

MESTRADO
GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O que importa a quem importa – Qualidade em Serviços de Reabilitação

Amílcar José Garcia Cordeiro

M

2025



FACULDADE DE ECONOMIA



O que importa a quem importa – Qualidade em Serviços de Reabilitação

Amílcar José Garcia Cordeiro

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Prof. Doutora Raquel Filipa do Amaral Chambre de Meneses Soares Bastos Moutinho

Agradecimentos

A concretização desta dissertação só foi possível graças ao apoio, incentivo e dedicação de várias pessoas a quem desejo expressar a minha sincera gratidão.

Em primeiro lugar, à minha esposa, pelo amor, paciência e compreensão em todos os momentos deste percurso. O seu apoio constante, tanto nos dias mais desafiantes como nas pequenas conquistas, foi essencial para que eu conseguisse manter o foco e a motivação até ao fim.

À minha orientadora, pela orientação científica rigorosa, pela disponibilidade incansável e pela persistência em me guiar ao longo de todas as etapas deste trabalho. A sua experiência, exigência e dedicação foram fundamentais para a qualidade e a concretização desta investigação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo – colegas, professores, profissionais de saúde e participantes – deixo igualmente o meu profundo agradecimento.

Resumo

Introdução: A qualidade dos serviços de saúde é um conceito multidimensional que é essencial para garantir a satisfação dos utentes e a eficácia do tratamento. A divergência de perspetivas pode levar a discrepâncias na avaliação da qualidade, precisando ser entendida para melhorar os resultados clínicos e a satisfação do utente.

Objetivo: Identificar os principais fatores que influenciam a satisfação dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde de reabilitação e analisar em que medida esses aspetos são reconhecidos pelos profissionais, de forma a compreender convergências e discrepâncias entre ambas as perspetivas.

Metodologia: Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde para avaliar de uma maneira geral quais os fatores mais relevantes, em termos de satisfação nos serviços de saúde prestados, até ser atingida a saturação teórica. A análise destes dados foi feita segundo o pressuposto da análise temática. Posteriormente, foram realizados questionários de autopreenchimento com respostas fechadas, como instrumento de recolha de dados, baseados nos resultados da primeira fase, e em questionários já estruturados e de acordo com as escalas ECSI e SERVQUAL; a população em estudo corresponde aos profissionais e utentes que recorrem aos tratamentos de reabilitação de quatro clínicas de reabilitação.

Conclusões: O estudo revelou que segurança, experiência do acompanhamento e ambiente físico são os fatores mais valorizados pelos utentes de clínicas de reabilitação, enquanto responsabilidade e empatia refletem um equilíbrio entre competência técnica e atenção pessoal. Observou-se uma divergência entre as perceções de profissionais, que enfatizam empatia e qualidade técnica, e as dos utentes, que valorizam mais segurança e ambiente físico. Os resultados apontam para oportunidades práticas de melhoria, como o reforço da segurança, o investimento nas relações profissionais e a otimização das condições físicas. Estes achados fornecem uma base sólida para futuras pesquisas e orientam práticas clínicas centradas no paciente.

Palavras-chave: Qualidade, Reabilitação, ECSI, SERVQUAL

Abstract

Introduction: The quality of health services is a multidimensional concept that is essential to ensure health users satisfaction and treatment effectiveness. Divergent perspectives can lead to discrepancies in quality assessment, which need to be understood to improve clinical outcomes and health user's satisfaction.

Aim: To identify the main factors influencing patient satisfaction with the quality of rehabilitation healthcare services and to examine the extent to which these aspects are recognized by healthcare professionals, in order to understand convergences and discrepancies between both perspectives.

Methodology: Semi-structured interviews with health professionals were conducted to generally assess which factors are most relevant in terms of satisfaction with the health services provided. until theoretical saturation is reached. The analysis of these data was carried out according to the assumption of thematic analysis. Subsequently, self-completion questionnaires with closed answers were carried out as a data collection instrument, based on the results of the first phase, in already structured questionnaires and in accordance with the ECSI and SERVQUAL scales; The study population corresponds to professionals and health users who use rehabilitation treatments at four rehabilitation clinics.

Conclusions: The study revealed that safety, overall care experience, and the physical environment are the factors most valued by patients in rehabilitation clinics, while responsibility and empathy reflect a balance between technical competence and personal attention. A divergence was observed between the perceptions of professionals, who emphasize empathy and technical quality, and those of patients, who place greater importance on safety and the physical environment. The results highlight practical opportunities for improvement, such as strengthening safety, investing in professional-patient relationships, and optimizing physical conditions. These findings provide a solid foundation for future research and guide patient-centered clinical practices.

Keywords: Quality, Rehabilitation, ECSI, SERVQUAL

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice	iv
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vii
Lista de Acrónimos e Siglas.....	viii
1 Introdução	1
2 Revisão de literatura	7
2.1 Os vários intervenientes nos serviços de saúde	7
2.2 Qualidade de serviços de saúde	11
2.3 Satisfação com serviços de saúde	12
2.4 Modelos de avaliação de qualidade de saúde.....	13
3 Metodologia.....	16
3.1 Tipo de estudo	16
3.2 Questão de Investigação.....	17
3.3 Metodologia utilizada	17
3.4 População/amostra em estudo.....	18
3.5 Caraterização locais em estudo.....	20
3.6 Entrevista	21
3.7 Análise das Entrevistas	22
3.8 Questionário	23
3.9 Avaliação dos resultados através do PLS-SEM	24
3.10 Análise estatística através do SPSS.....	25
4 Resultados	26
4.1 Resultados de Entrevistas.....	26
4.2 Resultados dos Questionários.....	29
4.2.1 Validação dos modelos medida.....	30

4.2.2	Ranking dos fatores	32
4.3	Discussão	34
5	Conclusão.....	36
5.1	Visão Geral do Estudo	36
5.2	Resposta à Questão de Investigação.....	36
5.3	Implicações Teóricas	37
5.4	Implicações Práticas	37
5.5	Limitações e propostas para investigação futura	38
6	Bibliografia.....	39
7	Anexos.....	43
7.1	Anexo I.....	43
7.2	Anexo II	44

Índice de Figuras

Figura 1 - Performance Prism.....9

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Função e Anos de trabalho dos entrevistados.....	22
Tabela 2 - Questões utilizadas no questionário e a sua origem	23
Tabela 3 - Resultados de Entrevistas	26
Tabela 4 - Diferenças nas Dimensões de Qualidade	27
Tabela 5 - Distribuição da amostra por grupos etários.....	29
Tabela 6 - Validação dos Modelos de Medida.....	31
Tabela 7 - Análise do critério de Fornell-Larcker	31
Tabela 8 - Ranking dos Fatores	32
Tabela 9 - Testes t para amostras emparelhadas (todos os pares estudados)	33

Lista de Acrónimos e Siglas

CR – Confiabilidade Composta

ECSI – European Costumer Satisfaction Index

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HTMT – Heterotraço-monotraço

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

PLS-SEM – Modelação de Equações Estruturais por Mínimos Quadrados Parciais

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1 Introdução

A qualidade dos serviços de saúde constitui um conceito multidimensional, amplamente reconhecido como determinante para a satisfação dos utentes e para a eficácia clínica dos tratamentos. No contexto das clínicas de reabilitação, esta questão adquire uma relevância acrescida: mais do que tratar doenças, trata-se de restaurar capacidades funcionais e promover a qualidade de vida, metas que exigem um alinhamento constante entre as expectativas dos utentes e as práticas dos profissionais. A perceção da qualidade, neste cenário, não é apenas um indicador de satisfação imediata, mas um elemento central que pode influenciar a adesão ao tratamento, os resultados clínicos e, em última instância, a confiança na instituição de saúde.

A literatura em gestão da qualidade em saúde tem sublinhado a importância de compreender a experiência do utente como um construto essencial para a melhoria contínua dos serviços. Contudo, persiste a dúvida sobre até que ponto os profissionais reconhecem e integram os fatores que os utentes efetivamente mais valorizam ao longo do processo de reabilitação. A discrepância entre o que é priorizado pelos prestadores e o que é percecionado como relevante pelos pacientes pode gerar lacunas na qualidade percebida, afetando tanto os resultados clínicos como a sustentabilidade das próprias organizações de saúde.

Neste sentido, torna-se fundamental investigar de forma sistemática quais os atributos mais valorizados pelos utentes durante os programas de reabilitação e avaliar em que medida esses atributos são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Tal conhecimento assume particular importância para a gestão em saúde, uma vez que possibilita alinhar políticas organizacionais, estratégias de formação e investimentos em infraestruturas com aquilo que realmente importa para os pacientes. Ao mesmo tempo, oferece uma base sólida para a formulação de modelos de qualidade mais próximos da realidade vivida nos serviços, contribuindo não apenas para a satisfação dos utentes, mas também para a eficiência, reputação e sustentabilidade das clínicas de reabilitação.

A comparação entre a qualidade percebida por utentes e profissionais oferece uma visão valiosa sobre a experiência dos cuidados prestados, permitindo uma compreensão mais rica das necessidades, expectativas e capacidades de ambos os grupos, reconhecendo que as suas

perspetivas podem complementar-se, mas também apresentar divergências ou sobreposições (Russell et al., 2015).

Do ponto de vista do utente, esta perceção centra-se, em grande parte, (i) nas necessidades clínicas, isto é, o tratamento ser eficaz e acessível para o problema de saúde, prevenção e promoção de saúde; (ii) preferências e valores pessoais, com escolhas informadas sobre tratamentos, baseadas em crenças, cultura e estilo de vida, bem como respeito pelas prioridades individuais; condições de vida, influência de fatores socioeconómicos, como acesso a transporte, trabalho e alimentação; (iii) envolvimento e participação no processo de decisão sobre a sua saúde; e (iv) experiência emocional, mais concretamente o desejo de ser ouvido, compreendido e tratado com dignidade, e ainda na segurança e confiança no cuidado recebido, empatia dos profissionais, acessibilidade aos serviços e eficácia das intervenções (Biz et al., 2024; Queiroz & Araujo, 2009). O utente tende a valorizar aspetos emocionais e relacionais do atendimento, como a atenção individualizada e a comunicação com profissionais. A comunicação eficaz não só melhora a satisfação do utente, como também pode impactar positivamente os resultados clínicos, uma vez que os utentes bem informados tendem a seguir de forma mais rigorosa os planos de tratamento (Ratna, 2019). A construção de uma relação de confiança e diálogo aberto é fundamental para que os utentes se sintam valorizados e ouvidos (Cott, 2004).

Por outro lado, para os profissionais de saúde, que estão diretamente envolvidos na prestação de cuidados, existem várias dimensões em destaque, sendo elas, (i) as competências técnicas, nomeadamente, aptidão médica/terapêutica, realização de um diagnóstico adequado, execução de tratamentos de forma correta e em conformidade com as diretrizes e uso de tecnologias adequadas (Russell et al., 2015), implicando possuir um conhecimento atualizado e ter formação contínua; (ii) outro domínio é a empatia e habilidades interpessoais, como abordagens humanizadas, capacidade de compreender e responder às necessidades emocionais dos utentes, e utilização de uma comunicação clara, respeitosa e inclusiva; (iii) uma outra dimensão é o bem-estar pessoal, isto é, saúde mental e física, equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, e boa gestão do stress. Também importa referir (iv) a ética profissional, nomeadamente, confidencialidade, respeito pela autonomia do utente e imparcialidade; e por fim (v) a capacidade de adaptação, com flexibilidade para lidar com a diversidade cultural, novas condições médicas e mudanças no sistema de saúde (Biz et al., 2024; Queiroz & Araujo, 2009).

Como se pode constatar há pontos comuns, pontos valorizados quer pelos utentes, quer pelos profissionais de saúde. Contudo, parecem existir também potenciais divergências, nomeadamente, (i) os referentes ao tempo e à eficiência, já que os profissionais enfrentam pressão por produtividade e podem ter tempo limitado para consultas/tratamentos, por outro lado os utentes podem sentir-se negligenciados ou com as suas preocupações subestimadas; (ii) os referentes às prioridades, já que os profissionais focam-se no que consideram clinicamente mais relevante, enquanto que os utentes podem priorizar sintomas que afetam mais o seu conforto ou a vida diária; (iii) e os referentes à autonomia e ao paternalismo, isto é, os profissionais por vezes tomam decisões para proteger a saúde do utente, já os utentes podem interpretar isso como uma limitação à sua autonomia (Biz et al., 2024; Queiroz & Araujo, 2009). A divergência de perspetivas pode levar a discrepâncias na avaliação da qualidade, que precisa ser entendida para melhorar os resultados clínicos e a satisfação do utente. A compreensão das diferenças na perceção da qualidade entre utentes e profissionais é vital para o desenvolvimento de práticas que melhorem o atendimento em clínicas de reabilitação. Esta preocupação pode levar a um cuidado mais centrado no utente, com impacto positivo nos resultados de saúde e na satisfação geral dos envolvidos (Hills & Kitchen, 2007). Adotar uma visão multidimensional permite uma melhor personalização dos cuidados, sendo essencial reconhecer que há diferenças entre os utentes e oferecer abordagens ajustadas às suas necessidades; promoção de ambientes de trabalho saudáveis de forma a reduzir o burnout dos profissionais para garantir um cuidado mais eficiente; e integrar o feedback de utentes e profissionais para melhorar processos e políticas (Moudatsou et al., 2020).

Esta temática ganha mais força, devido à evolução dos conceitos de doente, utente e cidadão no âmbito dos cuidados de saúde, que reflete mudanças nas práticas médicas, nas políticas públicas e na compreensão mais ampla da saúde como direito humano e aspeto integral da vida social. Essas transformações acompanham a transição entre um modelo centrado na doença para abordagens holísticas, baseadas na cidadania. O termo "doente" tem origem numa visão centrada no modelo biomédico, predominante até meados do século XX, em que o foco estava exclusivamente na patologia (Barros, 2002). O indivíduo era definido pela condição clínica, com pouca ou nenhuma consideração pelas suas dimensões psicológicas ou sociais (Biz et al., 2024; Mitre et al., 2013).

Com a adoção do modelo biopsicossocial (Engel, 1981) começou-se a reconhecer que a saúde é influenciada por fatores sociais, psicológicos e culturais, além dos biológicos. Essa mudança ampliou a visão sobre o "doente" como um ser humano completo, que interage com diferentes sistemas e contextos. Hoje, o termo é usado com mais cuidado, muitas vezes substituído por expressões que enfatizam o indivíduo, como "pessoa em situação de doença", para evitar a desumanização e estigmatização.

O termo "utente" ganhou força especialmente no contexto dos sistemas públicos de saúde, como em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este termo reflete uma abordagem mais funcional, identificando os indivíduos como usuários de serviços de saúde, independentemente de estarem em situação de doença. Inicialmente focado no acesso aos serviços, o termo passou a incorporar dimensões mais ativas, reconhecendo o papel dos utentes como participantes no planeamento e avaliação dos cuidados recebidos (Law et al., 1995). Atualmente, "utente" implica um papel mais ativo no sistema de saúde, ressaltando direitos, autonomia e corresponsabilidade, mas ainda enfrenta críticas por ser uma denominação impessoal (Silva et al., 2013).

Historicamente, o termo "cidadão" referia-se a indivíduos com direitos e deveres dentro de um estado ou sociedade. No contexto da saúde, ele surgiu nas décadas de oitenta e de noventa, com o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados no princípio da equidade, como, por exemplo, o SNS em Portugal. Com a Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) e a ampliação dos direitos sociais, o conceito de "cidadão" na saúde passou a englobar não apenas acesso aos serviços, mas também a participação ativa na formulação de políticas públicas e na promoção da saúde coletiva. Desta forma, entende-se que a qualidade dos serviços não pode estar apenas ligada à evolução da doença, tendo que ter uma abordagem mais abrangente, nomeadamente, incluindo dimensões biopsicossociais.

Além disso, a literatura sugere que a qualidade percebida não é estática, mas pode mudar ao longo do tempo, especialmente em contextos como a reabilitação (Bititci et al., 2000), em que os utentes experimentam progressos ou retrocessos na sua condição. Vários estudos enfatizam a importância de medir a qualidade de forma contínua, considerando a evolução das expectativas e experiências dos utentes (Grol, 1997; Grol & Wensing, 2004). Embora já existam vários questionários de avaliação da satisfação dos utentes de serviços de saúde (por exemplo, o Europep) (Roque et al., 2016; Santarém, 2023), são praticamente inexistentes os especificamente desenhados para os serviços de reabilitação física (Ocidental, 2023).

Deste modo, o presente trabalho propõe-se, a partir da utilização de questionários previamente desenvolvidos e validados, bem como da integração das perspectivas dos diferentes intervenientes no processo de reabilitação, identificar de forma clara e fundamentada os fatores que os utentes mais valorizam relativamente à qualidade dos serviços prestados. Paralelamente, pretende-se averiguar em que medida os profissionais de saúde reconhecem e partilham essa perceção, de modo a compreender eventuais convergências ou discrepâncias entre a experiência reportada pelos utentes e a visão dos profissionais envolvidos no cuidado.

Num primeiro momento, procedeu-se à inquirição dos profissionais de saúde, com o objetivo de compreender, a partir da sua perspectiva, quais os aspetos considerados mais relevantes pelos utentes ao longo do processo de reabilitação. Esta etapa permitiu identificar dimensões de valor frequentemente observadas na prática clínica, mas que, por vezes, não se encontram contempladas nos instrumentos de avaliação já existentes.

Numa segunda fase, com base em questionários previamente validados e integrando os novos aspetos reportados pelos profissionais criou-se um instrumento para coleta de dados adaptado e mais abrangente. Este questionário foi aplicado a utentes de diferentes clínicas de reabilitação, de modo a recolher uma amostra diversificada e representativa.

Por fim, os dados recolhidos foram analisados de forma sistemática, com vista a identificar e hierarquizar os fatores que os próprios utentes reconhecem como mais significativos na sua experiência de reabilitação, permitindo, assim, aprofundar o conhecimento sobre as suas expectativas, necessidades e prioridades.

A presente investigação organiza-se em diferentes capítulos, que seguem uma lógica sequencial e cumulativa, permitindo a construção de uma narrativa científica coerente, desde a fundamentação teórica até à análise crítica dos resultados obtidos. Inicia-se com a Revisão de Literatura, onde se estabelecem os alicerces conceptuais e teóricos do estudo, apresentando uma análise crítica e integrada da literatura existente, explora-se o papel dos diferentes atores no sistema de saúde – utentes, profissionais de saúde, gestores e decisores políticos – destacando a interação entre estes e as dinâmicas de corresponsabilidade no processo de prestação de cuidados, discute-se a evolução do conceito de qualidade em saúde, analisando as suas múltiplas dimensões (eficácia, eficiência, acessibilidade, segurança, humanização, entre outras), aborda-se a satisfação do utente enquanto indicador central de qualidade, destacando fatores determinantes, metodologias de avaliação e implicações para a melhoria contínua dos serviços e

são apresentados e comparados diferentes modelos e referenciais de avaliação da qualidade, com destaque para instrumentos internacionais e nacionais, bem como as suas aplicações práticas no contexto da saúde. Continua com a Metodologia, onde são descritos os procedimentos metodológicos adotados, fundamentando a escolha das estratégias de investigação e clarificando a abordagem científica seguida; apresenta-se a natureza do estudo, justificando a sua adequação face aos objetivos da investigação; expõe-se a fase exploratória de recolha de dados junto de profissionais de saúde, destacando os contributos destes para a identificação de fatores valorizados pelos utentes; e descreve-se o processo de elaboração do instrumento de recolha de dados, com a construção do questionário, assente em questionários previamente validados e enriquecidos com os aspetos emergentes das entrevistas. Segue-se com os Resultados, onde são apresentados, de forma organizada e sistemática, os resultados obtidos através da aplicação dos questionários aos utentes de diferentes clínicas de reabilitação. Os dados são expostos com recurso a tabelas e análises estatísticas, garantindo rigor e clareza na comunicação dos achados sendo feita uma interpretação crítica dos resultados, à luz da literatura previamente analisada. Estabelecem-se pontos de convergência e divergência entre as perceções dos utentes e dos profissionais de saúde, refletindo-se sobre as implicações para a prática clínica, a gestão da qualidade e o desenvolvimento de políticas de saúde centradas no utente. No capítulo final, na Conclusão, sintetizam-se os principais contributos da investigação, destacando-se os fatores mais valorizados na satisfação dos utentes e a perceção dos profissionais relativamente a esses aspetos. São igualmente discutidas as limitações do estudo e apresentadas recomendações para futuras investigações, bem como sugestões de aplicação prática dos resultados para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

2 Revisão de literatura

2.1 Os vários intervenientes nos serviços de saúde

Os diferentes intervenientes nos serviços de saúde incluem profissionais de saúde, gestores de saúde, utentes, familiares, governos e reguladores, além de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e outros representantes da sociedade civil e a comunidade em geral. Cada um desses grupos tem as suas próprias responsabilidades e influências na qualidade do atendimento, podendo contribuir para a eficácia do sistema de saúde como um todo.

O papel dos diferentes intervenientes nos serviços de saúde envolve uma coordenação complexa entre profissionais, gestores, utentes e entidades reguladoras para promover uma assistência de qualidade e eficiente.

Profissionais de Saúde, como médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais de saúde atuam na linha de frente da prestação de cuidados diretos aos utentes. Os médicos são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das doenças, enquanto os enfermeiros auxiliam na execução de planos de tratamento, monitorização de sintomas e educação do utente. Profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, por sua vez, trabalham para reabilitar e recuperar funções dos utentes, adaptando os cuidados de acordo com necessidades específicas (Guerra et al., 2022).

A gestão hospitalar e administrativa, a cargo de gestores e administradores de saúde, abrange a organização de recursos humanos, materiais e financeiros. Gestores de saúde coordenam as operações de unidades, analisam indicadores de desempenho e otimizam os fluxos de trabalho para melhorar a eficiência e a experiência dos utentes. Além disso, desempenham um papel crucial na implementação de políticas de saúde e no desenvolvimento de estratégias que visam a redução de custos sem comprometer a qualidade (instalações e serviços prestados por profissionais) (Milan & Trez, 2005). Estão focados na eficiência dos serviços e na sustentabilidade financeira, enquanto entidades reguladoras exigem o cumprimento de normas e padrões (Neely, 2002). Esta categoria inclui desde diretores hospitalares até gestores de áreas específicas, como recursos humanos e finanças, focados em garantir a sustentabilidade e o bom funcionamento das instituições de saúde.

As agências reguladoras e os governos são responsáveis pela definição e fiscalização de políticas de saúde. Em Portugal, por exemplo, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) regulamenta medicamentos e práticas de saúde, enquanto o Ministério da Saúde define diretrizes nacionais e fornece financiamento aos municípios. Essas entidades garantem a qualidade e segurança dos serviços, estabelecendo normas e padrões éticos e promovendo o acesso universal ao sistema (ERS, 2024).

Organizações sem fins lucrativos e associações de utentes desempenham um papel complementar, promovendo campanhas de consciencialização, fornecendo apoio emocional e psicológico, e, em alguns casos, auxiliando no financiamento de tratamentos e medicamentos. Essas organizações são fundamentais para alcançar populações vulneráveis e apoiar iniciativas de saúde pública, especialmente em áreas de difícil acesso (Bryson, 1988).

Os utentes são o foco principal do sistema de saúde e, recentemente, o papel ativo do utente no processo de cuidado tem sido cada vez mais valorizado. Estes esperam cuidados de qualidade e humanizado. O conceito de "utente-participativo" enfatiza o envolvimento do utente na tomada de decisões sobre o próprio tratamento, aumentando a adesão às terapias prescritas e originando melhores resultados de saúde (Taddeo et al., 2012). Familiares e cuidadores também são participantes essenciais, especialmente em casos de menores ou idosos, ao auxiliar nos cuidados diários e colaborar com a equipa de saúde na troca de informações.

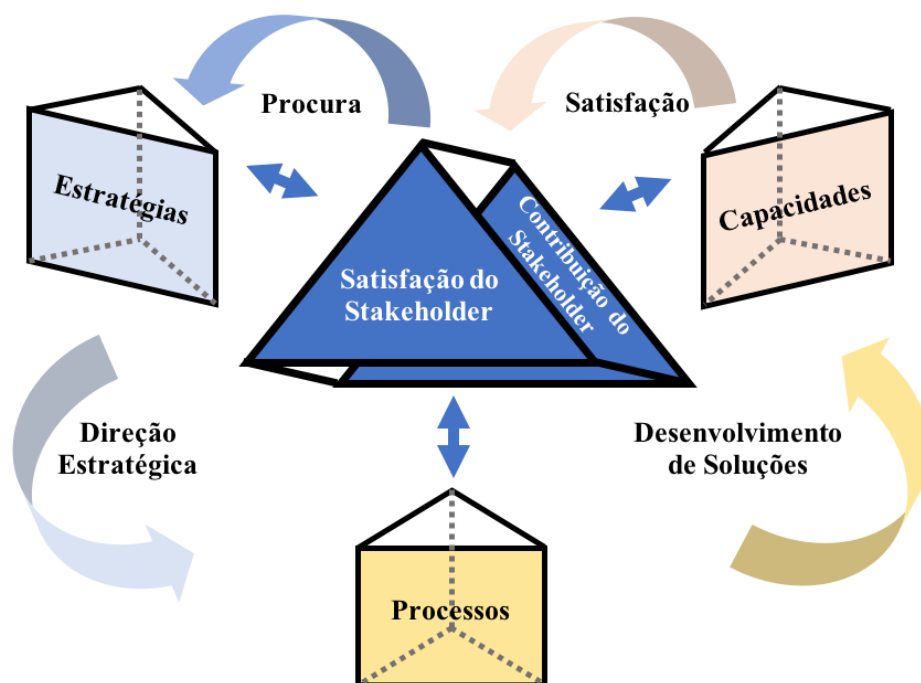
Em suma, o setor da saúde é muito complexo, resultando numa rede com vários nós e pontos de contactos, com fortes interdependências, mas com formações, expectativas e experiências muito diferentes. Assim sendo, é importante realçar, que o conceito de qualidade nos serviços de saúde varia conforme o ponto de vista do interveniente. Para os utentes, qualidade pode ser entendida, por exemplo, como um alívio dos sintomas da doença, empatia com o profissional de saúde, acessibilidade e a satisfação das necessidades físicas e psicológicas (Mosadeghrad, 2012). Por outro lado, para os profissionais de saúde, a qualidade visa o atendimento de uma forma competente, segura e eficaz com o intuito de contribuir para o bem-estar do utente (Mosadeghrad, 2012). Os gestores focam outros elementos, nomeadamente aspetos de eficiência, rentabilização de investimentos e a obtenção dos resultados desejados (Mosadeghrad, 2012; Thusini et al., 2023).

Apesar das diferentes definições de qualidade, os participantes constroem um ecossistema que visa responder às necessidades de saúde da população de forma eficaz, humanizada e sustentável.

A interação coordenada entre esses intervenientes é essencial para melhorar a qualidade dos serviços, a satisfação dos utentes e a gestão de recursos no sistema de saúde e o seu desempenho é medido pela capacidade do sistema de saúde de equilibrar essas diferentes expectativas de forma integrada (Mead & Bower, 2000).

O Performance Prism (Figura 1), quando aplicado aos serviços de saúde, permite avaliar a eficácia dos serviços sob cinco perspetivas principais: stakeholders, estratégias, processos, capacidades e contribuições. Essa visão holística é especialmente relevante para o setor de saúde, no qual a coordenação entre profissionais, gestores, utentes, e outros stakeholders é fundamental para a qualidade dos serviços prestados.

Figura 1 - Performance Prism



A implementação de estratégias é essencial para atender às necessidades dos stakeholders no setor de saúde. Essas estratégias incluem a ampliação do acesso a serviços, a otimização de recursos, a inovação em tecnologias médicas e o treino de equipas multidisciplinares (Bititci et al., 2000). Por exemplo, a estratégia de atendimento centrado no utente, que visa melhorar a

satisfação do utente e os resultados de saúde, exige uma abordagem colaborativa entre diferentes profissionais e áreas de apoio, alinhada com políticas de qualidade e segurança.

Os processos de saúde incluem atividades clínicas, administrativas e operacionais, desde o atendimento do utente até à gestão financeira e à análise de dados de saúde. O Balanced Scorecard inclui quatro áreas principais: conhecimento e crescimento (competências dos funcionários, motivação, horas de trabalho, etc.), processos operacionais internos (empresa), aspetos económicos e perspetiva do cliente (Kaplan & Norton, 1992), podendo ser aplicado na saúde, com medição de todas as atividades de saúde e procedimentos intermediários que ocorrem a partir do primeiro contacto médico até o final do atendimento. Esses processos são fundamentais para garantir a eficiência e a qualidade dos serviços, sendo necessário uma monitorização contínua e melhorias frequentes para se adaptarem à procura de saúde em constante mudança (Bititci et al., 2000).

Para que os processos funcionem de forma eficaz, o sistema de saúde precisa de uma infraestrutura adequada e de profissionais capacitados. As capacidades incluem habilitações clínicas, conhecimento técnico, acesso a tecnologias de saúde, e uma cultura organizacional de aprendizagem contínua. As capacidades de comunicação e empatia também são cruciais, principalmente para médicos, enfermeiros e terapeutas, pois afetam diretamente a experiência do utente e a adesão ao tratamento (Bourne et al., 2003). Investir no desenvolvimento dessas capacidades é essencial para que o sistema de saúde seja resiliente e preparado para responder a novos desafios.

Cada interveniente contribui de maneira específica para o sucesso do sistema de saúde. Os profissionais de saúde contribuem com a sua experiência e cuidado direto com os utentes, enquanto os gestores são responsáveis pela alocação eficaz de recursos e pela implementação de estratégias que otimizem o funcionamento das unidades de saúde. Utentes e familiares também têm um papel importante, fornecendo feedback sobre a qualidade do atendimento, participando ativamente dos processos de decisão nos seus próprios cuidados. A contribuição das agências reguladoras e das ONGs é igualmente essencial para assegurar que as práticas e serviços sigam padrões éticos e legais, promovendo o acesso universal e a equidade (Neely, 2002).

2.2 Qualidade de serviços de saúde

A qualidade dos serviços de saúde é um conceito multifacetado que abrange diferentes dimensões, como eficácia, segurança, acessibilidade e satisfação do utente. Garantir a qualidade nesses serviços é essencial não apenas para promover a saúde e o bem-estar da população, mas também para aumentar a confiança nas instituições de saúde.

A eficácia refere-se à capacidade dos serviços de saúde de produzir resultados desejáveis. Isso implica que os tratamentos e intervenções devem ser baseados em evidências científicas, proporcionando benefícios reais para os utentes. A eficácia é uma das principais dimensões da qualidade e deve ser constantemente avaliada por meio de indicadores de desempenho, como taxas de recuperação e controlo de doenças (Donabedian, 1988).

A segurança é outro componente crítico da qualidade. Envolve a minimização de riscos e a prevenção de eventos adversos durante o atendimento. Estima-se que milhões de utentes são afetados anualmente por erros médicos e infeções hospitalares, o que destaca a importância de protocolos de segurança rigorosos. A implementação de sistemas de gestão de segurança do utente, como os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é fundamental para mitigar esses riscos e assegurar um ambiente seguro para os usuários (WHO, 2009).

A acessibilidade é uma dimensão que se refere à facilidade com que os utentes podem obter os serviços de saúde de que necessitam. Inclui fatores como localização geográfica, disponibilidade de serviços e tempo de espera para consultas. Um sistema de saúde de qualidade deve ser capaz de atender a todos os segmentos da população, independentemente de fatores socioeconómicos ou demográficos. A falta de acesso a serviços de saúde pode resultar em desigualdades significativas na saúde da população (Johar et al., 2018).

Além das dimensões mencionadas, a experiência do utente também é um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde. A satisfação do utente é influenciada por diversos fatores, incluindo a comunicação com os profissionais de saúde, o ambiente físico e a perceção do controlo sobre o próprio tratamento. Uma comunicação eficaz entre profissionais e utentes, caracterizada por empatia e clareza, é essencial para uma experiência positiva (Moudatsou et al., 2020; Ratna, 2019).

Outra perspetiva importante sobre a qualidade é o conceito do cuidado centrado no utente, que enfatiza a importância de considerar as preferências e as necessidades dos utentes na prestação

de serviços de saúde. Essa abordagem não só melhora a satisfação do utente, como também pode levar a melhores resultados clínicos. A integração da voz do utente na tomada de decisões e a personalização do atendimento são práticas que têm demonstrado aumentar a qualidade dos serviços de saúde (Coulter & Ellins, 2007).

A avaliação da qualidade é um componente essencial para garantir a melhoria contínua dos serviços. Métodos como auditorias clínicas, avaliações de satisfação do utente e análise de indicadores de desempenho são exemplos de ferramentas úteis para identificar áreas que precisam de melhoria (Batalden & Davidoff, 2007). Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde é fundamental para manter padrões elevados de qualidade e segurança.

Em resumo, a qualidade dos serviços de saúde é um conceito complexo que envolve múltiplas dimensões e requer um esforço contínuo de todos os intervenientes do sistema. A procura pela qualidade deve ser um compromisso constante, visando não apenas a eficiência, mas também a equidade e a satisfação dos utentes.

2.3 Satisfação com serviços de saúde

A satisfação dos utentes com os serviços de saúde é um tema crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Essa satisfação é influenciada por uma variedade de fatores, que podem ser agrupados em dimensões relacionadas com o atendimento, com o ambiente e com a interação entre profissionais e utentes.

Um dos principais fatores que impactam a satisfação dos utentes é a qualidade do atendimento. Isso envolve tanto a competência técnica dos profissionais de saúde, quanto a capacidade de comunicação e empatia durante as consultas. Uteses que percebem os profissionais como competentes e atenciosos tendem a relatar maiores níveis de satisfação (Nordin et al., 2021). A comunicação clara e eficaz é essencial; quando os utentes entendem as informações sobre o seu tratamento, a sua confiança e satisfação aumentam significativamente (Moudatsou et al., 2020). Outro aspeto relevante é o acesso aos serviços de saúde. O tempo de espera para consultas e tratamentos, a disponibilidade de serviços e a facilidade de agendamento são fatores críticos que influenciam a experiência do utente. Um acesso rápido e eficiente não só melhora a satisfação, mas também pode ter um impacto positivo nos resultados de saúde (LaVela & Gallan, 2014).

Quando os utentes enfrentam longos tempos de espera ou dificuldades para marcar consultas, a sua satisfação diminui, mesmo que a qualidade do atendimento seja alta (Anderson et al., 2007). O ambiente físico onde os serviços são prestados também desempenha um papel significativo na satisfação do utente. Ambientes limpos, confortáveis e bem organizados contribuem para uma experiência positiva. Fatores como privacidade, segurança e disponibilidade de recursos adequados (como áreas de espera confortáveis e acesso a casas de banho) são fundamentais. A qualidade do ambiente físico foi identificada como um determinante chave da satisfação (Nordin et al., 2021).

A experiência prévia do utente com os serviços de saúde pode moldar a sua perceção e satisfação. Utentes que já tiveram experiências positivas anteriores são mais propensos a sentirem-se satisfeitos com os novos atendimentos na mesma instituição. A continuidade do atendimento, onde os utentes podem ser atendidos pelos mesmos profissionais ao longo do tempo, também é um fator positivo (Haggerty et al., 2003). Isso contribui para a construção de relações de confiança, o que, por sua vez, melhora a satisfação.

A perceção de controlo e participação do utente no processo de cuidados é outro aspeto importante. Quando os utentes sentem que têm um papel na tomada de decisões relacionadas com a sua saúde, a sua satisfação tende a aumentar. Modelos de cuidados centrados no utente, que incentivam a sua participação ativa nas decisões de tratamento, têm-se mostrado eficazes na promoção da satisfação (Coulter & Ellins, 2007).

Por fim, a cultura organizacional e a postura das instituições de saúde em relação à satisfação do utente são determinantes. Organizações que valorizam a experiência do utente e implementam medidas para ouvir e atender às suas necessidades geralmente apresentam níveis mais altos de satisfação. A formação contínua da equipa em comunicação e empatia, bem como a implementação de feedbacks sistemáticos dos utentes, são práticas recomendadas para melhorar a experiência (Moudatsou et al., 2020).

2.4 Modelos de avaliação de qualidade de saúde

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é essencial para garantir que os cuidados prestados atendam às expectativas e necessidades dos utentes. Vários modelos foram

desenvolvidos ao longo dos anos para medir e aprimorar a qualidade desses serviços, cada um abordando diferentes dimensões e focos.

Um dos modelos mais influentes é o modelo de Donabedian (Donabedian, 1988), que se baseia em três componentes principais: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às características do sistema de saúde, como a infraestrutura física, os recursos humanos e as políticas de saúde. O processo diz respeito à forma como os cuidados são prestados, incluindo as interações entre profissionais de saúde e utentes. Por fim, os resultados são as consequências do atendimento, como a saúde do utente, a satisfação e a qualidade de vida. Este modelo é amplamente utilizado pela sua simplicidade e eficácia em fornecer uma visão holística da qualidade.

Outro modelo importante é o modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988). Este modelo foca a percepção do cliente sobre a qualidade do serviço, tendo em conta cinco dimensões: tangibilidade (aparência das instalações, equipamentos e pessoal), confiabilidade (capacidade de cumprir promessas e fornecer serviços de forma precisa), responsividade (prontidão e disposição dos funcionários para ajudar os clientes e fornecer serviços), segurança (competência e cortesia dos funcionários, bem como a capacidade de transmitir confiança) e empatia (cuidado individualizado e a atenção aos clientes). Através de questionários, os utentes podem avaliar as suas expectativas em relação a cada uma dessas dimensões e a percepção sobre o serviço recebido. O SERVQUAL é particularmente útil para identificar lacunas entre as expectativas e a realidade, permitindo que as organizações ajustem as práticas para melhorar a satisfação do utente e a eficiência do serviço (Carman, 1990).

O European Customer Satisfaction Index (ECSI) é um modelo que avalia a satisfação dos utentes em diversos setores, incluindo a saúde. O ECSI combina elementos de modelos de satisfação do cliente e qualidade do serviço, permitindo uma análise abrangente. Este modelo é fundamentado em três componentes principais: qualidade do serviço (avaliação da qualidade percebida, que impacta diretamente na satisfação do cliente), satisfação (medida da satisfação geral do cliente em relação ao serviço recebido), lealdade (indica a probabilidade de o cliente retornar e recomendar o serviço a outros). O ECSI utiliza dados recolhidos através de pesquisas, permitindo que as instituições de saúde compreendam melhor a relação entre a qualidade do atendimento, a satisfação do utente e a lealdade, possibilitando ações direcionadas para melhorias (Fornell et al., 1996).

O modelo de Cuidados Centrados no Utente é outro possível modelo a ser utilizado para gestão da qualidade (Coulter & Ellins, 2007). Este modelo enfatiza a importância de colocar o utente no centro do processo de cuidado, considerando as suas preferências, necessidades e valores. O modelo propõe que a participação ativa dos utentes nas decisões sobre o tratamento pode melhorar a qualidade do cuidado e os resultados de saúde. Avaliações de qualidade nesse contexto frequentemente incluem feedback dos utentes e medidas de experiência do usuário.

O modelo de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) concentra-se na gestão e na implementação de práticas que promovam a melhoria constante nos serviços de saúde. Este modelo é fundamentado no ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), que incentiva a identificação de áreas de melhoria, a implementação de mudanças e a avaliação dos resultados (Batalden & Davidoff, 2007). A abordagem MCQ promove uma cultura de qualidade, envolvendo todos os membros da equipa de saúde no processo de aprimoramento.

Em resumo, a avaliação da qualidade nos serviços de saúde pode ser realizada através de diferentes modelos, cada um oferecendo uma perspetiva única sobre como medir e melhorar a qualidade do atendimento. A escolha do modelo mais adequado dependerá das características do sistema de saúde, dos objetivos da avaliação e das necessidades dos utentes.

A satisfação dos utentes constitui um tema amplamente explorado na literatura científica, com inúmeros estudos dedicados a compreender os fatores que influenciam a perceção de qualidade dos serviços de saúde. Contudo, apesar da abundância de investigação, verifica-se uma lacuna significativa no que concerne à identificação dos aspetos que os utentes valorizam especificamente em programas de reabilitação e de qual a importância relativa de cada um dos fatores. Nas várias abordagens de avaliação da satisfação há uma tendência geral para tratar todos os aspetos como igualmente importantes. Adicionalmente, pouco se sabe acerca do grau em que os profissionais de saúde reconhecem e alinham as suas práticas com as expectativas dos utentes. É precisamente nesta interseção — entre as preferências relativas percebidas pelos utentes e a perceção dos profissionais sobre essas mesmas prioridades — que se insere o presente estudo, destacando-se pela análise simultânea de ambos os pontos de vista e pela tentativa de compreender de forma integrada os determinantes da satisfação no contexto da reabilitação.

3 Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Na elaboração de um trabalho de investigação podem ser utilizadas inúmeras metodologias. Os estudos podem ser classificados de acordo com o modo de abordagem, quando ao objetivo geral e tendo em conta os procedimentos técnicos (Vilelas, 2009).

O modo de abordagem, define como é que o investigador vê e estrutura a questão em análise. Esta pode ser dividida em estudo qualitativo, quantitativo ou misto.

Os estudos qualitativos, exploram fenómenos de modo profundo e interpretativo, sem quantificar os dados. Podem ser realizadas entrevistas, observação de participantes ou análise de conteúdos para a sua execução. São utilizados quando as investigações procuram compreender significados, contextos e perceções subjetivas (Creswell & Creswell, 2017; Lawrence, 2014).

O modelo quantitativo, foca-se em dados mensuráveis, utilizando métodos estatísticos para análise. Podem ser realizados questionários estruturados, experiências, análises de bases de dados para a sua concretização. Estes estudos testam hipóteses ou medem relações entre variáveis (Creswell & Creswell, 2017; Lawrence, 2014).

O último modelo, o misto, combina abordagens qualitativas e quantitativas para fornecer uma visão mais abrangente. Utiliza a recolha e análise de dados qualitativos e quantitativos. É utilizado em trabalhos que procuram tanto aprofundar significados quanto medir variáveis relacionadas (Creswell & Creswell, 2017; Lawrence, 2014).

Quanto ao objetivo geral, os estudos podem ser (i) exploratórios, visando explorar um tema pouco estudado, identificando aspetos principais e formulação de hipóteses, sendo realizados através de revisão de literatura, entrevistas abertas, observação exploratória; (ii) descritivos, com enfoque na descrição de fenómenos, características ou comportamentos, como por exemplo em estudos de caso, levantamento por questionários; ou (iii) correlacionais, tentando perceber relações de causa e efeito entre variáveis, como realizado em experiências ou análises estatísticas (Creswell & Creswell, 2017).

Quanto aos procedimentos técnicos, nem todos os tipos de estudo podem ser classificados neste aspeto, no entanto existem, estudos bibliográficos, estudos experimentais, inquéritos, estudos transversais, estudos históricos e estudos etnográficos (Creswell & Creswell, 2017).

A escolha da metodologia deve ser cuidadosamente alinhada ao problema de investigação, aos objetivos definidos e ao tipo de dados disponíveis. Cada abordagem e procedimento técnico oferece vantagens específicas que, combinadas, podem enriquecer a pesquisa e fornecer uma visão abrangente e robusta sobre o tema investigado.

O presente trabalho consiste num estudo de natureza sequencial mista, exploratório, realizado em duas etapas. A primeira, qualitativa, baseada na realização de entrevistas semiestruturadas junto de profissionais de saúde, com o objetivo de aprofundar a compreensão das suas perceções, experiências e interpretações relativamente às práticas desenvolvidas no contexto do programa de reabilitação. A segunda, de carácter quantitativo, consistiu na elaboração e aplicação de um questionário (ver Anexo II), estruturado em três secções principais: dados sociodemográficos, considerações gerais relativas aos tratamentos, e aspetos a investigar quanto à relevância atribuída pelos utentes durante a sua participação no programa de reabilitação. O instrumento incluiu ainda duas questões de resposta aberta, permitindo que os participantes expressassem as suas opiniões de forma livre, não condicionada por alternativas previamente definidas.

3.2 Questão de Investigação

O presente estudo apresenta como questão de investigação principal: “Quais os fatores que os utentes mais valorizam relativamente à qualidade dos serviços prestados num programa de reabilitação?” Paralelamente, apresenta como questão de investigação secundária: “Os profissionais de saúde reconhecem os aspetos que os utentes consideram mais importantes para a qualidade dos cuidados de reabilitação?”

3.3 Metodologia utilizada

Tendo em consideração o que foi descrito anteriormente sobre os tipos de estudo, optou-se por classificar o estudo quanto ao modo de abordagem, do tipo misto, e ao objetivo geral, do tipo exploratório.

Tendo por base o tipo de estudo, e os objetivos propostos, considerou-se adequada a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde para avaliar de uma maneira geral quais

os fatores mais relevantes para os utentes, do ponto de vista dos profissionais de saúde, em termos de satisfação nos serviços na área dos serviços de saúde até ser atingida a saturação teórica, e, posteriormente construídos questionários de autopreenchimento com respostas fechadas, como instrumento de recolha de dados, baseados no resultado da etapa anterior e em questionários já estruturados e de acordo com as escalas ECSI e SERVQUAL (descrito em pormenor no subcapítulo “Questionário”). O questionário é um instrumento de recolha de dados, utilizado pelos investigadores, sendo necessário que os inquiridos respondam a um conjunto de questões (Lawrence, 2014). Aquando da elaboração do questionário, o investigador deve estar ciente dos objetivos do estudo, abordando nele os assuntos a que pretender dar resposta.

O preenchimento do questionário foi voluntário, consentido e anónimo, não sendo solicitados dados que permitam a identificação inequívoca dos respondentes nem dos seus dados institucionais, mas apenas as suas opiniões acerca do tema.

O estudo foi realizado mediante autorização da administração das Clínicas: Clínica Dr Pinto Leite – Bonfim, Clínica Dr Pinto Leite – Radelfe, Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim e Esferasaúde Clínica Fisiátrica da Maia. A aplicação do questionário decorreu entre os dias 2 de julho de 2025 e 27 de julho de 2025, aos utentes que frequentaram essas mesmas clínicas.

A investigação foi realizada de acordo com as determinações e questões éticas que constam na Declaração de Helsínquia, e todos os participantes que responderam ao questionário usufruem de anonimato dos dados declarados.

3.4 População/amostra em estudo

A população representa o conjunto total de indivíduos ou elementos que possuem características de interesse para a investigação.

Ela pode ser classificada em dois tipos principais, a população-alvo, que representa o grupo de interesse para o qual o investigador deseja generalizar os resultados do estudo; e a população acessível, ou seja, o subconjunto da população-alvo ao qual o investigador realmente tem acesso. A população é geralmente delimitada por critérios de inclusão e exclusão, que garantem que apenas os elementos relevantes sejam considerados no estudo (Creswell & Creswell, 2017).

Procede-se então, por motivos de tempo e de custos, à extração de uma amostra dessa população que seja representativa da conduta da mesma (Vilelas, 2009). A amostra é um subconjunto representativo da população, selecionado para participar do estudo, permitindo a inferência sobre as características da população total. A representatividade da amostra é essencial para garantir a validade externa do estudo, isto é, a capacidade de generalizar os resultados (Singh, 2006).

Existem dois principais métodos de amostragem, a amostragem probabilística, baseada em processos aleatórios, garantindo que todos os membros da população tenham probabilidades iguais de serem incluídos; e a amostragem não-probabilística, que utiliza métodos não aleatórios, sendo mais comum em pesquisas exploratórias (Cochran, 1977; Creswell & Creswell, 2017).

A definição do tamanho adequado da amostra depende de fatores como o objetivo do estudo, variabilidade dos dados e nível de confiança estatístico desejado. Técnicas como cálculo amostral são frequentemente aplicadas para determinar o número ideal de participantes (Fowler Jr, 2013). A amostra é a base para a generalização de resultados, mas erros na sua definição ou na recolha de dados podem introduzir vieses amostrais. Assim, a seleção cuidadosa do tamanho da amostra facilita o alcance dos objetivos da pesquisa, fortalece a credibilidade e a aplicabilidade dos resultados.

Neste estudo, a população corresponde aos profissionais dos quatro Serviços de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR)/Clínicas de Reabilitação e utentes que recorrem aos tratamentos de reabilitação nessas mesmas instituições.

A seleção dos profissionais de saúde entrevistados seguiu uma lógica de conveniência dentro das várias categorias de profissionais numa clínica de reabilitação, tendo sido incluídos aqueles que se disponibilizaram em primeiro lugar para participar no estudo. Esta opção visou garantir a viabilidade do processo de recolha de dados, permitindo um acesso rápido e eficaz aos participantes. O número final de entrevistas foi definido com base no princípio da saturação teórica, entendido como o momento em que novas entrevistas deixam de acrescentar informação relevante às categorias já identificadas (Pandit, 1996). Assim, a amostra revelou-se adequada ao objetivo de explorar em profundidade as perceções e experiências dos profissionais relativamente às práticas desenvolvidas no âmbito do programa de reabilitação.

No que respeita à componente quantitativa, a amostragem baseou-se na inclusão de todos os utentes presentes na clínica durante o período de recolha de dados e que manifestaram

disponibilidade para responder ao questionário. Este critério permitiu abranger um conjunto diversificado de participantes, assegurando simultaneamente a exequibilidade do estudo e a representatividade das perceções dos utentes que efetivamente participaram num programa de reabilitação.

3.5 Caraterização locais em estudo

Este estudo foi realizado em múltiplas clínicas de reabilitação, sendo necessário compreender-se o contexto dos utentes que responderam ao questionário.

Clínica Dr Pinto Leite - Bonfim

A Clínica Dr. Pinto Leite - Bonfim situa-se no Bonfim, Porto. A região do Porto ocupa uma área de 41 km², com uma população de cerca de 249 000 habitantes, dos quais cerca de 25,8% com mais de 65 anos de idade. A freguesia do Bonfim tem uma área de 3,05 km² com cerca de 23000 habitantes (GEE).

Esta clínica conta com uma significativa variedade de consultas de especialidade, bem como a possibilidade de realização de meios complementares de diagnóstico de múltiplas especialidades. Estão também disponíveis serviços de análises clínicas e enfermagem.

Destaca-se ainda o SMFR, cujo espaço foi recentemente renovado e ampliado, com uma equipa multidisciplinar de médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. O horário de funcionamento deste serviço é de 2^a a 6^a feira, entre as 7:00 e as 20:00.

São realizados tratamentos de carácter convencionado do setor público (SNS), utentes do setor privado ou semiprivado (seguradoras, por exemplo) e utentes privados.

Clínica Dr Pinto Leite – Radelfe

A Clínica Dr. Pinto Leite – Radelfe está situada em Paços de Ferreira. A região de Paços de Ferreira ocupa uma área de 71 km², com uma população de cerca de 56 000 habitantes, dos quais cerca de 17,7% com mais de 65 anos de idade (GEE).

Para além da possibilidade de realização de análises clínicas, esta clínica possui também um centro de imagiologia e um conjunto com serviços de várias especialidades médicas. O SMFR tem um horário de funcionamento de 2^a a 6^a feira, entre as 8:00 e as 20:00. Possui, também ele, uma equipa multidisciplinar de médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas

ocupacionais. São realizados tratamentos de carácter convencionado do setor público (SNS), utentes do setor privado ou semiprivado (seguradoras, por exemplo) e utentes privados.

Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim

A Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim está situada na Póvoa de Varzim. A região da Póvoa de Varzim ocupa uma área de 82 km², com uma população de cerca de 67 500 habitantes, dos quais cerca de 21,5% com mais de 65 anos de idade (GEE).

A clínica tem um horário de funcionamento de 2^a a 6^a feira entre as 08:00 e as 20:00. Possui uma equipa multidisciplinar de médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. São realizados tratamentos de carácter convencionado do setor público (SNS), utentes do setor privado ou semiprivado (seguradoras, por exemplo) e utentes privados.

Esferasaúde Clínica Fisiátrica da Maia

A Esferasaúde Clínica Fisiátrica da Maia está situada em Gueifães, Maia. A região da Maia ocupa uma área de 83 km², com uma população de cerca de 142 600 habitantes, dos quais cerca de 20,3% com mais de 65 anos de idade (GEE). A freguesia de Gueifães tem uma área de 2,98 km² com cerca de 12 000 habitantes (JFCM).

A clínica tem um horário de funcionamento de 2^a a 6^a feira das 07:30 às 20:30. Possui uma equipa multidisciplinar de médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. São realizados tratamentos de carácter convencionado do setor público (SNS), utentes do setor privado ou semiprivado (seguradoras, por exemplo) e utentes privados.

3.6 Entrevista

Esta primeira abordagem serviu para avaliar de uma maneira geral quais os fatores que profissionais de saúde consideram ser os mais relevantes para os utentes, em termos de satisfação nos serviços na área dos serviços de saúde. As entrevistas foram realizadas entre o dia 11 de fevereiro e o dia 27 de março. Garantiu-se que todos os entrevistados eram bons informantes tendo em consideração a sua função na clínica e a sua longevidade nessa função (Tabela 1).

Tabela 1 - Função e Anos de trabalho dos entrevistados

Nome	Função	Anos de trabalho na Clínica
Entrevistado 1	Fisioterapeuta	20
Entrevistado 2	Fisioterapeuta	11
Entrevistado 3	Fisioterapeuta	17
Entrevistado 4	Fisioterapeuta	7
Entrevistado 5	Fisioterapeuta	13
Entrevistado 6	Fisioterapeuta	12
Entrevistado 7	Fisioterapeuta	8
Entrevistado 8	Fisioterapeuta	6
Entrevistado 9	Fisioterapeuta	15
Entrevistado 10	Assistente operacional	5
Entrevistado 11	Assistente técnica	17
Entrevistado 12	Fisioterapeuta	15
Entrevistado 13	Fisioterapeuta	6
Entrevistado 14	Fisioterapeuta	10
Entrevistado 15	Fisioterapeuta	26
Entrevistado 16	Fisioterapeuta	4
Entrevistado 17	Terapeuta Ocupacional	2
Entrevistado 18	Fisioterapeuta	24
Entrevistado 19	Fisioterapeuta	30
Entrevistado 20	Terapeuta da Fala	1
Entrevistado 21	Fisioterapeuta	10
Entrevistado 22	Fisioterapeuta	26
Entrevistado 23	Assistente técnico	25
Entrevistado 24	Diretora da Clínica	10

As entrevistas eram semiestruturadas, baseadas num guião pré-definido (Anexo I), mas poderiam ser adaptadas e ajustadas à medida que as mesmas decorriam.

3.7 Análise das Entrevistas

A análise das entrevistas foi realizada através de um processo de codificação temática, que permitiu identificar, organizar e interpretar os principais padrões de sentido emergentes dos discursos dos participantes. Inicialmente procedeu-se a uma leitura flutuante das transcrições, seguida da codificação aberta, na qual foram atribuídas categorias preliminares às unidades de significado. Posteriormente, estas categorias foram refinadas e agrupadas em temas mais abrangentes, permitindo estruturar de forma sistemática os resultados. Para apoiar este processo

foi utilizado o software NVivo 15, que facilitou a organização, comparação e visualização dos dados qualitativos, garantindo maior rigor e transparência na análise.

3.8 Questionário

Após a análise das entrevistas, foi elaborado um questionário (Anexo II) composto por três secções: (i) dados sociodemográficos, (ii) considerações gerais relativas aos tratamentos, e (iii) avaliação da relevância atribuída pelos utentes a diferentes aspetos durante a participação no programa de reabilitação. Para esta última secção, recorreu-se a uma escala de Likert de 7 pontos (1 = nada importante; 7 = máxima importância), permitindo medir o grau de valorização de cada dimensão. Os aspetos incluídos no questionário foram definidos a partir da informação recolhida nas entrevistas e complementados pela revisão da literatura existente (Tabela 2). O instrumento terminava com duas questões abertas, que possibilitaram aos utentes expressar-se livremente, sem condicionamento por opções predefinidas.

Tabela 2 - Questões utilizadas no questionário e a sua origem

Categoria	Questão	Origem
Acessibilidade	Atendimento imediato e célere.	Entrevistas
Acessibilidade	Facilidade no agendamento de consultas e tratamentos.	(LaVela & Gallan, 2014)
Acessibilidade	Horários de marcação das consultas e tratamentos atempados.	Entrevistas
Acessibilidade	Horários de acordo com as minhas necessidades.	(Anderson et al., 2007)
Acessibilidade	Consultas e tratamentos sem atrasos.	(Anderson et al., 2007)
Acessibilidade	Localização da clínica e estacionamento disponível.	(Johar et al., 2018)
Acessibilidade	Oferta dos melhores serviços de saúde.	Entrevistas
Responsabilidade	Interesse sincero dos colaboradores na procura de respostas que levem à resolução das minhas questões.	Entrevistas
Responsabilidade	Preocupação dos colaboradores por mim e pelos meus problemas.	(Nordin et al., 2021)
Responsabilidade	Interesse pela clínica na resolução dos meus problemas.	Entrevistas
Segurança	Segurança durante os tratamentos.	(WHO, 2009)
Segurança	Demonstração pelos colaboradores de conhecimento na área da saúde para responder às minhas questões.	Entrevistas
Segurança	Transmissão de segurança por parte da clínica e dos colaboradores.	(WHO, 2009)
Segurança	Privacidade pessoal.	(Nordin et al., 2021)
Empatia	Escuta ativa da minha opinião / inclusão na tomada de decisões.	Entrevistas / (Coulter & Ellins, 2007)
Empatia	Interesse dos colaboradores em me ouvir.	Entrevistas
Empatia	Interesse dos colaboradores em responder às minhas necessidades.	(Moudatsou et al., 2020)

Empatia	Atendimento dos utentes de forma semelhante.	Entrevistas
Empatia	Atendimento dos utentes de forma cordial e empática.	Entrevistas
Empatia	Boa apresentação e identificação dos colaboradores visível.	Entrevistas
Experiência	Obtenção de resultados desejados / alívio de sintomas.	Entrevistas
Experiência	Atendimento individualizado e personalizado pelos colaboradores.	(Haggerty et al., 2003)
Experiência	Tempo e interesse dedicado a mim.	Entrevistas
Ambiente/Espaço Físico	Boa higienização das instalações na clínica.	Entrevistas/(Nordin et al., 2021)
Ambiente/Espaço Físico	Conforto e bom aspeto das instalações da clínica.	Entrevistas/satisfação (Nordin et al., 2021)
Ambiente/Espaço Físico	Boa iluminação das instalações da clínica.	Entrevistas
Ambiente/Espaço Físico	Espaços – gabinetes, ginásio – amplos e grandes na clínica.	Entrevistas
Ambiente/Espaço Físico	Equipamentos modernos.	Entrevistas
Ambiente/Espaço Físico	Equipamentos higienizados.	Entrevistas

3.9 Avaliação dos resultados através do PLS-SEM

Como o questionário assenta em diferentes escalas, formadas por vários itens, a avaliação dos resultados obtidos iniciou-se com a análise dos modelos de mensuração, com recurso ao software SmartPLS (Chin, 2010; Hair, 2014; Henseler et al., 2009).

A avaliação inclui quatro etapas principais:

- Fiabilidade dos indicadores – os indicadores devem apresentar cargas superiores a 0,708, indicando que o construto explica mais de 50% da variância dos itens.
- Consistência interna – medida, por exemplo, através da fiabilidade composta ou do alfa de Cronbach, sendo a fiabilidade aceitável $\geq 0,60$ para estudos exploratórios e $\geq 0,70$ para estudos confirmatórios. Valores demasiado elevados ($> 0,95$) podem indicar redundância de itens ou padrões indesejáveis de resposta. Alternativamente, o índice ρ_A pode fornecer uma estimativa mais precisa da fiabilidade do construto.
- Validade convergente – avaliada através da variância média extraída, sendo aceitável um valor $\geq 0,50$, indicando que o construto explica pelo menos metade da variância dos itens.
- Validade discriminante – assegura que cada construto é empiricamente distinto dos restantes. Tradicionalmente avaliada pelo critério de Fornell-Larcker, atualmente recomenda-se a utilização do rácio heterotraço-monotraço (HTMT), sendo valores acima de 0,90 ou 0,85 indicativos de

problemas de validade discriminante, dependendo da proximidade conceptual entre os construtos.

Estes procedimentos permitem garantir que os construtos medidos são fiáveis, válidos e distintivos, proporcionando uma base robusta para a interpretação dos resultados do modelo estrutural (Hair et al., 2019).

3.10 Análise estatística através do SPSS

Para a análise dos dados, recorreu-se a estatística descritiva e a testes inferenciais, de forma a caracterizar a amostra e identificar diferenças significativas entre grupos. A estatística descritiva incluiu medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), bem como frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

Depois de calcular o valor de cada construto, a partir das variáveis latentes não standardizadas calculadas no SmartPLS, os valores foram exportados para o SPSS. Para a comparação de médias entre dois grupos independentes, utilizou-se o teste t de Student, assumindo normalidade dos dados. Todos os testes foram realizados com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS® versão 28 garantindo a consistência e rigor na interpretação dos resultados. A partir daí estabeleceu-se um ranking dos fatores, compreendendo-se assim quais os mais valorizados pelos utentes.

4 Resultados

4.1 Resultados de Entrevistas

Foram realizadas 24 entrevistas, a vários profissionais de clínicas de reabilitação, entre os quais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

Os fatores mais apontados pelos profissionais como os que os utentes mais valorizam durante um processo de reabilitação podem ser vistos na tabela 3.

Tabela 3 - Resultados de Entrevistas

Fatores	Explicação	Nº
Atendimento	Atendimento por profissionais	6
Empatia		15
Pontualidade		1
Profissionalismo		10
Tempo de espera		3
Custos	Tempos de espera para consulta ou iniciar tratamentos	12
Espaço Físico		18
Área		3
Limpeza		2
Luminosidade		2
Tratamentos	Tratamentos direcionados ao utente	7
Aparelhos		4
Massagem		5
Qualidade tratamentos		11
Recuperação		5
Tempo de tratamento	Tempo passado com utente	5

A qualidade nos serviços de saúde é um conceito multifacetado, que incorpora dimensões como eficácia, segurança, acessibilidade e a experiência do utente (Donabedian, 1988; WHO, 2009). Nos cuidados de reabilitação, estas dimensões assumem particular importância, dado o caráter continuado dos tratamentos e a necessidade de forte envolvimento entre utentes e profissionais. Ao comparar os referenciais teóricos com os dados empíricos obtidos através de entrevistas a profissionais de saúde, observam-se algumas assimetrias relevantes que merecem reflexão crítica (Tabela 4).

Tabela 4 - Diferenças nas Dimensões de Qualidade

Literatura (Referencial técnico)	Entrevistas (Profissional)
Eficácia (baseada em evidência; taxas de recuperação)	Recuperação, Qualidade dos tratamentos, Aparelhos, Massagem
Segurança (minimização de riscos e eventos adversos)	Segurança não referida diretamente
Acessibilidade (tempo de espera, localização, marcação)	Pontualidade, Tempo de espera, Custos
Experiência do utente	Atendimento, Empatia, Comunicação
Ambiente físico (limpeza, organização, privacidade)	Limpeza, Luminosidade, Espaço físico, Área

A primeira dimensão a destacar é a eficácia. Segundo a literatura, esta refere-se à capacidade dos serviços produzirem resultados desejáveis, baseando-se em evidência científica e práticas clínicas validadas (Donabedian, 1988). Contudo, nas entrevistas realizadas, a eficácia é entendida de forma mais pragmática e sensorial, através da referência a fatores como "recuperação", "tempo de tratamento", "massagem" e "aparelhos utilizados". Esta visão, centrada na percepção direta dos utentes e na resposta imediata aos tratamentos, “eles vêm com um problema e querem resolvê-lo” embora válida do ponto de vista experiencial, pode não estar necessariamente ancorada na eficácia clínica objetiva. Tal diferença pode ser explicada pela valorização da tangibilidade dos procedimentos, isto é, o que é visto e sentido tende a ser mais facilmente associado à qualidade pelos utentes e até pelos próprios profissionais (Nordin et al., 2021).

A segurança, por sua vez, é amplamente reconhecida na literatura como uma dimensão crítica da qualidade. Envolve a minimização de riscos e a prevenção de eventos adversos, sendo frequentemente associada à adoção de protocolos clínicos e à implementação de sistemas de gestão da segurança do utente (WHO, 2009). No entanto, esta dimensão não foi explicitamente referida pelos profissionais entrevistados. A ausência desta categoria pode sugerir que a segurança é assumida como garantida ou como parte implícita do processo de cuidados. Alternativamente, pode também indicar uma lacuna na formação dos profissionais/desconhecimento relativamente à segurança como componente autónoma e mensurável da qualidade e possivelmente valorizada pelos utentes, o que representa um risco potencial para a prestação de cuidados (Batalden & Davidoff, 2007).

Relativamente à acessibilidade, a literatura aponta para um conjunto de elementos estruturais que incluem a localização dos serviços, o tempo de espera, a disponibilidade de recursos e a facilidade de agendamento (Johar et al., 2018). Nos dados empíricos, surgem fatores como "pontualidade", "tempo de espera, eu diria a rapidez" e "custos", que, embora relacionados com a acessibilidade, representam uma abordagem mais operacional e centrada na experiência imediata do utente. A preferência por aspetos logísticos e administrativos pode indicar que, na prática, os profissionais associam a acessibilidade à eficiência do funcionamento diário da unidade de reabilitação, em detrimento de uma visão mais sistémica e abrangente.

No que concerne à experiência do utente e ao cuidado centrado na pessoa, os dados empíricos mostram maior consonância com a literatura. Fatores como "atendimento", "empatia", gostando “sempre que uma pessoa seja atenciosa” e o "profissionalismo" foram frequentemente referidos, o que denota uma consciência da importância da qualidade da interação entre profissionais e utentes; “a atenção que lhes é dada”. A literatura enfatiza que a comunicação clara, a empatia e a capacidade de resposta às necessidades individuais dos utentes estão fortemente associadas à sua satisfação e à adesão ao tratamento (Moudatsou et al., 2020; Ratna, 2019). Contudo, a noção de “controlo do próprio tratamento”, valorizada teoricamente como parte do modelo de cuidado centrado no utente (Coulter & Ellins, 2007), não foi abordada diretamente nas entrevistas. Apesar de haver uma concordância entre os profissionais de saúde que a opinião do utente é importante para o processo de reabilitação, também é notória a ideia de que o controlo do próprio tratamento não lhe deverá ser dada; “Não digo que não seja importante, mas eu por experiência própria a dada altura não valorizo muito”. Ainda há a ideia de que o utente é visto mais como recetor do que como cocriador do seu processo de reabilitação.

O ambiente físico é uma dimensão com uma correspondência significativa entre teoria e prática. A literatura destaca a importância da limpeza, da organização, da privacidade e do conforto dos espaços na perceção de qualidade (Nordin et al., 2021). Nos dados das entrevistas, surgem categorias como "limpeza", "luminosidade" e "área", indicando que os profissionais consideram que este aspeto é valorizado pelo utente, “espaço físico acho que sim, porque é aquele impacto visual”. Esta coincidência poderá dever-se à natureza visível e quotidiana destes aspetos, o que facilita a sua avaliação e valorização tanto por parte dos utentes como dos profissionais.

Por fim, é importante referir que as categorias emergentes nas entrevistas refletem, em grande medida, uma visão prática e experiencial da qualidade, transversalmente partilhada entre os vários

profissionais entrevistados. Tal visão é naturalmente influenciada pela interação diária com os utentes e pela observação direta dos aspetos que geram satisfação ou insatisfação. No entanto, a ausência de referência a dimensões mais estruturais e abstratas, como a segurança ou a participação ativa do utente, evidencia a necessidade de formação contínua e de alinhamento com os referenciais internacionais de qualidade.

4.2 Resultados dos Questionários

A amostra final de utentes inquiridos é composta por 323 participantes. Nem todas as variáveis apresentam igual número de respostas válidas devido a valores omissos.

No que diz respeito a dados sociodemográficos, a distribuição geográfica mostra uma distribuição de utentes inquiridos na Radelfe de 41,9%, seguido de Bonfim com 25,2%, Póvoa de Varzim com 21,4% e Maia com 11,5%.

Relativamente ao sexo, verificou-se um predomínio de participantes do sexo feminino, 64,6%, face a 35,4% do sexo masculino.

A variável idade foi agrupada em intervalos de 10 anos, conforme se apresenta na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por grupos etários

Grupo Etário	Frequência (n)	Percentagem (%)
< 20 anos	7	2,3
20 – 29 anos	18	5,8
30 – 39 anos	34	10,9
40 – 49 anos	60	19,3
50 – 59 anos	72	23,2
60 – 69 anos	66	21,2
≥ 70 anos	54	17,4
Total	311	100,0

(n = 311 respostas válidas; 12 valores omissos)

A média de idades foi de 53,3 anos. Observa-se que os grupos etários mais representativos são os 50–59 anos (23,2%), seguidos dos 60–69 anos (21,2%), evidenciando uma amostra tendencialmente de meia-idade e idosa. Importa salientar que a população que recorre a este tipo

de clínicas de reabilitação pertence, de forma geral, a estas faixas etárias, o que confere coerência à distribuição observada na amostra.

A maioria dos inquiridos possui ensino básico (42,4%) ou ensino secundário (38,5%), sendo menor a proporção de indivíduos com ensino superior (17,8%). Apenas 1,3% da amostra referiu não saber ler nem escrever.

No que respeita ao regime de emprego, a maior parte encontra-se empregada por conta de outrem (44,7%), seguida de reformados (29,7%). Os restantes distribuem-se por trabalhadores por conta própria (8,4%), desempregados (10,0%), domésticos (3,8%) e estudantes (3,4%).

A esmagadora maioria dos inquiridos referiu o SNS como entidade financiadora dos tratamentos (92,1%), sendo minoritária a utilização de seguros por acidentes/acidentes de trabalho/ (5,2%) ou seguros pessoais (2,7%).

Dos inquiridos válidos, 67,6% reportaram sofrer de doenças crónicas, enquanto 32,4% indicaram doenças agudas.

Mais de metade da amostra (52,9%) encontra-se em tratamento entre 1 e 6 meses, enquanto 30,3% estão em tratamento superior a 6 meses e 16,2% em tratamento inferior a 1 mês.

Os principais resultados esperados pelos inquiridos concentram-se em melhoria funcional (44,5%) e alívio de sintomas (39,9%), sendo que apenas 14,8% indicaram cura como expectativa. O grau médio de satisfação situou-se em torno dos valores mais elevados da escala (6,25). A maioria dos inquiridos distribuiu-se entre os valores 6 (35,7%) e 7 (36,0%), refletindo um nível de satisfação globalmente elevado com o tratamento recebido.

4.2.1 Validação dos modelos medida

No que se refere à confiabilidade interna, todos os construtos apresentaram valores de α de Cronbach acima de 0,80, variando entre 0,826 (Responsabilidade) e 0,907 (Ambiente / espaço físico), superando assim o limiar mínimo recomendado de 0,70. De forma consistente, os valores de Confiabilidade Composta (CR), também se encontram acima do nível aceitável, situando-se entre 0,833 e 0,929, o que indica elevada consistência interna entre os indicadores de cada construto. A validade convergente, avaliada pelo índice AVE, também se mostra adequada em todos os casos, com valores acima do ponto de corte de 0,50, oscilando entre 0,566 (Acessibilidade) e 0,765 (Experiência), como demonstrado na Tabela 6. Estes resultados

confirmam que a variância extraída pelos construtos supera a variância residual, reforçando a robustez da estrutura de medida.

Tabela 6 - Validação dos Modelos de Medida

Construto	α de Cronbach	CR (qc)	AVE	Avaliação
Acessibilidade	0,847	0,887	0,566	Aceitável
Ambiente / espaço físico	0,907	0,929	0,685	Excelente
Empatia	0,904	0,926	0,676	Excelente
Experiência	0,847	0,907	0,765	Excelente
Responsabilidade	0,826	0,895	0,740	Excelente
Segurança	0,843	0,896	0,686	Excelente

Em relação à validade discriminante, os resultados do HTMT demonstram, em geral, índices abaixo dos limiares conservadores de 0,85, assegurando a distinção adequada entre os construtos. Contudo, algumas relações encontram-se próximas ao limite, como Responsabilidade ↔ Experiência (0,854) e Segurança ↔ Empatia (0,875), que ultrapassam ligeiramente o critério mais rigoroso, mas ainda permanecem aceitáveis sob a referência menos exigente de 0,90 (Hair et al., 2019). De modo complementar, o critério de Fornell-Larcker confirma a validade discriminante, uma vez que a raiz quadrada do índice AVE de cada construto (valores destacados na diagonal) é consistentemente superior às correlações com os demais construtos da matriz (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise do critério de Fornell-Larcker

	Acessibilidade	Ambiente / espaço físico	Empatia	Experiência	Responsabilidade	Segurança
Acessibilidade	0,753					
Ambiente / espaço físico	0,567	0,828				
Empatia	0,510	0,683	0,822			
Experiência	0,545	0,671	0,678	0,875		
Responsabilidade	0,641	0,638	0,720	0,716	0,860	
Segurança	0,497	0,705	0,760	0,655	0,727	0,828

Em síntese, os resultados obtidos demonstram que os modelos de medida apresentam elevada confiabilidade interna e adequada validade convergente, cumprindo os requisitos de qualidade

psicométrica. Apesar de alguns valores do HTMT se aproximarem ou ligeiramente ultrapassarem o limiar conservador, a combinação dos critérios utilizados – incluindo Fornell-Larcker – sustenta a adequada validade discriminante do modelo, conferindo solidez à operacionalização dos construtos analisados.

4.2.2 Ranking dos fatores

Após a validação dos modelos medidas, calculou-se o valor integrado de cada um dos construtos através da opção Maximum Likelihood no SmartPLS. Assim, obteve-se o valor para cada um dos fatores em análise: acessibilidade, responsabilidade, segurança, empatia, experiência e ambiente/espço físico (Tabela 8), nomeadamente, 6,2194 para a acessibilidade, 6,3480 para o ambiente/espço físico, 6,5099 para a empatia, 6,5022 para a experiência, 6,5411 para a responsabilidade e 6,6365 para a segurança. A partir destes resultados é possível ordenar os fatores considerando a valorização atribuída pelos utentes (Tabela 8).

Tabela 8 - Ranking dos Fatores

Ranking		Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
1	Segurança	6,6365	6,5686	6,7045
2	Responsabilidade	6,5411	6,4632	6,619
3	Empatia	6,5099	6,4356	6,5843
4	Experiência	6,5022	6,4187	6,5858
5	Ambiente / espço físico	6,348	6,2535	6,4425
6	Acessibilidade	6,2194	6,125	6,3138

Os resultados evidenciam que todos os construtos analisados obtiveram valores médios bastante elevados, situando-se entre 6,21 (Acessibilidade) e 6,64 (Segurança), numa escala em que os valores máximos possíveis seriam mais elevados. Tal constatação demonstra que os diferentes fatores – acessibilidade, ambiente/espço físico, empatia, experiência, responsabilidade e segurança – são amplamente valorizados pelos utentes, não havendo nenhum que se destaque de forma negativa ou marginal.

A ligeira superioridade atribuída à segurança (6,64), responsabilidade (6,54) e empatia (6,51) sugere uma ênfase acrescida nestas dimensões, mas sem desvalorizar a importância relativa da

acessibilidade e do ambiente físico, que, embora com valores ligeiramente inferiores, mantêm igualmente médias bastante elevadas.

Em síntese, os resultados confirmam que todos os fatores do modelo são percebidos como elementos essenciais na avaliação global do programa de reabilitação, evidenciando a robustez e a pertinência do conjunto de construtos utilizados na análise.

Procedeu-se posteriormente à comparação estatística entre pares de variáveis através de testes t de Student, para amostras emparelhadas, entre os aspetos com média subsequente (Tabela 9), para verificar se as pequenas diferenças eram estatisticamente significativas, isto é, se efetivamente implicavam uma valorização diferente por parte dos utentes.

Tabela 9 - Testes t para amostras emparelhadas (todos os pares estudados)

Par comparado (1.º – 2.º)	Diferença média	IC 95% (LI – LS)	t (gl)	p (bicaudal)	d de Cohen
Segurança – Responsabilidade	0,095	0,041 – 0,150	3,433 (321)	<0,001***	0,191
Responsabilidade – Empatia	0,031	-0,026 – 0,088	1,075 (321)	0,283	0,060
Empatia – Experiência	0,008	-0,056 – 0,072	0,237 (321)	0,813	0,013
Experiência – Ambiente/Espaço físico	0,154	0,081 – 0,227	4,165 (321)	<0,001***	0,232
Ambiente/Espaço físico – Acessibilidade	0,129	0,041 – 0,217	2,876 (321)	0,004**	0,160

p < 0,01; *p < 0,001.

Os resultados revelaram diferenças significativas entre alguns dos subgrupos avaliados. Em primeiro lugar, verificou-se que a segurança apresentou uma média significativamente superior à responsabilidade ($p < 0,001$), embora a magnitude do efeito seja considerada pequena ($d = 0,19$). De forma semelhante, a comparação entre experiência e ambiente/espço físico evidenciou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com efeito de pequena magnitude ($d = 0,23$). Adicionalmente, a análise demonstrou que ambiente/espço físico apresentou valores significativamente superiores face à acessibilidade ($p = 0,004$), ainda que o efeito seja pequeno ($d = 0,16$).

Por outro lado, as comparações entre responsabilidade e empatia, empatia e experiência, bem como entre outras dimensões adjacentes, não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), indicando níveis de avaliação relativamente homogéneos nestas dimensões.

Em síntese, os resultados permitem concluir que, entre as variáveis em estudo, a segurança destacou-se como a dimensão mais valorizada, seguida de responsabilidade, empatia e experiência. As diferenças estatisticamente significativas verificaram-se sobretudo na comparação de segurança com responsabilidade, experiência com ambiente físico, e ambiente físico com acessibilidade.

4.3 Discussão

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os fatores que os utentes de clínicas de reabilitação mais valorizam durante a participação em programas de tratamento. A análise estatística permitiu comparar diferentes dimensões da experiência de atendimento, destacando aquelas em que se observaram diferenças significativas e as que se mantiveram homogêneas.

Os resultados indicaram que a segurança foi a dimensão mais valorizada pelos utentes, apresentando médias significativamente superiores à responsabilidade. Este achado é consistente com a literatura sobre qualidade em serviços de saúde, em que a perceção de segurança clínica constitui um determinante central da confiança e satisfação do paciente (Donabedian, 1988; Parasuraman et al., 1988; WHO, 2009). Em contextos de reabilitação, onde os tratamentos envolvem interação física e procedimentos prolongados, a sensação de proteção e ausência de riscos assume um papel crucial na experiência do utente (Biz et al., 2024; Mitre et al., 2013).

Outro resultado relevante refere-se à diferença significativa entre a experiência global do tratamento e as condições do ambiente físico. Embora o espaço e as infraestruturas sejam importantes, os utentes atribuem maior valor à qualidade das interações com os profissionais e ao acompanhamento recebido. Isto reforça a literatura sobre serviços de saúde centrados no paciente, que aponta a relação interpessoal e a competência técnica como elementos centrais na avaliação da qualidade, frequentemente mais determinantes do que aspetos tangíveis (LaVela & Gallan, 2014; Mead & Bower, 2000).

A análise revelou ainda que o ambiente físico foi mais valorizado do que a acessibilidade, sugerindo que, apesar do acesso ser relevante, os utentes dão maior relevância às condições físicas e ao conforto do espaço onde decorrem os tratamentos. Isso é coerente com estudos que destacam a importância do ambiente construído na experiência de reabilitação, incluindo higiene, conforto, equipamentos e atmosfera geral (Biz et al., 2024; Nordin et al., 2021).

Por outro lado, as comparações entre responsabilidade e empatia, assim como entre empatia e experiência, não revelaram diferenças significativas, indicando que os utentes percebem um equilíbrio entre compromisso técnico e atenção pessoal. Este equilíbrio sugere consistência na qualidade do atendimento humano e técnico, alinhando-se com o modelo biopsicossocial, que valoriza tanto a competência clínica quanto a sensibilidade ao contexto do paciente (Engel, 1981; Law et al., 1995; Moudatsou et al., 2020).

Nas entrevistas com os profissionais de saúde, destacaram-se como aspetos mais valorizados pelos utentes a recuperação clínica, a qualidade dos tratamentos, a utilização de aparelhos e técnicas manuais (massagem), a empatia e comunicação, bem como elementos ligados à pontualidade, custos e tempo de espera. Foi também atribuída relevância ao ambiente físico, nomeadamente à limpeza, à luminosidade e à amplitude do espaço. Curiosamente, a segurança não foi mencionada de forma explícita, apesar de ser central na literatura. Assim, percebe-se que os profissionais subestimam o peso da segurança, que surge como central para os utentes. Existe uma sobrevalorização da empatia e da comunicação pelos profissionais, já que não se confirmam estatisticamente como determinantes da experiência global dos utentes. O ambiente físico constitui ponto de convergência: tanto nas entrevistas como nos questionários, este fator mostra-se crucial, com impacto direto na experiência e na perceção de acessibilidade. Assim, enquanto os profissionais destacam sobretudo fatores relacionais e técnicos, os utentes parecem atribuir maior importância a dimensões tangíveis e estruturais (segurança visível, ambiente físico e acessibilidade), que configuram a base para uma experiência positiva em programas de reabilitação.

5 Conclusão

5.1 Visão Geral do Estudo

O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores mais valorizados pelos utentes em programas de reabilitação em clínicas especializadas. Embora exista literatura extensa sobre qualidade em serviços de saúde (Curry & Sinclair, 2002; Moudatsou et al., 2020; Nordin et al., 2021; Roque et al., 2016; Russell et al., 2015), a investigação focada especificamente em clínicas de reabilitação ainda é limitada. Justifica-se, portanto, a realização deste trabalho pelo contributo que traz ao aprofundar a perceção do paciente num contexto em que a interação contínua com profissionais, a duração prolongada dos tratamentos e a importância do ambiente físico assumem características próprias. A análise realizada permite compreender como as dimensões da segurança, experiência, ambiente físico, empatia, responsabilidade e acessibilidade se inter-relacionam na construção da satisfação do utente.

Adicionalmente, o estudo revela que os profissionais tendem a considerar outros aspetos como centrais, nomeadamente a recuperação clínica, a qualidade técnica dos tratamentos, os equipamentos, a pontualidade, os custos e o tempo de espera, não enfatizando diretamente a dimensão da segurança, que para os utentes se revela crucial.

5.2 Resposta à Questão de Investigação

Os resultados revelaram que os utentes atribuem maior valor à segurança, entendida como confiança nos procedimentos clínicos e proteção durante o tratamento, seguida da experiência global de acompanhamento e do ambiente físico. Dimensões como empatia, responsabilidade e acessibilidade também foram positivamente avaliadas, mas de forma mais homogénea. Desta forma, confirma-se que a satisfação do paciente em programas de reabilitação depende não apenas da competência técnica e da relação interpessoal, mas também de fatores tangíveis que garantem confiança, conforto e bem-estar.

Estes achados oferecem importantes pistas para a gestão da qualidade em clínicas de reabilitação, alinhando-se com as recomendações de melhoria contínua na prestação de cuidados (Batalden & Davidoff, 2007; Bititci et al., 2000; Bourne et al., 2003).

Contudo, comparando estas percepções com a visão que os profissionais têm dos utentes, verifica-se um desalinhamento: enquanto os utentes colocam a segurança como pilar central, os profissionais consideram que os utentes destacam prioritariamente aspetos como empatia, atendimento, comunicação e qualidade técnica dos tratamentos. Esta diferença demonstra a importância de alinhar expectativas, garantindo que dimensões consideradas fundamentais pelos pacientes não sejam secundarizadas no discurso ou prática clínica.

5.3 Implicações Teóricas

Teoricamente, este estudo reforça a literatura sobre qualidade em serviços de saúde ao demonstrar que, em clínicas de reabilitação, a segurança é percebida pelos utentes como um pilar central da satisfação, ao contrário do que frequentemente emerge no discurso dos profissionais, que tendem a enfatizar aspetos relacionais. Esta divergência evidencia a necessidade de enquadrar os modelos de qualidade de forma mais abrangente, integrando dimensões tangíveis e intangíveis, e contribuindo para um debate teórico mais equilibrado entre perspectivas técnicas, relacionais e ambientais.

A análise desta discrepância acrescenta valor ao debate académico, mostrando que a visão dos profissionais pode não captar plenamente o que efetivamente determina a confiança e a satisfação dos utentes. Assim, os modelos teóricos de qualidade devem considerar não apenas as dimensões tradicionalmente valorizadas pelos prestadores (empatia, comunicação, técnica), mas também aquelas que, como a segurança, assumem para os utentes um papel determinante.

5.4 Implicações Práticas

Do ponto de vista prático, os resultados sugerem cinco prioridades para a gestão das clínicas:

- Reforçar a segurança clínica, através de protocolos robustos, formação contínua das equipas e comunicação transparente (Roque et al., 2016; WHO, 2009).
- Necessidade de alinhar a percepção dos profissionais com as expectativas reais dos utentes, assegurando que a gestão da qualidade reflete não apenas as prioridades internas, mas também os fatores que mais impactam a experiência do paciente.

- Valorizar a experiência global do paciente, investindo em competências relacionais e acompanhamento personalizado (Cott, 2004; Mead & Bower, 2000; Ratna, 2019).
- Melhorar o ambiente físico, garantindo conforto, higiene, acessibilidade e equipamentos modernos (Biz et al., 2024; Nordin et al., 2021).
- Equilibrar empatia e responsabilidade, promovendo supervisão clínica e mecanismos de feedback que assegurem consistência técnica e humana (Hills & Kitchen, 2007; Queiroz & Araujo, 2009).

Estas recomendações podem orientar intervenções que aumentem a confiança e satisfação dos utentes, consolidando a qualidade do serviço prestado.

5.5 Limitações e propostas para investigação futura

Apesar da relevância dos resultados, algumas limitações devem ser reconhecidas. A amostra foi recolhida em apenas quatro clínicas, o que restringe a generalização dos achados. Acresce referir que outras análises poderiam enriquecer o estudo, como a modelação de equações estruturais de segunda ordem, análises multigrupo (para comparar perceções entre diferentes perfis sociodemográficos), ou ainda testes de moderação e mediação que permitissem explorar relações mais complexas entre os construtos analisados. Também não se realizaram análises de sensibilidade ou comparações interclínicas aprofundadas, que poderiam ter identificado especificidades contextuais relevantes. Além disso, o desenho transversal não permitiu captar a evolução das perceções ao longo do tratamento. Para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais, capazes de analisar como as prioridades dos utentes se alteram nas diferentes fases da reabilitação, bem como a inclusão de amostras mais diversificadas, que contemplem diferentes contextos clínicos e perfis de pacientes (Grol & Wensing, 2004). Estas abordagens poderão contribuir para uma compreensão mais robusta e generalizável da qualidade percebida em clínicas de reabilitação.

6 Bibliografia

- Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res*, 7, 31. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-31>
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*, 16(1), 2-3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>
- Bititci, U. S., Turner, T., & Begemann, C. (2000). Dynamics of performance measurement systems. *International journal of operations & production management*, 20(6), 692-704. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/01443570010321676>
- Biz, M. C. P., Santos, M. d. C. d., Reis, F., Nicolau, S. M., & Furtado, J. P. (2024). Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/interface.230178>
- Bourne, M., Neely, A., Mills, J., & Platts, K. (2003). Implementing performance measurement systems: a literature review. *International journal of business performance management*, 5(1), 1-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1504/IJBPM.2003.002097>
- Bryson, J. M. (1988). A strategic planning process for public and non-profit organizations. *Long Range Planning*, 21(1), 73-81. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0024-6301\(88\)90061-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0024-6301(88)90061-1)
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of Retailing*, 66(1), 33.
- Chin, W. W. (2010). How to Write Up and Report PLS Analyses. In V. Esposito Vinzi, W. W. Chin, J. Henseler, & H. Wang (Eds.), *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications* (pp. 655-690). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-32827-8_29
- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques. *Johan Wiley & Sons Inc.*
- Cott, C. A. (2004). Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disabil Rehabil*, 26(24), 1411-1422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09638280400000237>
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Bmj*, 335(7609), 24-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Curry, A., & Sinclair, E. (2002). Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5), 197-205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/09526860210437412>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of medicine and philosophy*, 6(2), 101-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>
- ERS. (2024). Direito de acesso universal a cuidados de saúde dos utentes do Sistema Nacional de Saúde. https://doi.org/https://www.ers.pt/media/edlj2ig4/alerta-de-supervis%C3%A3o_8_2024_direito-de-acesso.pdf
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60(4), 7-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/1251898>
- Fowler Jr, F. J. (2013). *Survey research methods*. Sage publications.
- GEE. *Estatística Concelho Maia*. Retrieved 06/01/2025 from <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/porto/maia/3244-maia/file>
- GEE. *Estatística Concelho Paços de Ferreira*. Retrieved 06/01/2025 from <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/porto/pacos-de-ferreira/3249-pacos-de-ferreira/file>
- GEE. *Estatística Concelho Porto*. Retrieved 06/01/2025 from <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/porto/porto-1/3254-porto/file>
- GEE. *Estatística Concelho Póvoa de Varzim*. Retrieved 06/01/2025 from <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/porto/povoa-de-varzim/3255-povoa-de-varzim/file>
- Grol, R. (1997). Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *Bmj*, 315(7105), 418-421. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7105.418>
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical journal of Australia*, 180, S57-S60. <https://doi.org/https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>
- Guerra, S., Lambe, K., Manolova, G., Sadler, E., & Sheehan, K. J. (2022). Multidisciplinary team healthcare professionals' perceptions of current and optimal acute rehabilitation, a hip fracture example A UK qualitative interview study informed by the Theoretical Domains Framework. *PLoS One*, 17(11), e0277986. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277986>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hair, J. F. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. sage.
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/ebrev-11-2018-0203>
- Henseler, J., Ringle, C., & Sinkovics, R. (2009). The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing. In (Vol. 20, pp. 277-319). [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Satisfaction with outpatient physiotherapy: Focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09593980601023705>
- JFCM. *Gueifães*. Retrieved 06/01/2025 from <https://www.jfcdadadamaia.pt/>

- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science & Medicine*, 213, 134-145. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment* (Vol. 2). Harvard Business School Press.
- LaVela, S. L., & Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.35680/2372-0247.1003>
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Lawrence, W. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Pearson.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE eletrônica*, 4(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1676-56482005000200002>
- Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., & Cotta, R. M. M. (2013). O acolhimento e as transformações na prática da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>
- Mosadeghrad, A. M. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Mater Sociomed*, 24(4), 251-261. <https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.251-261>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*, 8(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Neely, A. (2002). The Performance Prism. The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. *Financial Times/Prentice-Hall*.
- Nordin, S., Swall, A., Anåker, A., von Koch, L., & Elf, M. (2021). Does the physical environment matter? - A qualitative study of healthcare professionals' experiences of newly built stroke units. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 16(1), 1917880. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1917880>
- Ocidental, U. L. (2023). *Relatório Questionário de satisfação do utente - MFR*. https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Question%C3%A1rios/mfr_2023.pdf
- Pandit, N. R. (1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The qualitative report*, 2(4), 1-15.
- Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. d. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200006>
- Ratna, H. (2019). The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard Public Health Review*, 23, 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.54111/0001/W4>
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. L. (2016). Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Rev Saude Publica*, 50(0), 61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006259>

- Russell, R. S., Johnson, D. M., & White, S. W. (2015). Patient perceptions of quality: analyzing patient satisfaction surveys. *International journal of operations & production management*, 35(8), 1158-1181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJOPM-02-2014-0074>
- Santarém, H. D. d. (2023). *Relatório do Inquérito de Satisfação dos Utentes*. https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/17/2021/11/Inquerito-Satisfacao-Utente_Relatorio-2023.pdf
- Silva, A. M. d., Sá, M. d. C., & Miranda, L. (2013). Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde e Sociedade*, 22.
- Singh, Y. K. (2006). *Fundamental of research methodology and statistics*. New Age International.
- Taddeo, P. d. S., Gomes, K. W. L., Caprara, A., Gomes, A. M. d. A., Oliveira, G. C. d., & Moreira, T. M. M. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2923-2930. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>
- Thusini, S. t., Soukup, T., Chua, K.-C., & Henderson, C. (2023). How is return on investment from quality improvement programmes conceptualised by mental healthcare leaders and why: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1009. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09911-9>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.
- WHO. (1978). *Alma Ata 1978: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care*.
- WHO. (2009). Global priorities for patient safety research. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.b1775>

7 Anexos

7.1 Anexo I

Entrevista aos Profissionais de Saúde

Esta entrevista vem no seguimento de um trabalho de tese de mestrado para perceber se os profissionais de saúde reconhecem os fatores de satisfação que os utentes mais valorizam.

Autoriza a gravação desta entrevista?

Diga-nos o seu nome e a sua idade, por favor
Qual a sua função na clínica? Há quanto tempo trabalha?

- Na sua opinião, quais os aspetos que o utente mais valoriza durante um processo de reabilitação?

- Tendo em conta a sua resposta anterior, o que considera que eles mais priorizam em relação ao espaço físico

- e em relação ao atendimento pessoal

- e a questão monetária/financeira, considera importante?

- Algum dos que referiu é indispensável?

- Considera importante a opinião do utente no programa de reabilitação? Porquê?

7.2 Anexo II

Avaliação Da Qualidade Apercebida E Satisfação Dos Utentes De Uma Clínica De Reabilitação

Desde já, agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. O tempo de preenchimento é aproximadamente de 5 minutos, sendo que o mesmo tem os seguintes objetivos:

1. O primeiro objetivo é de natureza académica, pois destina-se à recolha de informação sobre o que os utentes mais valorizam numa clínica de reabilitação, com vista à elaboração de uma dissertação de mestrado.

2. O segundo objetivo é de natureza profissional e pretende melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados nesta clínica.

O questionário tem carácter anónimo, e todas as informações prestadas são estritamente confidenciais, pois os resultados serão utilizados apenas neste estudo.

Nota: O presente questionário é baseado numa adaptação do modelo SERVQUAL (Service Quality)

Instruções para preenchimento do questionário:

Na primeira tabela, preencha apenas com um X os dados relativamente ao sexo, habilitações literárias e regime de emprego e indique-nos a sua idade.

Na segunda tabela indique, com o preenchimento com um X, a entidade responsável pelo pagamento dos tratamentos (entidade financiadora), o tipo de patologia que tem, há quando tempo se encontra a fazer tratamentos e quais os resultados esperados.

Na terceira tabela, tendo em conta toda a sua experiência com os serviços de saúde, por favor, avalie quão importante é para a sua satisfação com o serviço de reabilitação cada um dos itens referidos, utilizando para esse efeito uma escala numerada de 1 a 7, em que o valor de 1 significa “**Não é mesmo nada importante**” e o valor de 7 representa “**De máxima importância**”.

1 – Não é mesmo nada importante 4 – É o ponto neutro 7 – De máxima importância

1 Dados Sociodemográficos														
Sexo:		☐ Feminino		☐ Masculino										
Idade:														
Habilitações Literárias														
☐ Não sabe ler nem escrever		☐ Ensino Básico		☐ Ensino Secundário		☐ Ensino Superior								
Regime de Emprego														
☐ Trabalhador/a por conta de outrem				☐ Desempregado/a			☐ Estudante							
☐ Trabalhador/a por conta própria				☐ Reformado/a			☐ Doméstico/a							
2 Considerações Gerais														
Entidade Financiadora:		☐ SNS		☐ Seguro (trabalho/acidente)		☐ Seguro Pessoal (ADSE/ADM/Medis/Multicare)		☐ Particular						
Doença:		☐ Crónica		☐ Aguda										
Tempo de tratamentos:		☐ Inferior a 1 mês		☐ Entre 1 e 6 meses		☐ Superior a 6 meses								
Resultados esperados:		☐ Cura		☐ Alívio de sintomas		☐ Melhoria funcional								
Grau geral de satisfação							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	
3 Quão importante é cada um dos seguintes aspetos?														
Acessibilidade	Atendimento imediato e rápido.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Facilidade no agendamento de consultas e tratamentos.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Horários de marcação das consultas e tratamentos atempados.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Horários de acordo com as minhas necessidades.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Consultas e tratamentos sem atrasos.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Localização da clínica e estacionamento disponível.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Oferta dos melhores serviços de saúde.							☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Responsabilidade	Interesse sincero dos colaboradores na procura de respostas que levem à resolução das minhas questões.	1	2	3	4	5	6	7
	Preocupação dos colaboradores por mim e pelos meus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
	Interesse da clínica na resolução dos meus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	Segurança durante os tratamentos.	1	2	3	4	5	6	7
	Demonstração dos colaboradores de conhecimento na área da saúde para responder às minhas questões.	1	2	3	4	5	6	7
	Transmissão de segurança por parte da clínica e dos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7
	Privacidade pessoal.	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	Escuta ativa da minha opinião / inclusão na tomada de decisões.	1	2	3	4	5	6	7
	Interesse dos colaboradores em me ouvir.	1	2	3	4	5	6	7
	Interesse dos colaboradores em responder às minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
	Atendimento dos utentes de forma semelhante.	1	2	3	4	5	6	7
	Atendimento dos utentes de forma cordial e empática.	1	2	3	4	5	6	7
	Boa apresentação e identificação dos colaboradores visível.	1	2	3	4	5	6	7
Experiência	Obtenção de resultados desejados / alívio de sintomas.	1	2	3	4	5	6	7
	Atendimento individualizado e personalizado pelos colaboradores.	1	2	3	4	5	6	7
	Tempo e interesse dedicado a mim.	1	2	3	4	5	6	7
Ambiente / Espaço Físico	Boa higienização das instalações na clínica.	1	2	3	4	5	6	7
	Conforto e bom aspeto das instalações da clínica.	1	2	3	4	5	6	7
	Boa iluminação das instalações da clínica.	1	2	3	4	5	6	7
	Espaços – gabinetes, ginásio – amplos e grandes na clínica.	1	2	3	4	5	6	7
	Equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
	Equipamentos higienizados.	1	2	3	4	5	6	7
Há algum aspeto não mencionado previamente que considere importante? Qual? 								
Qual(ais) os aspetos que considera mais importante? 								