalações do serviço de Radiologia é adequado ao tipo de serviço prestado.
Confiança no funcionamento e no serviço	O serviço de Radiologia cumpre com os prazos com os quais se compromete.
	O serviço de Radiologia presta os seus serviços dentro do tempo previsto.
	O serviço de radiologia mantém os registos dos utentes atualizados.

3.2. Análise descritiva da Qualidade de Serviço Percebida e da Ansiedade antes e depois da RM:

Os resultados obtidos na Tabela 9 demonstram a percepção dos utentes relativamente à qualidade de serviço prestado, nas suas diferentes componentes, na unidade de RM. A tabela apresenta as pontuações médias e os respetivos desvios-padrão para cada item, bem como a percentagem de resposta de cada valor da escala.

Tabela 9
Médias, Desvios-Padrão e Percentagem de respostas relativas à Qualidade de Serviço Percebida

	M	DP	Escala						
			1	2	3	4	5	6	7
P1.O Serviço de Radiologia tem equipamentos atualizados.	5,91	1,22	0,0%	2,5%	0,8%	11,8%	13,4%	31,1%	40,3%
P2.As instalações do serviço de Radiologia são visualmente atrativas.	5,69	1,34	0,8%	2,5%	5,0%	7,6%	18,5%	33,6%	31,9%
P3. Os profissionais do serviço de Radiologia apresentam-se adequadamente vestidos e com uma aparência cuidada.	6,48	0,93	0,0%	0,0%	1,7%	5,0%	5,0%	20,2%	68,1%
P4. O aspeto das instalações do serviço de Radiologia é adequado ao tipo de serviço prestado.	6,14	1,10	0,0%	0,8%	2,5%	5,9%	12,6%	28,6%	49,6%
P5. O serviço de Radiologia cumpre com os prazos com os quais se compromete.	5,55	1,73	4,2%	5,0%	5,9%	5,9%	14,3%	24,4%	40,3%
P6. Quando o utente tem algum problema, no serviço de Radiologia demonstram-se simpáticos e prestáveis.	6,30	1,12	0,0%	1,7%	1,7%	6,7%	4,2%	26,1%	59,7%
P7. O serviço de Radiologia é de confiança.	6,38	,87	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	10,9%	25,2%	58,8%
P8. O serviço de Radiologia presta os seus serviços dentro do tempo previsto.	5,75	1,59	2,5%	4,2%	5,0%	5,9%	13,4%	24,4%	44,5%
P9. O serviço de radiologia mantém os registos dos utentes atualizados	5,76	1,38	0,8%	0,8%	0,8%	24,4%	10,1%	18,5%	44,5%
P10. O serviço de Radiologia informa os seus utentes da hora certa da consulta ou exame.	6,21	1,16	0,8%	0,0%	3,4%	5,0%	10,1%	25,2%	55,5%
P11. O utente beneficia de apoio imediato por parte dos profissionais do serviço de Radiologia.	6,29	1,06	0,0%	1,7%	0,8%	5,0%	8,4%	26,9%	57,1%
P12. Os profissionais do serviço de Radiologia estão sempre dispostos a ajudar os utentes.	6,44	,98	0,8%	0,8%	0,0%	3,4%	4,2%	28,6%	62,2%
P13. Os profissionais do serviço de Radiologia estão disponíveis para responder de forma imediata aos pedidos dos utentes.	6,21	1,13	1,7%	0,0%	0,8%	5,9%	7,6%	32,8%	51,3%
P14. Os profissionais do serviço de Radiologia são merecedores da sua confiança.	6,43	1	0,0%	1,7%	0,8%	2,5%	7,6%	22,7%	64,7%

P15. Os utentes sentem-se seguros na interação com os profissionais do serviço de Radiologia.	6,52	,84	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%	7,6%	21,0%	68,1%
P16. Os profissionais do serviço de Radiologia são educados.	6,58	,78	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	6,7%	21,8%	69,7%
P17. Os profissionais recebem apoio do serviço de Radiologia para realizar o seu trabalho de forma adequada.	5,84	1,33	0,0%	1,7%	1,7%	19,3%	11,8%	19,3%	46,2%
P18. O serviço de Radiologia oferece atendimento personalizado.	5,91	1,40	2,5%	1,7%	2,5%	4,2%	19,3%	24,4%	45,4%
P19. Os profissionais do serviço de Radiologia dão-lhe uma atenção pessoal.	6,18	1,26	2,5%	0,0%	3,4%	1,7%	8,4%	31,1%	52,9%
P20. Os profissionais do serviço de Radiologia sanem quais são as necessidades dos utentes.	6,01	1,36	2,5%	0,8%	2,5%	5,9%	11,8%	28,6%	47,9%
P21. O serviço de Radiologia tem o interesse dos utentes em consideração.	6,29	1,04	0,8%	0,0%	1,7%	4,2%	7,6%	31,9%	53,8%
P22. O serviço de Radiologia tem um horário de funcionamento conveniente para todos os utentes.	5,87	1,37	2,5%	0,8%	0,8%	12,6%	10,9%	31,1%	41,2%

Todos os itens apresentam uma pontuação média positiva bastante satisfatória ($M > 4$), sendo o item 16, “Os profissionais do serviço de Radiologia são educados” ($M = 6,58$; $DP = 0,78$), o item 15 “Os utentes sentem-se seguros na interação com os profissionais do serviço de Radiologia” ($M = 6,52$; $DP = 0,84$) e o item 3 “Os profissionais do serviço de Radiologia apresentam-se adequadamente vestidos e com uma aparência cuidada” ($M = 6,48$; $DP = 0,93$), os que mais contribuem para uma alta perceção de qualidade de serviço.

Os itens que menos contribuem para uma alta perceção da qualidade de serviço são o item 8, “O serviço de Radiologia presta os seus serviços dentro do tempo previsto” ($M = 5,75$; $DP = 1,59$), o item 2, “As instalações do serviço de Radiologia são visualmente atrativas” ($M = 5,69$; $DP = 1,34$) e o item 5, “O serviço de Radiologia cumpre com os prazos com os quais se compromete” ($M = 5,55$; $DP = 1,73$).

Relativamente às dimensões específicas da perceção de qualidade, e observando a Tabela 10, a dimensão com pontuação média mais alta é a Capacidade de Resposta e Garantia ($M = 6,37$; $DP = 0,81$) e a dimensão com pontuação média mais baixa é a Confiança no funcionamento e no serviço ($M = 5,69$; $DP = 1,30$). Ainda que seja o valor médio mais baixo é um valor próximo de 6, representando uma excelente pontuação média em todas as dimensões.

Tabela 10

Médias e desvios-padrão da qualidade de serviço percebida por dimensões

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Capacidade de Resposta e Garantia	6,37	0,81
Empatia	6,02	1,05
Tangibilidade	6,06	0,97
Confiança no funcionamento e no serviço	5,69	1,30

Através da Tabela 11, é possível constatar uma boa qualidade de serviço percebida global ($M = 6,03$). Ainda assim, aspetos relacionados com prontidão dos serviços prestados, relativos a tempo de espera, hora do exame e registo atualizados dos utentes são os que apresentam menor qualidade percebida.

Tabela 11

Média e desvio-padrão da qualidade de serviço percebida global

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Qualidade de serviço percebida global	6,03	0,87

Relativamente à Ansiedade, a Tabela 12 demonstra as pontuações médias e os respetivos desvios-padrão para cada item, bem como a percentagem de resposta de cada valor da escala. Todos os itens apresentam uma média de resposta bastante fraca, nunca superiores a 1.

No momento antes do exame de RM é possível observar que o item com média mais elevada é o item 12 “Senti que por vezes estava sensível” ($M = 0,55$; $DP = 0,82$) e o item com média mais baixa é o item 3 “Senti dificuldades em respirar” ($M = 0,19$; $DP = 0,54$).

Após o exame, o item 2 “Senti a minha boca seca” passa a ser o item com média mais elevada ($M = 0,73$; $DP = 1,04$) e o item 11 “Senti-me quase a entrar em pânico”, o item com média mais baixa ($M = 0,11$; $DP = 0,39$).

Tabela 12

Médias, Desvios-Padrão e Percentagem de respostas relativas à Ansiedade

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Escala			
			0	1	2	3
Ansiedade Antes						
1. Tive dificuldades em me acalmar	0,45	0,90	74,8%	12,6%	5,0%	7,6%
2. Senti a minha boca seca	0,42	0,88	76,5%	12,6%	3,4%	7,6%
3. Senti dificuldades em respirar	0,19	0,54	87,4%	5,9%	6,7%	0%
4. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,25	0,68	84,9%	8,4%	3,4%	3,4%
5. Senti tremores (e.x., nas mãos)	0,23	0,63	85,7%	8,4%	3,4%	2,5%
6. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,52	0,87	67,2%	19,3%	7,6%	5,9%
7. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico ou fazer figura ridícula	0,33	0,77	80,7%	10,9%	3,4%	5,0%
8. Dei por mim a ficar agitado	0,45	0,81	69,7%	20,2%	5,0%	5,0%
9. Senti dificuldades em me relaxar	0,45	0,82	70,6%	18,5%	5,9%	5,0%
10. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,24	0,69	87,4%	5,0%	4,2%	3,4%
11. Senti-me quase a entrar em pânico	0,26	0,76	87,4%	5,0%	1,7%	5,9%
12. Senti que por vezes estava sensível	0,55	0,82	61,3%	27,7%	5,9%	5,0%
13. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,35	0,79	79,0%	11,8%	4,2%	5,0%
14. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,37	0,78	77,3%	12,6%	5,9%	4,2%
Ansiedade Depois						
1. Tive dificuldades em me acalmar	0,27	0,66	82,4%	10,9%	4,2%	2,5%
2. Senti a minha boca seca	0,73	1,04	57,1%	26,1%	3,4%	13,4%
3. Senti dificuldades em respirar	0,30	0,73	81,5%	10,9%	3,4%	4,2%
4. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,32	0,70	79,0%	12,6%	5,9%	2,5%
5. Senti tremores (e.x., nas mãos)	0,17	0,51	87,4%	10,1%	0,8%	1,7%
6. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,38	0,78	75,6%	16,0%	3,4%	5,0%
7. Preocupei-me com situações em que podia	0,26	0,63	81,5%	13,4%	2,5%	2,5%

entrar em pânico ou fazer figura ridícula						
8. Dei por mim a ficar agitado	0,25	0,60	81,5%	13,4%	3,4%	1,7%
9. Senti dificuldades em me relaxar	0,38	0,70	72,3%	20,2%	5,0%	2,5%
10. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,17	0,48	86,6%	10,9%	1,7%	0,8%
11. Senti-me quase a entrar em pânico	0,11	0,39	90,8%	8,4%	0%	2,5%
12. Senti que por vezes estava sensível	0,34	0,68	75,6%	17,6%	4,2%	2,5%
13. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,24	0,62	84,0%	10,9%	2,5%	2,5%
14. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,20	0,62	88,2%	5,9%	3,4%	2,5%

A tabela 13 demonstra efetivamente que, em ambos os momentos, tanto antes como depois da RM a média das respostas relativas à ansiedade é de baixo valor ($M = 0,36$; $M = 0,28$). É visível também que, no momento após a RM, os indivíduos apresentaram um menor valor médio de ansiedade percebida, comparativamente com o momento antes do exame.

Tabela 13

Médias e Desvios-Padrão relativos à Ansiedade antes e depois da RM

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ansiedade antes da RM	0,36	0,62
Ansiedade depois da RM	0,28	0,45

3.3. Análise da relação entre a ansiedade percebida e qualidade de serviço percebida global e dimensões da qualidade de serviço percebida:

A associação entre os níveis de ansiedade percebida, (antes e depois da realização da RM), e a Qualidade de serviço percebida total, foi avaliada através do coeficiente de *Spearman*. Através da análise da Tabela 14, verifica-se que os resultados indicam uma relação negativa não significativa entre as variáveis ($r = -.01$; $p = 0,897$ e $r = -.15$; $p = 0,100$, respetivamente).

Deste modo, rejeita-se H1 uma vez que não se observa uma relação significativa entre os níveis de ansiedade percebida e a qualidade de serviço percebida.

Tabela 14

Correlação de Spearman entre os níveis de ansiedade percebida pelos utentes e a qualidade de serviço percebida

	AA	AD	QSP
Ansiedade antes da RM			
Correlação de Spearman	1	.36**	-.01
Ansiedade depois da RM			
Correlação de Spearman	.36**	1	-.15
Qualidade de Serviço Percebida			
Correlação de Spearman	-.01	-.15	1

** . A correlação é significativa ao nível 0,01

A associação entre os níveis de ansiedade percebida (antes e depois da realização da RM), e as quatro dimensões da Qualidade de serviço percebida (Capacidade Resposta e Garantia, Empatia, Tangibilidade e Confiança no funcionamento e no serviço), foi avaliada através do coeficiente de *Spearman*.

Através da análise da Tabela 15, verifica-se uma relação positiva entre a dimensão Capacidade de Resposta e Garantia e a Ansiedade antes ($r = .04$; $p = 0,637$) e uma relação negativa depois da RM ($r = -.07$; $p = 0,422$), ambas estatisticamente não significativas. Assim, rejeita-se a hipótese 1a.

Relativamente à dimensão Empatia, a associação entre esta e a Ansiedade antes ($r = -.03$; $p = 0,712$) e a Ansiedade depois da RM ($r = -.11$; $p = 0,237$), representa uma relação negativa, estatisticamente não significativa. Deste modo, rejeita-se a hipótese 1b.

No que concerne à dimensão Tangibilidade, uma tendência semelhante aos resultados anteriores é registada, no sentido em que se verifica uma relação positiva entre a dimensão Tangibilidade e Ansiedade antes ($r = .01$; $p = 0,878$) e uma relação negativa entre a Tangibilidade e Ansiedade depois da RM ($r = -.12$; $p = 0,202$), ambas estatisticamente não significativas. Assim, rejeita-se a hipótese 1c.

Por fim, e relativamente à dimensão Confiança no funcionamento e no serviço, os resultados indicam uma relação positiva, estatisticamente não significativa entre esta e a Ansiedade antes ($r=.02$; $p = 0,81$), bem como, uma relação negativa, estatisticamente não significativa negativa entre a dimensão Confiança e Ansiedade depois da RM ($r = -.17$; $p = 0,060$). Deste modo, rejeita-se a hipótese 1d.

Tabela 15

Correlação de Spearman entre os níveis de ansiedade percebida e as dimensões

	Ansiedade antes da RM	Ansiedade depois da RM	Capacidade de Resposta e Garantia	Empatia	Tangibilidade	Confiança no funcionamento e no serviço
Ansiedade antes da RM Correlação de Spearman		.36**	.04	-.03	.01	.02
Ansiedade depois da RM Correlação de Spearman	.36**		-.07	-.11	-.12	-.17

3.4. Análise da qualidade de serviço percebida por variáveis sociodemográficas:

Para analisar diferenças na qualidade de serviço percebida em função da idade dos utentes, foi realizado o teste One Way ANOVA. Obtivemos um teste F com um valor de 1,56 e um *p-value* associado de 0,15, podendo concluir que os resultados não são estatisticamente significativos, ou seja, não existe um efeito da idade na Qualidade de serviço percebida, como é possível constatar na Tabela 16. Deste modo, rejeita-se a hipótese 2 do presente estudo.

Tabela 16

Teste One Way ANOVA: Diferença de Médias, Desvio Padrão e Significância estatística entre grupo de idades dos utentes

Idade (I)	Idade (J)	Diferença de médias (I – J)	Desvio Padrão	Sig.
<20	20-29	-0,036	0,60	1
	30 – 39	0,53	0,48	0,956
	40 – 49	0,30	0,47	0,998
	50 – 59	0,13	0,46	1
	60 – 69	-0,29	0,46	0,999
	70 – 79	-0,08	0,47	1
	>80	0,18	0,58	1

As diferenças na Qualidade de serviço percebida em função do sexo dos utentes foram testadas com recurso ao Teste de Mann-Whitney. Através da Tabela 17, conclui-se que os resultados não são estatisticamente significativos, ou seja, não existe um efeito do sexo na Qualidade de serviço percebida ($U = 1058,000$; $p = 0,064 > \alpha$).

Tabela 17

Teste de Mann-Whitney para diferenças em função do sexo dos utentes relativos à qualidade de serviço percebida

Mann-Whitney U	1058,000
Wilcoxon W	4974,000
Z	-1,853
Asymp. Sig. (2-tailed)	,064
Exact Sig. (2-tailed)	,064
Exact Sig. (1-tailed)	,032
Point Probability	,000

Deste modo, rejeitamos a hipótese 3, não existindo evidência estatística para afirmar que indivíduos do sexo masculino e feminino percebem de forma diferente a qualidade de serviço.

No que concerne às diferenças em função do nível de escolaridade dos utentes, estas foram testadas com recurso ao teste One Way ANOVA. Obtivemos um valor de F de 4,85 e um *p-value* associado inferior a 0,001, podendo concluir-se que, com uma probabilidade de erro de 5%, as médias das respostas são significativamente diferentes.

Deste modo, rejeita-se a Hipótese Nula (*H0*), aceitando que existe diferenças significativas em relação à Qualidade de serviço percebida em função do nível de escolaridade dos utentes, corroborando a hipótese 4 do presente estudo.

De acordo com o teste *post-hoc* de *Tukey*, as diferenças estatisticamente significativas para este fator ocorrem entre o 1º ciclo e o secundário, entre o 1º ciclo e o mestrado e entre o 2º ciclo e o mestrado, como é possível observar na Tabela 18.

Tabela 18

Teste One Way ANOVA: comparação de médias em função do nível de escolaridade dos utentes

Nível de Escolaridade (I)	Nível de Escolaridade (J)	Diferença de médias (I – J)	Desvio Padrão	Sig.
1º Ciclo	S/ Escolaridade	0,974	0,578	0,627
	Segundo Ciclo	-0,115	0,282	1
	Terceiro Ciclo	0,372	0,227	0,659
	Secundário	0,608*	0,189	0,027
	Licenciatura	0,710	0,255	0,089
	Mestrado	1,665*	0,418	0,002
2º Ciclo	S/ Escolaridade	1,089	0,617	0,575
	Segundo Ciclo	0,115	0,282	1
	Terceiro Ciclo	0,487	0,314	0,715
	Secundário	0,723	0,288	0,165
	Licenciatura	0,825	0,335	0,184
	Mestrado	1,780*	0,471	0,005

4. Discussão:

Sabe-se que a qualidade de um serviço necessita de ser capaz de atender às necessidades de um cliente através de procedimentos eficientes, de forma harmónica. Contudo, poderão existir entraves na perceção de qualidade de um serviço se estiverem envolvidos aspetos psicológicos, em especial nos serviços de saúde (France & Grover, 1992).

Ainda que Grönroos (1984) defenda que a qualidade em serviços deverá ser tudo aquilo que os clientes percebam, esta realidade em serviços de saúde pode divergir bastante, dificultando a perceção da qualidade de serviço por parte do utente (France & Grover, 1992; Milan & Trez, 2005). Para Parasuraman e colegas (1988), a qualidade percebida está relacionada com o nível de satisfação do consumidor uma vez que esta é o resultado das expectativas com o desempenho do serviço percebido (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1988).

O primeiro objetivo do presente estudo procurou compreender a existência de uma relação significativa entre os níveis de ansiedade percebida (aspetos psicológicos) e a qualidade de serviço percebida global.

Através de uma correlação de *Spearman* foi possível constatar a existência de uma relação negativa, não significativa, entre os níveis de ansiedade percebida antes e depois do exame e a qualidade de serviço percebida. Este resultado fez com que a primeira hipótese fosse refutada. Ainda assim, o resultado demonstra que tendencialmente estamos perante uma relação inversa, ou seja, quando um sujeito apresenta níveis mais elevados de ansiedade, percebe uma menor qualidade de serviço, podendo levar a uma avaliação negativa do mesmo.

De facto, a literatura demonstra-nos a relação nefasta que os aspetos emocionais poderão ter na perceção de qualidade de serviço e consequentemente na satisfação do indivíduo uma vez que, segundo Lazarus (1991), o tipo de avaliação que cada indivíduo faz é influenciada por fatores pessoais e situacionais (Lazarus, 1991). Nijkamp e colegas (2002), assumem que estes fatores pessoais e situacionais estão relacionados com a ansiedade (Nijkamp, Ruiters, Roeling, Van den Borne, Hiddema, Hendrikse & Nuijts, 2002). Assim sendo, e de acordo com Carlson e Buskist (1997), a satisfação dependerá

da percepção de cada paciente e da sua reatividade emocional a uma situação que causa ansiedade (Carlson & Buskist, 1997).

Também Cleary e McNeil (1988) apontaram como um dos determinantes da satisfação o estado psicológico do indivíduo, uma vez que este poderá afetar a percepção do serviço prestado, condicionando os próprios resultados e a satisfação.

Seguidamente pareceu-nos, na mesma medida, pertinente compreender de que forma a ansiedade se relaciona com cada dimensão da qualidade de serviço percebida. As hipóteses que abordam esta relação são exploratórias uma vez que não foram encontrados estudo, ao longo da pesquisa sistemática de literatura, que analisem a relação entre estas mesmas variáveis.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a ansiedade e as quatro dimensões da qualidade de serviço percebida (Capacidade de Resposta e Garantia, Empatia, Tangibilidade e Confiança no funcionamento e no serviço).

Como explicação para estes resultados apontamos os baixos valores médios de ansiedade percebida, tanto antes como depois da RM. Este resultado pode justificar parcialmente a falta de correlações significativas e poderá dever-se à dificuldade dos utentes em expressarem os seus sentimentos, por vergonha ou por considerarem inadequado.

Paralelamente ao estudo correlacional entre as variáveis Qualidade de serviço percebida e ansiedade percebida foram realizadas comparações de médias da primeira variável face a algumas variáveis sociodemográficas.

Na comparação por grupos etários não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

De entre os diversos estudos consultados na revisão de literatura, ao contrário dos resultados obtidos, a variável que demonstra maior concordância é a idade (Aspinal, Addington-Hall, Hughes, Higginson, 2003; Souza, 1997). Aspinal e colegas (2003) referem que esta explicação pode não estar relacionada com a idade *per si*, mas sim com as características dos grupos mais idosos que apresentam menores expectativas relativamente ao serviço.

Autores como Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001) seguem a mesma linha de pensamento, argumentando que o grupo de população mais velha tende a avaliar

mais positivamente devido à forma gentil como geralmente são tratados ou por estarem menos preparados para criticarem aspetos negativos.

No que respeita à variável sexo, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino no que diz respeito à qualidade de serviço percebida.

Diversos autores como Coyle (1999) e Pereira e colegas (2001) referem, ainda que de forma pouco significativa, o sexo feminino como o sexo mais apto para criticar um serviço. Também Sitzia e Wood (1997) referem o sexo feminino como o mais crítico no que diz respeito à prestação dos cuidados de saúde, sendo mais exigentes com os horários e a privacidade. As mesmas autoras apontam o sexo masculino como o que apresenta uma satisfação global significativamente mais elevada relativamente aos cuidados prestados (Sitzia & Wood, 1997).

O nível de escolaridade também foi analisado, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com o 1º ciclo e o secundário, com o 1º ciclo e mestrado e com o 2º ciclo e mestrado.

Estes resultados vêm de encontro com o estudo realizado por Hall e Dornan (1998), referindo que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis mais baixos de satisfação relativa à organização dos serviços. Segundo o estudo de Santiago e colegas (2013) referente à qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família, quanto maior a escolaridade, maior a insatisfação do utente. Também Hercos e Berezovsky (2006) observaram que pacientes com maior nível de escolaridade manifestarem, de forma mais frequente, a sua insatisfação em relação ao atendimento recebido.

De modo a tentar explicar os resultados obtidos através da diferença de médias, ainda que tenham sido encontradas diferenças em função do nível de escolaridade, apontamos o comportamento observado no contacto com os utentes ao responderem ao questionário. Muitos dos utentes não evidenciaram atenção e rigor nas respostas dadas devido ao cansaço sentido após o exame, uma vez que o respetivo questionário foi o último a ser aplicado.

5. Conclusão:

Hoje em dia, torna-se fundamental promover uma constante melhoria no que respeita a qualidade nos serviços, em especial aos que prestam serviços na área da saúde, que incidem na qualidade de vida e no futuro da população. Este aperfeiçoamento permite às organizações, tanto públicas como privadas, uma gestão da sua qualidade, empregando os seus recursos de forma eficiente e eficaz (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição & Barbosa, 2006).

O facto de não existirem estudos que relacionem os aspetos psicológicos ou, em específico, a ansiedade com a qualidade de serviço percebida, fez com que o suporte empírico fosse veiculando pela relação entre esta variável e a satisfação, uma associação previamente descrita na literatura (Cronin & Taylor, 1992; Las Casas, 2006; Mohebifar, Hasani, Barikani & Rafiei, 2016).

Conhecer a satisfação dos utentes é cada vez mais útil uma vez que esta permite verificar a eficácia da ação, orienta os esforços no sentido do melhoramento e demonstra aos utentes a vontade de o satisfazer (Silva & Rodrigues, 2011), ou seja, de melhorar a qualidade de serviço prestado.

Os resultados alcançados no presente estudo procuram demonstrar a importância dos aspetos psicológicos, sociais e demográficos na perceção e avaliação da qualidade de serviço, por parte de um utente. Apesar da inexistência de uma relação significativa entre as perceções de ansiedade e de qualidade, o momento da recolha de dados, onde existiu contacto com os utentes, permitiu constatar, por observação, indicadores de ansiedade nos comportamentos dos utentes.

Assim sendo, existem diversas características ao nível dos serviços de saúde que são consideradas na qualidade de serviço percebida, podendo resultar na satisfação, ou não, dos utentes. Segundo Weiss (1988) essas características são as próprias particularidades dos profissionais que prestam o atendimento, tanto na qualidade técnica como na qualidade funcional, os aspetos da relação entre profissional e utente e, por fim, os fatores estruturais e ambientais.

Deste modo, toda e qualquer influência na perceção destas características poderá resultar em perceções mais negativas ou positivas do serviço, representando um desafio para as organizações que procuram estabelecer níveis eficazes de qualidade.

6. Limitações e estudos futuros:

Como limitação, apontamos a reduzida amostra devido ao tempo despendido para a recolha dos dados e ao cansaço a que os utentes são alvo após o exame, estando ainda sujeitos à aplicação de um questionário. Outra limitação poderá estar relacionada com a utilização de apenas medidas de auto-resposta na recolha de dados, não considerando todas as justificações e experiências dadas para a escolha de dada pontuação.

Investigações futuras deveriam apresentar um número superior de inquiridos, aumentando a informação obtida e permitindo uma maior consistência nos resultados.

A ansiedade poderá ser medida com um indicador fisiológico, como por exemplo, medidas de cortisol e amílase presentes na saliva e segregadas em situações de stress, de modo a obter resultados mais precisos.

Será também interessante a realização de um estudo, com dois grupos idênticos de utentes, um deles sujeito a treinos de relaxamento antes do exame e o outro não – grupo de controlo. Este estudo poderia permitir compreender se existe efetivamente relação entre as variáveis e se esta é estatisticamente significativa. Por fim, sugere-se a realização de um estudo com amostras de diversos hospitais e unidades de saúde privadas do país com o objetivo de comparar os dados existentes e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Este trabalho é um ponto de partida para explorar e atribuir relevância à relação que os aspetos psicológicos apresentam na avaliação da qualidade de serviço uma vez que, embora os nossos resultados na sua generalidade não tenham mostrado associações significativas, a direção das associações foi no sentido ao que procurávamos. Como já referido anteriormente, resultados diferentes poderão surgir com uma amostra maior.

7. Referências Bibliográficas

- Aharony L. & Strasser S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev*, 50, 49-79.
- Almeida, J. & Pinto, J. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Anderson, E. & Sullivan, M. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143. <http://dx.doi.org/10.1287/mksc.12.2.125>.
- Anderson, N. H. (2001). *Empirical Direction in Design and Analysis*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 324-339.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24, 253–268.
- Babakus, E. & Mangold, G.W. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-86.
- Barofsky, I. (2012). *Quality: Its Definition and Measurement As Applied to the Medically III*. Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=cr1c4zjMiEAC&printsec=frontcover&dq=Quality:+Its+Definition+and+Measurement+As+Applied+to+the+Medically+III.&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjIg_CihrXXAhWCSBoKHRAwDhcQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Quality%3A%20Its%20Definition%20and%20Measurement%20As%20Applied%20to%20the%20Medically%20III.&f=false

- Bebko, C. P. & Garg, R. K. (1995). Perceptions of responsiveness in service delivery. *Journal of Hospital Marketing*, 9(2), 35-45.
- Bolton, R. N. & Drew, J. H. (1991). A multi-stage model of customers' assessment of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17, 753-84.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithaml, V. (1993). A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions, *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.
- Bowers, M. R., Swan, J. E. & Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Management Review*, 19 (4), 49-55.
- Brady, M., & Cronin, J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 35, 34-49.
- Brown, T. J., Churchill, G. A. & Peter, J. P. (1993). Improving the Measurement of Service Quality. *Journal of Retailing*, 69(1), 127-139.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.
- Carlson, N. & Buskist, W. (1997). *Psychology: The Science of Behavior*, (5^a). Londres: Pearson.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 66 (1), 33-55.
- Churchill, G. & Peter, P. (2000). *Marketing - Criando Valor Para Os Clientes*, (3^a). São Paulo: Editora Saraiva.
- Cleary, P. & McNeil, B. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- Clow, K. E., Fischer, A. K. & O'Bryan, D. (1995). Patient expectations of dental services. *Journal of Health Care Marketing*, 15(3), 23-31.

- Costa, J. & Melo, A. (1987). *Dicionário da Língua Portuguesa*, (6ª). Porto: Porto Editora.
- Costanzo, G., & Vertinsky I. (1975). Measuring the Quality of Health Care: A Decision Oriented Typology. *Medical Care*, 13(5), 147.
- Coyle J. (1999). Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. *Sociology of Health and Illness*, 21, 95-123.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Crosby, P. (1979). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*, Nova Iorque: New American Library.
- Dabholker, P., Thorpe, D. & Rentz, J. (1996). A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 24(1), 3-16.
- Dantendorfer, K., Amering, M., Bankier, A., Helbich, T., Prayer, D., Youssefzadeh, S., Alexandrowics, R., Imhof, H. & Katschnig, H. (1997). A study of the effects of patient anxiety, perceptions and equipment on motion artifacts in magnetic resonance imaging. *Magnetic Resonance Imaging*, 15(3), 301-306.
- Dean, A. (1999). The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments. *Health Marketing Quarterly*, 16(3), 1-21.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring*, (1ª). Ann Arbor, EUA: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica - definición y métodos de evaluación*. México DF: La Prensa Mexicana.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.

- Duarte, A., Fouassier, S. & Coelho, P. (2015). Common MRI artifacts: A practical approach. *European Society of Radiology*, 1-41. doi: 10.1594/ecr2015/C-2297.
- Duggirala, D., Rajendran, C. & Anantharaman, R. N. (2008). Patient perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-83.
- Durrah, O., Allil, K. & Kahwaji, A. (2015). Impacto f service quality dimensions on hospital image: the mediating role of patient satisfactions. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 13(9), 6973-6951.
- Edwards. J. R. (1995). Alternatives to Difference Scores as Dependent Variables in the Study of Congruence in Organizational Research. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 64(3), 307-324.
- Eiriz, V. & Figueiredo, J. (2004). Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3(4), 20-28.
- Field, J., Heim, G. & Sinha, K. (2004). Managing Quality in the E-Service System: Development and Application of a Process Model. *Production and Operations Management Society*, 13(4), 291-306.
- Fisk, R., Brown, S. & Bitner, M. (1993). Tracking the Evolution of the Services Marketing Literature. *Journal of Retailing*, 69(1), 61-103.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- France, K. R. & Grover, R. (1992). What is the health care product?. *Journal of Health Care Marketing*, 12(2), 31-38.
- Furquim, T. & Costa, P. (2009). Garantia de qualidade em radiologia diagnóstica. *Revista Brasileira de Física Médica*, 3(1), 91-99.
- Garson, D. (2012). *Testing Statistical Assumptions*. Retrieved January, 9, 2013 Retirado de <http://www.statisticalassociates.com>.

- Georgiadou, V. & Maditinos, D. (2017). Measuring the quality of health services provided at a Greek Public Hospital through patient satisfaction - Case Study: The General Hospital of Kavala. *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research*, 10(2), 60-72.
- Grey, S., Price, G. & Mathews, A. (2000). Reduction of anxiety during MR imaging: a controlled trial. *Magnetic Resonance Imaging*, 18, 351-355.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gupta, K. & Rokade, V. (2016). Importance of Quality in Health Care Sector: A Review. *Journal of Health Management*, 18(1), 84-94.
- Hair, J. F., William, B., Banbin, B. & Anderson, R.E. (2009). *Análise multivariada de dados*, (6ª). Porto Alegre: Bookman.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). Meta-Analysis of quality of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27(6), 637-644.
- Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. European. *Journal of Psychological Assessment*, 10(3), 229-244.
- Harvard Medical School Program (2011, Abril 19). Ressonância magnética nuclear (online). Obtido de <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/04/19/ressonancia-magnetica-nuclear-rmn/>.
- Headley, D. E. & Miller, S. J. (1993). Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), 32-41.
- Hercos, B. & Berezovsky, A. (2006). Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69(2), 213-219.

- Hoffman, K. D. & Bateson, J. E. (2003). *Princípios de Marketing de Serviços*, (2ª). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Hospital Espírito Santo de Évora (n.d). Imagiologia. (online). Obtido de <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/exames-e-analises/imagiologia/>.
- Hulka, B., Kupper, L., Daly, M., Cassel, J. & Schoen, F. (1975). Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care A Community Perspective. *Medical Care*, 13(8). 648-658.
- Johnson, M., Gustafsson, A., Andreassen, T., Lervik, L. & Cha, J. (2001). The evolution and future of national customer satisfaction index models. *Journal of Economic Psychology*, 22(2), 217-245. [http://dx.doi.org/10.1016/s0167-4870\(01\)00030-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0167-4870(01)00030-7).
- Kotler, P. (2000). *Marketing Management Millenium Edition* (Tenth). Nova Jersey: Prentice Hall.
- Las Casas, A. (2006). *Administração de marketing: conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Le, P. & Fitzgerald, G. (2014). Applying the SERVPERF Scale to evaluate Quality of care in two public hospitals at Khanh Hoa Province, Vietnam. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 9(2), 66-76.
- Lehtinen, U. & Lehtinen, J. R. (1982). *Service quality: a study of quality dimensions*. Helsinki: Service Management Institute, Unpublished working paper, Finland OY.
- Lewis, C. & Booms, B. (1983). The Marketing Aspects of Service Quality, in *Emerging Perspectives on Services Marketing*, L. Berry, G. Shostack & G. Upah, Chicago: American Marketing, 99-107.
- Licata, J. W., Mowen, J. C. & Chakraborty, G. (1995). Diagnosing perceived quality in the medical service channel. *Journal of Health Care Marketing*, 15(4), 42-9.
- Lovelock, C. & Wright, L. (2033). *Serviços: Marketing e Gestão*, (1ª). São Paulo: Saraiva.

- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Macedo, H. & Rodrigues, V. (2009). Quality control program: the radiology technician approach. *Radiologia Brasileira*, 42(1), 37-41.
- Mackenzie, R., Sims, C., Owens, R. & Dixon, A. (1995). Patients' Perceptions of Magnetic Resonance Imaging. *Clinical Radiology*, 50, 137-143.
- Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de marketing*, (3ª). Porto Alegre: Bookman.
- Malhotra, N.K. & M. Peterson (2006). *Basic Marketing Research: A Decision-Making Approach*, (2ª). New Jersey: Prentice Hall.
- Manual de Boas Práticas em Radiologia. (n.d). *Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear*. Obtido de: www.sprmn.pt/pdf/MBPVERSAOFINALCOLEGIOOM.pdf.
- Maroco, J. P. 2014. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, (6ª). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, A., Carvalho, J., Ramos, T. & Fael, J. (2015). Assessing Obstetrics Perceived Service Quality at a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 181, 414-422.
- McAlexander, J., Kaldenberg, D. & Koenig, H. (1994). Service Quality Measurement, *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34-40.
- McDougall, G. & Levesque, T. (1994). A Revisited View of Service Quality Dimensions: An Empirical Investigation, *Journal of Professional Services Marketing*, 11(1), 189-209.
- Milan, G. S. & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*, 4(2), 1-21.

- Mohebifar, R., Hasani, H., Barikani, A., & Rafiei, S. (2016). Evaluating Service Quality from Patients' Perceptions: Application of Importance-performance Analysis Method. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(4), 233-238.
- Munn, Z., Peardon, A., Jordan, Z., Murphy, F., Pilkington, D., MedRad, G., & Anderson, A. (2015). Patient Anxiety and Satisfaction in a Magnetic Resonance Imaging Department: Initial Results from an Action Research Study. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 46, 23-29.
- Nijkamp, M. D., Ruiter, R. A. C., Roeling, M., Van den Borne, B., Hiddema, F., Hendrikse, F. & Nuijts, R. M. M. A. (2002). Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery. *Patient Education and Counseling*, 47, 265-272.
- Oja, P. I., Kouri, T. T. & Pakarinen, A. J. (2010) Health centres' view of the services provided by a university hospital laboratory: Use of satisfaction surveys. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 24-28.
- O'Connor, S. J., Shewchuk, R. M. & Carney, L. W. (1994). The great gap: physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality. *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 32-9.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Parasuraman, A. (1987). Customer-Oriented corporate cultures are crucial to services marketing success. *The Journal of Service Marketing*, 1(1), 39-46.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1991). Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using an Extended Service Quality Model. *Human Resource Management*, 30(3), 335-364.
- Pereira, M., 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.
- Peter, J. P., Churchill, G. A. & Brown, T. J. (1993). Caution in the Use of Difference Scores in Consumer Research. *Journal of Consumer Research*, 19(1), 655-662.
- Porter, M. (2010). What it value in health care?. *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Ramos, C. (2012). *Measuring Perceived Service Quality ate Portuguese healthcare centres: The moderating effect of outsourcing a core activity* (Dissertação de Mestrado, ISCTE Busines School). Retrieved from <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6314>.
- Reeves, C. & Bednar, D. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 19(3), 419-445.
- Reidenbach, E.R. & Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), 47-55.
- Rust, R. & Oliver, R. (1994). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Califórnia: Sage Publications.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. & Barbosa, P. (2006). *O futuro do sistema de saúde português "Saúde 2015"*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santiago, R., Mendes, A., Miranda, G., Duarte, P., Furtado, B. & Souza, W. (2013). Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 35-44.

- Sasser, E., Olsen, P. & Wyckoff, D. (1978). *Management of Service Operations*. Boston: Allyn & Bacon.
- Semedo, C. S., Diniz, A. M., & Herédia, V. (submetido). *Patient-oriented communication training in health professionals to enhance lower levels of anxiety in patients undergoing MRI*.
- Silva, C. & Rodrigues, V. (2006). O que Dizem os Pacientes dos Serviços Privados de Radiologia, Portugal. *Saúde Soc*, 20(2), 425-435.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Souza, E., M. (1997). *A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Tahka, V. (1992). *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teas, R. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, 57(4), 18-34.
- Teas, R. (1994). Expectations as a comparison standard in measuring service quality: Na assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, 58(1), 132-139.
- Van Dyke, T. P., Kappelman, L. A. & Prybutok, V. R. (1997). Measuring Information Systems Service Quality: Concerns on the Use of the SERVQUAL Questionnaire. *MIS Quartely*, 21(2), 195.
- Wagner, C., Fleming, D., Mangold, W. G. & Laforge, R. W. (1994). Relationship Marketing in Health Care. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 42-47.
- Ware, J. & Snyder, M. (1975). Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. *Medical Care*, 13(8), 669-682.
- Weiss, G. L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Med Care*, 26, 383-92.

- Wicks, A. & Roethlein, C. (2009). A Satisfaction-Based Definition of Quality. *Journal of Business & Economic Studies*, 15(1), 82-97.
- Wirtz, J. & Bateson, J. E. (1999). Consumer satisfaction with services: integrating the environment perspective in services marketing into the traditional disconfirmation paradigm. *Journal of Business research*, 44(1), 55-66.
- Woodruff, R. B., Cadotte, E. R., & Jenkins, R. L. (1983), Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms. *Journal of Marketing Research*, 20 (August), 296-304.
- Woodside, A. G., Frey, L. L. & Daly, R.T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, December, 5-17.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52 (3), 2-22.
- Zeithaml, V., & Bitner, M. & Gremler, D. (2014). *Marketing de Serviços: A empresa com foco no cliente*, (6ª). São Paulo: AMGH Editora Ltda.

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado

Declaração de consentimento informado

Eu, _____ declaro ter tomado conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi dada acerca da investigação que se pretende realizar.

Foi-me dada a oportunidade de colocar todas as questões que julguei necessárias e para elas obtive respostas esclarecedoras.

Tenho conhecimento que a minha participação é voluntária e que posso retirar-me do estudo a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador.

Assinatura: _____

Anexo B

Questionário Aplicado Antes da Ressonância Magnética (Escala de Ansiedade, Stress e Depressão)

— — —

__/__/__

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si quando soube que teria que fazer o exame de ressonância magnética (o que irá fazer de seguida). Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
4	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
5	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
6	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
7	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
8	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
9	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
10	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
11	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
12	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
13	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
14	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3

Assinale com um X a opção que melhor se adequa a si.

Já ouviu falar sobre este exame (ressonância magnética)?				
Nunca tinha ouvido falar	Já ouvi falar, mas não sei bem como é feito	Já ouvi falar e sei mais ou menos como é feito	Já ouvi falar e sei bastante bem como é feito	Já ouvi falar e sei exatamente como é feito

Se já ouviu falar, o que sabe sobre ele?

--

Anexo C

Questionário Aplicado Depois da Ressonância Magnética (Escala de Ansiedade, Stress e Depressão)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante o exame de ressonância magnética (não se esqueça, durante o exame) que acabou de fazer. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
4	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
5	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
6	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
7	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
8	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
9	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
10	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
11	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
12	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
13	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
14	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3

Anexo D

Questionário Sociodemográfico

Paciente: ___ Sexo: ___ Idade: ___ Data: ___/___/___ Turno: manhã ___ tarde ___ Hora do exame: ___ : ___

Nível de escolaridade: _____ Profissão: _____

Tipo de exame: neuro, MSK, abdómen, pélvis, mama, tórax, outro 1ª vez: sim ___ não ___

Anexo E

Questionário ServPerf

As afirmações que lhe vou ler dizem respeito aos seus sentimentos em relação ao serviço de Radiologia. Em cada uma das afirmações, deve responder até que ponto concorda que a afirmação é verdadeira para o serviço de Radiologia.

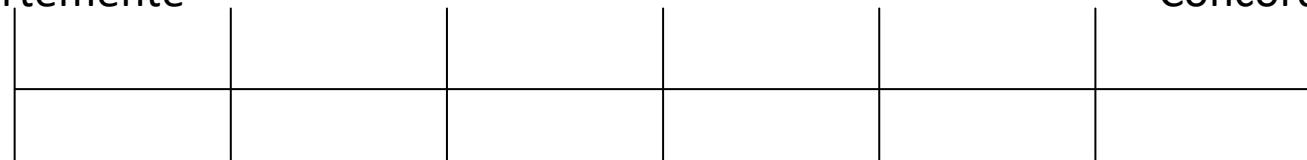
Se apontar para o número sete na linha significa que você concorda fortemente que a afirmação é verdadeira para o serviço de Radiologia. Se apontar para o número um, significa que você está totalmente em desacordo. Você pode usar qualquer um dos números do meio. Não há respostas certas ou erradas, tudo o que interessa é um número que me irá dizer para indicar a percepção que tem do serviço.

1	O serviço de Radiologia tem equipamentos atualizados	
2	As instalações do serviço de Radiologia são visualmente atrativas	
3	Os profissionais do serviço de Radiologia apresentam-se adequadamente vestidos e com uma aparência cuidada	
4	O aspeto das instalações do serviço de Radiologia é adequado ao tipo de serviço prestado	
5	O serviço de Radiologia cumpre com os prazos com os quais se compromete	
6	Quando o utente tem algum problema, no serviço de Radiologia demonstram-se simpáticos e prestáveis	
7	O serviço de Radiologia é de confiança	
8	O serviço de Radiologia presta os seus serviços dentro do tempo previsto	
9	O serviço de Radiologia mantém os registos dos utentes atualizados	
10	O serviço de Radiologia informa os seus utentes da hora certa da consulta ou exame	
11	O utente beneficia de apoio imediato por parte dos profissionais do serviço de Radiologia	
12	Os profissionais do serviço de radiologia estão sempre dispostos a ajudar os utentes	
13	Os profissionais do serviço de Radiologia estão disponíveis para responder de forma imediata aos pedidos dos	

	utentes	
14	Os profissionais do serviço de Radiologia são merecedores da sua confiança	
15	Os utentes sentem-se seguros na interação com os profissionais do serviço de Radiologia	
16	Os profissionais do serviço de Radiologia são educados	
17	Os profissionais recebem apoio do serviço de Radiologia para realizar o seu trabalho de forma adequada	
18	O serviço de Radiologia oferece atendimento personalizado	
19	Os profissionais do serviço de Radiologia sabem quais são as necessidades dos utentes	
20	Os profissionais do serviço de Radiologia sabem quais são as necessidades dos utentes	
21	O serviço de radiologia tem o interesse dos utentes em consideração	
22	O serviço de Radiologia tem um horário de funcionamento de conveniência para todos os utentes	

Discordo Fortemente

Concordo Fortemente



1

2

3

4

5

6

7