



IPAM

THE MARKETING SCHOOL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O MARKETING NO SECTOR PÚBLICO DA SAÚDE

CRIAÇÃO DE VALOR NAS UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE

AUTOR: João Fernando dos Santos Guimarães de Oliveira

ORIENTADOR: Professor Doutor Gonçalo Nuno Caetano Alves

ESCOLA SUPERIOR DE AVEIRO, SETEMBRO 2011

“We can change the world and make of it a better place.

It is in your hands to make a difference”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto do contributo de várias pessoas, as quais, de formas distintas, estiveram presentes no meu percurso. A todas, quero expressar a minha profunda gratidão.

Ao meu orientador Prof. Doutor Gonçalo Nuno Caetano Alves, pelo seu saber e disponibilidade na orientação ao longo deste trabalho.

Aos docentes do IPAM, que ao longo deste percurso, contribuíram para o meu enriquecimento académico e pessoal, com um especial agradecimento à Prof. Doutora Valentina Ribau e à Prof. Teresa Aragonez, pela disponibilidade, estímulo e entusiasmo que transmitiram.

Um agradecimento muito especial ao Prof. Joaquim Marques, que atentamente leu o trabalho e fez comentários incisivos.

A todos os enfermeiros que directa e indirectamente contribuíram para este trabalho, com um especial agradecimento à Enf. Leal Couto pela sua colaboração e informações gentilmente fornecidas.

Aos meus colegas de curso, pelo convívio e partilha, em especial à Ana, Mónica e Rita.

Aos meus familiares e amigos.

Last but not least to the best people of the Word, my wife Cecília, my son Filipe and my daughter Catarina. I am proud of you all, thank you.

RESUMO

Actualmente em Portugal, o sector da saúde ocupa um espaço muito visível na nossa sociedade, quer em termos sociais quer económicos. Os actuais desafios, exigem estratégias de gestão por objectivos, e de competição por resultados como vectores essenciais à criação de valor em saúde, e na prestação de cuidados centrados na pessoa. As recentes reformas neste sector nomeadamente nos agrupamentos de saúde, com a constituição das unidades funcionais numa visão de cuidados integrados, constituem seguramente mudanças significativas, não só para os profissionais de saúde, como para os utentes.

O objectivo deste estudo é reflectir sobre a importância do marketing no sector público da saúde, como forma de criar valor tanto para as instituições como para o utente. Também analisar como o utente percebe o valor oferecido pelas unidades funcionais nos agrupamentos de saúde.

Para obter informação e efectuar recolha de dados com fim de estudar a importância do marketing na criação de valor nas unidades de saúde, efectuámos entrevistas semi-estruturadas aos profissionais de saúde, e questionário a 128 utentes em tratamento de feridas nas salas de penso das unidades funcionais de saúde, num processo de amostragem, não probabilística de conveniência.

Os resultados evidenciam que novos serviços e o pagamento dos tratamentos, são factores que contribuem para a percepção de valor pelos utentes nas unidades de saúde do Agrupamento Pinhal Litoral I.

Palavras-chave: Marketing Serviços, Criação de valor, Unidade Funcionais de Saúde, Gestão integrada.

ABSTRACT

Nowadays in Portugal, the health sector occupies a very visible space in our society, either in terms of social or economics. The current challenges require strategies of management by objectives and competition by results for essential components, such as the creation of value in health and providing person-centered care. The recent reforms in this sector, namely in health groups, with the establishment of functional units in a vision of integrated care, constitute significant changes not only for health professionals, but also for users.

The objective of this study is to reflect on the importance of marketing in the health public sector, as a way to create value both in the institutions and for the users. Furthermore, this work also aims to analyze how the user perceives the value offered by the functional units on the health groups.

Semi-structured interviews were made to health professionals, along with questionnaires to 128 users in treatment of wounds, in order to obtain information and data concerning the study of the importance of marketing in the creation of value in health units. The sampling process was non-probabilistic of convenience.

The results showed that new services and the payment of treatments are factors that contribute to the users' perceive of value in health units from Agrupamento Pinhal Litoral I.

Keywords: Marketing Services, Creation of Value, Health Functional Units, Integrated Management.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	3
ABSTRACT	5
ÍNDICE GERAL.....	6
ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
LISTA DE ANEXOS	12
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	13
1.1. O marketing no sector público da saúde	16
1.2. Domínio e foco do projecto.....	20
1.3. Formulação do problema.....	22
1.3.1 Objectivo do estudo	24
1.4. Campo de aplicação	25
1.5. Justificação do projecto	25
CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1. O Marketing e a saúde.....	27
2.2. A economia nos serviços do sector da saúde.....	33
2.3. Os serviços e o mercado	34
2.4. A criação de valor	36
2.5. Gestão dos serviços da saúde.....	38
2.6. Participação do cliente no processo dos serviços	43
2.7. Relacionamento.....	47

2.8.	Relação dos profissionais de saúde/cliente.....	48
2.9.	A percepção do preço pelo consumidor.....	50
CAPÍTULO III - METODOLOGIA		52
3.1.	Paradigma e metodologia da pesquisa.....	52
3.2.	Metodologia e tipos de pesquisa adoptados.....	53
3.3.	Hipóteses.....	54
3.4.	Estudo exploratório.....	55
3.5.	Pesquisa quantitativa	56
3.6.	Pesquisa qualitativa	56
3.7.	Amostra e procedimentos de amostragem	57
3.8.	Definição da amostra	57
CAPÍTULO IV - TRABALHO DE CAMPO		59
4.1.	Entrevista	59
4.2.	Descrição das entrevistas semi-estruturadas.....	59
4.3.	Síntese das entrevistas	60
4.4.	Justificação do questionário.....	60
4.5.	Elaboração do questionário	61
4.6.	Procedimentos para a obtenção de dados	62
CAPÍTULO V - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		63
5.1.	Caracterização da amostra	63
5.2.	Tratamento de dados.....	64
5.3.	Análise Estatística.....	65
5.3.1	Importância da consulta clínica.....	65
5.3.2	Os materiais contribuem para os resultados	67

5.3.3	Pagamento dos tratamentos	69
5.4.	Resultados	70
CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO		73
6.1	Limitações	75
6.2	Recomendações	75
BIBLIOGRAFIA		76
ANEXOS		82

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Modelos de organização das USF	31
Quadro 2. Definições de autores para os serviços	34
Quadro 3. Factores de suporte ao exercício da gestão na saúde	42
Quadro 4. Distribuição das questões do questionário pelos grupos em análise	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura Orgânica dos ACES	19
Figura 2. Reforma do Sistema de Saúde	23
Figura 3. Valor em Saúde/Sistema Centrado na Pessoa	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Média dos utentes inscritos nas salas de penso na sede do ACES Pinhal Interior I	83
Anexo II – Guião das entrevistas	84
Anexo III – Síntese das entrevistas	85
Anexo IV – Questionário	86
Anexo V – SPSS – Outputs – Caracterização da amostra	88
Anexo VI – SPSS – Outputs – Kolmogorov-Smirnov	90
Anexo VII – SPSS – Outputs – Importância da consulta clínica	93
Anexo VIII – SPSS – Outputs – Os matérias contribuem para os resultados	96
Anexo IX – SPSS – Outputs – Pagamento dos tratamentos	99
Anexo X – SPSS – Outputs – Resultados	102

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Antecipar tendências, detectar ameaças ou oportunidades, não é uma tarefa fácil, pois as forças ambientais estão em constante mudança e possuem como característica fundamental o imprevisto. A constante mutação a que a sociedade actual está sujeita, devido a novos condicionalismos decorrentes da sua própria evolução, leva a que todos os sectores que a integram tenham que se adaptar com a necessária urgência a uma nova realidade e orgânica social. No sector da saúde, esta adaptação é bem visível, isto porque, a esperança média de vida aumentou em 30 anos no decorrer do Século XX¹. Hoje, a esperança média de vida em Portugal é de 78 anos²

Este aumento da esperança média de vida deve-se a vários factores: aos avanços na medicina, ao desenvolvimento tecnológico, ao aperfeiçoamento dos cuidados de saúde e principalmente ao desenvolvimento de medicamentos (Kolla & Landis, 2004).

A esperança de vida associada a outros factores como a natalidade e fluxos migratórios, que às taxas registadas actualmente na Europa, deixam anunciar, num horizonte próximo, grandes alterações demográficas. Estas alterações, levam-nos a assistir já hoje, a um problema de cariz mundial, que é o financiamento por parte dos governos ao sector da saúde. No entanto, é visível o esforço dos governantes na melhoria e organização dos sistemas de saúde, de forma a encontrar equidade, eficiência e a efectividade na resposta dos problemas colocados pelos cidadãos.

Os desafios actuais, exigem estratégias de gestão por objectivos e de competição por resultados como vectores essenciais à criação de valor em saúde e na prestação de cuidados centrados na pessoa³.

¹ Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas – Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 2006

² Instituto Nacional de Estatística -

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2

³ Escoval. Ana, - Seminário - Financiar, pagar, contratualizar em saúde - das actividades aos resultados, Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa, 2009.

Neste contexto, surge actualmente em discussão na Europa o conceito de cuidados integrados, como modelo de gestão na saúde. Segundo (Dias & Santana, 2009, p. 13), “os objectivos dos cuidados integrados são a eliminação das redundâncias, a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados de saúde, bem como a autonomia dos utentes”. Para Raak *et al.* (2003, como citado em Dias & Santana, 2009, p.13), “cuidados integrados são iniciativas de cooperação intersectorial, entre prestadores de cuidados de saúde e na área social, com vista à disponibilidade de cuidados de forma contínua, sem interrupções, a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades”. A temática dos cuidados integrados está muito associada à qualidade do serviço prestado.

Segundo Donabedian (1980 como citado em Dias & Santana, 2009), identifica três tipos de abordagem a esta questão: Estrutura, Processo e Resultados. A estrutura, representa as instituições bem como os recursos disponíveis aos profissionais de saúde, o processo, envolve a relação entre os profissionais e os utentes, os resultados, referem-se aos efeitos no estado de saúde dos utentes, evitando as interrupções na prestação dos serviços. Quanto à estrutura e segundo (Martin & Henderson, 2004), realça a importância das prestações dos serviços de saúde estarem integrados com os serviços sociais. Esta gestão integrada, prende-se pelo facto de muitos utentes necessitarem de uma gama de serviços, que possam ter origem em qualquer lugar dentro da mesma organização, ou de organizações diferentes.

Em Portugal, e no actual sistema verifica-se entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, despachos conjuntos, no que respeita à disponibilidade de verbas para apoio a doentes, que por qualquer razão necessitem de material médico, definido como ajudas técnicas. Estes despachos anuais, entre estes dois ministérios não fazem com que exista uma gestão integrada como é defendida pelos autores acima mencionados.

Na gestão integrada entre vários organismos (Martin & Henderson, 2004), remetem-nos também para a importância da distinção entre prestações e resultados. As prestações nas unidades de saúde e dos serviços sociais, referem-se geralmente aos procedimentos e processos, como o número de doente tratados, o número de

planos de cuidados de saúde, que são na sua generalidade fáceis de se mensurarem. Quanto aos resultados o autor defende que os mesmos, “tendem a acontecer fora dos serviços... e só parcialmente caem dentro do controlo dos que especificam e prestam os serviços”. Nas unidades de saúde (Martin & Henderson, 2004, p. 152), afirmam ainda que “os resultados desejados de um serviço nem sempre são fáceis de definir, e são frequentemente difíceis de medir”, pois um doente, quando tratado da sua patologia, pode não regressar aos serviços que prestaram o seu tratamento.

As tecnologias de informação e comunicação, também assumem um papel fulcral no desenvolvimento das instituições, pois contribuem significativamente para uma melhoria não só do acesso aos respectivos serviços, bem como uma percepção do utente quanto a sua eficácia. O uso das tecnologias de informação pelos governos, é defendido por (Dwivedi, 2009), como a necessidade de proporcionar melhoramentos, ou criar novos serviços, de forma a torná-los mais ágeis e acessíveis, adaptados às necessidades e expectativas dos cidadãos.

Ainda e segundo (Hackney, Jones, & Irani, 2005), os “governos electrónicos”, constituem um fenómeno emergente com grandes investimentos, no sentido de modernização do sector público.

Os sistemas de informação são estradas onde os processos e comunicações de ideias, constituintes das várias vertentes dos negócios, ganham um importante suporte na gestão otimizada da informação. A opção de informatizar uma instituição de saúde, é para Gomes (como citado em Cabral, Amador, & D'Oliveira Martins, 2010), um estágio evolutivo da organização na estratégia, estrutura, sistemas de valores, competências e recursos humanos, onde de forma alinhada sofram transformações síncronas com vista a maximizar a probabilidade de sucesso.

Relativamente ao futuro do sistema de saúde português e segundo (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2006), o desenvolvimento da sociedade em rede implica uma nova arquitectura de governação, que deve favorecer o desenvolvimento de redes cooperativas de forte partilha de conhecimento e valores, com investimentos em aspectos funcionais que garantem a resposta necessária das infra-estruturas materiais e tecnológicas – informação, comunicação, decisão efectiva

e partilhada, relações de confiança, enfoque nos resultados, monitorização, avaliação e aprendizagem – do que nas infra-estruturas em si próprias.

1.1. O marketing no sector público da saúde

O envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, novas tecnologias e recursos financeiros limitados, leva a que os governos sejam confrontados com novos desafios. Hoje, existem uma diversidade de serviços, de profissionais de saúde e sociais, que respondem às necessidades dos utentes, dum modo tão disperso que compromete a acessibilidade e a eficiência dos serviços.

Actualmente em Portugal, o sector da saúde ocupa um espaço muito visível na sociedade, quer em termos sociais quer económicos. Há uma grande participação do Estado neste sector. Ao recolher impostos, assume as responsabilidades financeiras das despesas dos cuidados de saúde para com os seus cidadãos. O Estado, fornece e produz bens e serviços através dos hospitais, centros de saúde, programas de apoio aos idosos entre outros, assegurando assim o acesso universal e tendencialmente gratuito a cuidados de saúde, conforme consagrado na Constituição da República Portuguesa, Artigo nº 64⁴.

O sistema vigente em Portugal está muito centrado nos cuidados de saúde diferenciados. No entanto, uma gestão mais racional e eficiente dos recursos emerge e promove um novo sistema, onde existe uma maior focalização nos cuidados de saúde primários. Este reconhecimento está presente no Programa do XVII Governo Constitucional, onde atribui aos cuidados de saúde primários um papel central do sistema, por este ser o primeiro acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

“O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.”⁵

⁴ Constituição da República Portuguesa, versão 1997, Porto Editora.

⁵ Diário da República, 2ª série – Nº 54 – 18 de Março de 2009. Ministério da Saúde, Despacho n.º 7816/2009.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para continuar a desempenhar o seu papel social insubstituível, necessita de superar definitivamente a lógica centralizada de “comando e controlo” para um “descongelamento periférico” do sistema, com base num ponto de encontro entre o cidadão e os profissionais de saúde⁶.

Para (Antunes, 2001), o futuro do SNS passa, essencialmente por formas alternativas de gestão dos serviços, numa perspectiva de gestão com base no sucesso ou insucesso dos serviços prestados. Ainda e segundo (Antunes, 2001, p. 109), uma das prioridades principais para uma gestão eficiente, era “a atribuição de mais responsabilidade aos agentes locais, que se encontram mais dentro da acção dos serviços e que, naturalmente, melhor lhes conhecem as características e as necessidades”.

Esta visão do autor, é reforçada pelos Centros de Responsabilidade, criados pela Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º19/88), com o intuito de descentralização de decisões e repartição de responsabilidades, em primeira linha, e a utilização de modelos e técnicas empresariais de gestão como segunda linha. Nenhum dos pressupostos e instrumentos referidos funcionou, pois e segundo (Antunes, 2001, p. 110), “não houve coragem para o implementar com todas as suas consequências”.

Em 1999, foi ressuscitada a ideia, e através da regulamentação pelo Decreto-Lei 347/99 de 18 de Setembro, são criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI). O grande objectivo primário na criação destes centros é, melhorar o acesso e a qualidade de atendimento dos cuidados prestados, como resultado de um melhor desempenho dos profissionais e de uma maior eficiência na utilização de recursos, quer humanos, quer materiais.

Para (Barros, 2005), os CRI visam conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e defender o melhor dos recursos, para além de procurar

⁶ Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009.

instituir estruturas que levem mais facilmente à obtenção de ganhos em saúde, a maior satisfação dos profissionais de saúde e maior satisfação dos utentes.

Mas só em 2005, surge a primeira grande reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a criação das Unidades de Saúde Familiar nos Centros de Saúde como resposta tangível àquilo que as pessoas consideram ser de primordial relevância – cuidados de saúde de fácil acesso e boa qualidade de atendimento.

Os Centros de Saúde surgem como estruturas que se devem articular com o hospital, onde se desenvolve um conjunto de actividades que remetem para a prevenção da doença, mas onde começa também a ganhar relevância a prestação de cuidados centrados na pessoa.

Em 2008, entramos numa nova fase da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa óptica integrada, com a criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), através do Decreto – Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (ver Figura 1). Estes agrupamentos são unidades intermédias das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Centros de Saúde (CS), constituídos por várias unidades funcionais e destinadas a garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os ACES são serviços dotados de autonomia administrativa, organizativa e técnica, cuja delimitação da área geográfica foi recentemente fixada por diversas portarias⁷. Foram constituídos setenta ACES, face ao número de residentes, à estrutura de povoamento, ao índice de envelhecimento de cada região e ao acesso da população ao hospital de referência (Cabral, et al., 2010).

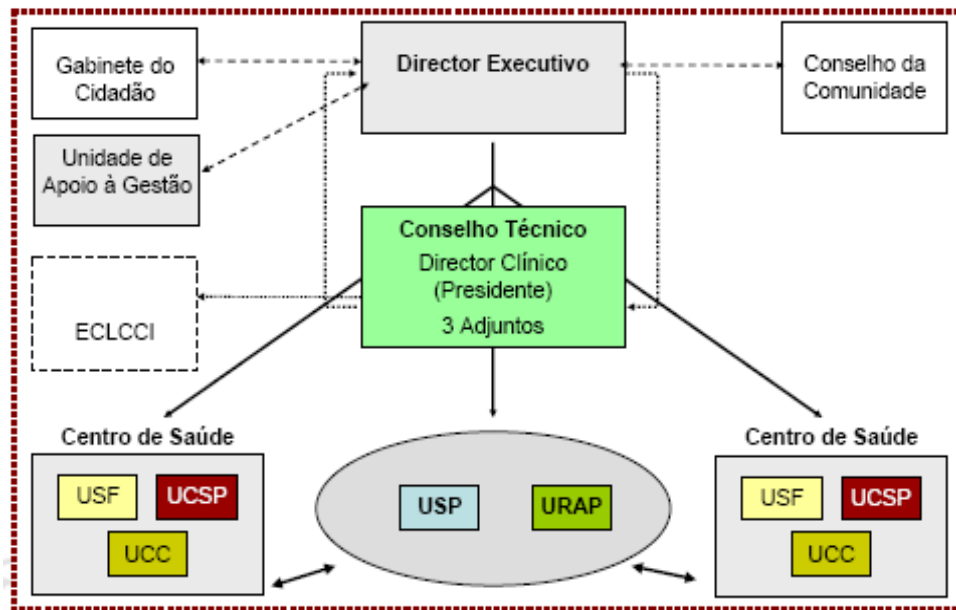
Nos recursos humanos dos 70 agrupamentos, estão previstos 6.111 médicos e 7.333 enfermeiros, para uma população de 10.151.735 utentes⁸. Cada agrupamento terá um director executivo (nomeado pelo Governo, sob proposta fundamentada do conselho executivo da respectiva ARS), um conselho clínico, composto por um presidente e três vogais. Em cada agrupamento, estão previstas várias unidades

⁷ Diário da República, 1ª série – Nº 54 – 18 de Março de 2009, Portaria n.º 272/2009, Portaria n.º 273/2009, Portaria n.º 274/2009, Portaria n.º 275/2009 e Portaria n.º 276/2009.

⁸ Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro.

funcionais tais como: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS.

Figura 1. Estrutura Orgânica dos ACES



Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008

As unidades são constituídas por equipas multiprofissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e outros que se entendam necessários), com compromissos relativos à prestação de cuidados de saúde nas áreas da intervenção, através do desenvolvimento de planos de acção.

Para (Cabral, et al., 2010), esta reforma caracteriza-se pela reorganização profunda dos serviços nos CS, com a criação de órgãos próprios de gestão e de redes de equipas autónomas, com relações de contratualidade interna, visando a responsabilidade nos processos e na avaliação dos respectivos resultados a todos os níveis.

1.2. Domínio e foco do projecto

Verifica-se cada vez mais o peso dos serviços na economia, e nomeadamente no sector da saúde. Podemos definir de uma forma empírica, algumas actividades que constituem a base pura e simples dos serviços. Quando nos referimos aos serviços associamos desde logo ao sector terciário na classificação dos sectores da economia, ou seja, os serviços são todas as actividades cuja consequência não é a produção de bens físicos ou mensuráveis.

Assim, o domínio deste estudo enquadra-se no Marketing de Serviços e de Gestão/Estratégia tendo o seu foco: o marketing na criação de valor nas unidades funcionais de saúde.

Nas instituições de Saúde são todos os seus colaboradores (administrativos, pessoal auxiliar, enfermeiros, médicos e outros), os principais activos, que através do seu conhecimento contribuem para a criação de valor dos serviços prestados, nas várias unidades de saúde compostas pelos ACES. Assim, o marketing encontra desafios na implementação dos respectivos processos de serviços, de forma a melhorar constantemente a percepção dos utentes, na cadeia de valor criado pelos serviços produzidos pelos profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros ou administrativos.

Com a criação dos novos ACES, o conceito de valor assume neste contexto, uma importância relevante. Segundo (Porter, 1985), o conceito de valor está incluído, não só em cada organização que presta serviços individualizados, mas em todas as unidades que com esta se relacionam, incluindo os próprios utentes. Assim, e segundo o mesmo autor, o conceito de cadeia de valor passa pela desagregação da organização em múltiplas unidades de produção, com processos que representam vantagens competitivas, visando uma diminuição dos seus custos, bem como oferta de serviços diferenciados.

Ainda segundo (Porter, 1985), as sinergias entre as várias unidades com a partilha de recursos, podem resultar em reduções significativas de custos e uma melhor resposta às solicitações exteriores. O mesmo autor defende ainda que no caso da saúde, a reorganização do atendimento por equipas integradas de clínicos,

definidas pelas necessidades do utente, a medição e monitorização dos resultados clínicos ao longo de todo o processo e a avaliação do valor obtido em saúde ao invés da quantidade de serviços, são as alterações estruturais no aumento da eficiência e conseqüentemente na melhoria dos resultados Porter, (2006. como citado em Teisberg & Wallace, 2009).

De forma a assegurar este valor, nas unidades de saúde familiar, que constituem a pedra basilar em que assenta o actual processo de reforma, é necessário certificar que os cuidados de saúde pagos produzem valor suficiente para justificar um maior investimento, pois a necessidade de criar mais valor e fazer melhor com os recursos existentes deve ser a primeira escolha do Governo⁹.

No que respeita aos utentes do serviço nacional de saúde, estas definições dos autores estão ainda longe de pudermos avaliar, ou seja, o utente tem uma participação monetária directa, muito reduzida ou nula, pelos serviços que o estado oferece, não valorizando assim, o respectivo valor oferecido.

Para (Porter, 1985), a definição de valor é aquilo que o comprador está disposto a pagar para ter, em troca, o produto ou o serviço em questão. O mesmo autor em (2006 como citado em Teisberg & Wallace, 2009), refere que o valor em cuidados de saúde, é a melhoria dos resultados alcançados face ao dinheiro despendido.

Já para (Kotler, 2005, p. 40), “o valor percebido pelo consumidor, é a diferença entre a avaliação que o potencial cliente faz de todos os benefícios e todos os custos de uma oferta e as alternativas percebidas”.

A maioria dos serviços públicos nas USF, não tem qualquer custo directo para o utente, podendo este usufruir da acessibilidade aos cuidados de saúde e dos serviços neles prestados vezes sem conta, sem que com isso, valorize os serviços oferecidos pela instituição.

⁹ Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2009 - Relatório Primavera, 10/30 Anos – Razões para continuar.

1.3. Formulação do problema

A reforma vigente no sector da saúde e nomeadamente nos novos agrupamentos, através das unidades funcionais, deparam-se com um dos maiores problemas, “não existe antecedentes portugueses para este tipo de reforma nem tão pouco são conhecidas experiências internacionais comparáveis”¹⁰.

No entanto o problema de base surge na sustentabilidade e equidade do serviço de saúde. Actualmente, o debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões – a sustentabilidade e a equidade. As escolhas disponíveis para o decisor, geralmente, afectam uma destas dimensões, sendo certo que, algumas das medidas que promovem a sustentabilidade financeira conduzem a uma maior despesa privada, colocando em risco o objectivo da equidade.

Neste contexto os sistemas de saúde são confrontados com importantes desafios. Assim, e numa visão integrada há que realçar o desenvolvimento de ferramentas estratégicas, culturais e estruturais que o estado tem vindo a promover com a criação das novas unidades funcionais nos agrupamentos de saúde.

A criação dos ACES, visam a constituição de redes de forma a se articularem melhor com as necessidades dos cidadãos, mas também a articulação com outras unidades de saúde, procurando assim uma maior eficiência dos recursos tecnológicos, humanos e financeiros.

Hoje, assistimos cada vez mais, a uma maior importância das despesas de saúde no consumo de recursos, quer em termos globais, quer em termos de despesas públicas (Barros, 2005). As causas do aumento das despesas com a saúde têm origem no progressivo envelhecimento da população, no progresso tecnológico e no aumento do rendimento das populações Barros, (2006, como citado em Carvalho, 2008). Assim, as necessidades de saúde da população exigem seguramente dos governos, respostas cada vez mais complexas, devido a uma progressiva alteração do perfil

¹⁰ Relatório do grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009.

epidemiológico das doenças, da população mais envelhecida e com patologias mais incapacitantes e onerosas (ver Figura 2).

Figura 2. Reforma do Sistema de Saúde



Fonte: Escola Nacional de Saúde Pública – Seminário – Financiar, pagar, contratualizar em saúde, 2009

Se por um lado houve um aumento significativo das despesas com a saúde, é também inquestionável o aumento dos ganhos em saúde que foram obtidos nas últimas décadas (Carvalho, 2008). Prova efectiva é o aumento da esperança de vida tanto dos homens como das mulheres, que levou em Portugal a uma reforma dos cuidados de saúde primários. Iniciada em 2005 na legislatura do XVII Governo Constitucional, esta reforma conjuga princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização, centrada nas populações, sensíveis às suas necessidades e preferências, configurando-se assim num novo modelo de prestação de cuidados de saúde.

Os agrupamentos de saúde têm assim, a oportunidade de construir relações duradouras com os seus utentes, visto haver directamente transacções na sua maioria pessoais, entre os prestadores de serviços de saúde e a população adstrita à instituição de saúde. O conhecimento pelas organizações, das necessidades dos

clientes é para (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005), uma grande vantagem competitiva, pois permite um marketing direccionado e um tratamento individual. Esta visão pode ser entendida numa óptica de organizações visando o lucro, no entanto os serviços públicos de saúde devem oferecer aquilo que as pessoas realmente necessitam.

Para (Carvalho, 2008), a saúde, é seguramente o único sector onde não se ouve um utente/cliente a solicitar um serviço ou produto exactamente igual ao de outro utente/cliente, ou ainda, qualquer profissional de cuidados de saúde a publicitar taxas de sucesso de 100%. Assim, e segundo (Carvalho, 2008, p. 14), “o exercício de excelência na saúde não pode ser exclusivo de nenhuma classe profissional”.

Os utentes cada vez mais informados, apreciam a qualidade dos produtos e serviços. No entanto, o utente, já não se contenta apenas com a qualidade produzida nos cuidados de saúde, exprimindo e exigindo cada vez mais com a qualidade percebida dos serviços associados como: comportamento no atendimento, locais de acesso, salas de espera, modo como os familiares são atendidos e o acesso à informação clínica (Montebello, 2003).No sector público em Portugal, e nomeadamente na saúde, nunca houve a preocupação de valorização dos serviços numa óptica mercantilista. De facto e na generalidade, os serviços prestados em saúde têm sempre mais críticas do que elogios, segundo (Carvalho, 2008, p. 47) “o que conceitua verdadeiramente o serviço, é o seu desenho, desenvolvimento e monitorização sempre e só na perspectiva do utilizador, integrando a nuclearidade de todos os vectores estratégicos no funcionamento da respectiva organização”.

1.3.1 Objectivo do estudo

Os principais objectivos pretendidos com este estudo são:

- Reflectir sobre a importância do marketing no sector público da saúde, como forma de criar valor tanto para as instituições como para o utente.
- Identificar e avaliar como o utente percebe o valor oferecido pelas novas unidades de tratamento nos ACES.

1.4. Campo de aplicação

O campo de aplicação deste trabalho será nos ACES pertencentes à zona geográfica da Administração Regional de Saúde Centro. São 14 os agrupamentos de saúde que compõem a região centro do país. Cada agrupamento tem um director executivo, um presidente do conselho clínico e três vogais, sendo a sua composição (um médico, um enfermeiro e um profissional que representa as outras funções dentro do agrupamento).

Na tentativa de melhor identificação das necessidades do marketing na criação de valor, nas unidades de saúde dos ACES, contactamos profissionais de saúde, bem como utentes, em tratamento a feridas crónicas. Esta escolha prende-se pelo facto de nestas unidades, não ser cobrado qualquer taxa moderadora aos utentes, e existir desde o ano 2000, novos materiais com fins terapêuticos, disponíveis aos profissionais de saúde. Este facto constituiu uma larga experiência dos profissionais de saúde, na operacionalidade dos serviços prestados. Quanto à escolha dos utentes em tratamento a feridas crónicas, justifica-se por terem geralmente tratamentos em espaços temporais prolongados, obrigando por isso, a deslocações recorrentes a estas unidades de tratamento.

1.5. Justificação do projecto

O desafio no sector de saúde é hoje uma constante para os novos gestores. As recentes reformas neste sector nomeadamente nos agrupamentos de saúde, com a constituição das unidades funcionais de saúde, numa visão de cuidados integrados constituem seguramente mudanças significativas, não só para os profissionais de saúde como para os utentes.

Neste contexto, ao pensar em criar valor nas instituições, as empresas e segundo (Serra, Ferreira, Torres, & Torres, 2010), necessitam de saber quais as suas competências e recursos que possuem e quais as que devem desenvolver, pois o seu desempenho é determinado, em cada momento.

Neste novo paradigma verifica-se a necessidade de recursos humanos diferenciados em áreas como a de marketing, no que concerne ao desenvolvimento e

apoio futuro na elaboração de projectos de acção, criação, desenvolvimento ou adaptação de novos serviços, comunicação com os utentes e interacção com outras organizações nos processos de saúde, sejam elas instituições públicas ou privadas.

A necessidade de desenvolvimento de actividades sejam em *back-oficce* ou *front-oficce*, com o objectivo de criação de valor nestas instituições, constituem interessantes desafios para os profissionais de marketing.

O interesse do tema desta investigação, prende-se pelo facto da inexistência de gestores de marketing, no capital humano, como factor qualitativo para o desenvolvimento das competências centrais dos agrupamentos de saúde.

O atingir dos objectivos deste estudo, permitirá justificar a necessidade de profissionais de marketing no capital humano, para em sinergia com os restantes colaboradores, dar cumprimento à missão das diversas unidades funcionais no sector público da saúde.

CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo, procede-se à fundamentação teórica, através da revisão da literatura, com o objectivo do enquadramento conceptual e teórico, com base no domínio e foco em estudo. Como domínio, este trabalho enquadra-se no Marketing de Serviços e de Gestão/Estratégia, com foco na criação de valor nas unidades funcionais de saúde.

Este estudo justifica-se, porque os serviços estão no centro de qualquer actividade económica.

Em Portugal, o serviço de saúde faz parte integrante das infra-estruturas dos respectivos governos, operando consoante os seus programas, tutelados pelo Ministério da Saúde e enquadrados na Constituição da República Portuguesa.

A Constituição Portuguesa, estabelece o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este princípio levou à criação do Serviço Nacional de Saúde de forma ao Estado garantir o “acesso de todos os cidadãos independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação” Constituição da República Portuguesa. (1997, como citado em Barros, 2005, p.349).

2.1. O Marketing e a saúde

Em Portugal os serviços públicos de saúde nunca foram geridos sobre uma óptica mercantilista, ou seja, as organizações como hospitais e centros de saúde, não visam o lucro financeiro, logo, parece-nos difícil aceitar o conceito de marketing nos serviços públicos de saúde.

Normalmente não encontramos nos organismos públicos de saúde, um departamento de Marketing, ao mesmo nível que qualquer outro organismo privado. No entanto e segundo (Lamata, Conde, Martinez, & Horno, 1994), as actividades de marketing realizam-se em qualquer organismo público de saúde. Com efeito estudam-se necessidades (estudos de mercado), desenham-se programas e protocolos (produtos), procuram-se constantemente uma melhoria na acessibilidade

e utilização dos serviços (distribuição) e realizam-se um conjunto de folhetos informativos para os utentes (comunicação). Todas estas funções são normalmente geridas por diversos departamentos e vários níveis de responsabilidade, que raramente influenciam o percurso das organizações de forma determinante.

Para (Minadeo, 2010, p. 2), muitas das actividades ligadas à saúde, são geralmente realizadas por organismos públicos, ou instituições sem fins lucrativos, o que leva a alguma resistência na adopção de estratégias de marketing nessas organizações, pois as mesmas são “vistas por muitos profissionais como desvinculadas de suas finalidades ou até mesmo contrárias a elas”.

Uma definição bastante simples do marketing, no que respeita à sua finalidade para as organizações, é a de conquistar e manter clientes (Minadeo, 2010).

Para (Kotler & Keller, 2006, p. 4), marketing “envolve a identificação e a satisfação das necessidades humanas e sociais”.

Várias podem ser as definições de marketing com visões mais ou menos mercantilistas, no entanto e segundo (Minadeo, 2010, p. 1) o marketing na sua definição de raiz é “Mercado em Movimento”. Neste âmbito, e segundo o mesmo autor, todas as instituições, independentemente da sua finalidade, necessitam focar a actuação no cliente, pois a sobrevivência das organizações depende, em última instância, no grau de obtenção da resolução dos problemas dos seus clientes.

No caso da saúde muito se tem debatido sobre se o doente é um cliente. Esta questão é para (Carvalho, 2008), de máxima importância pois a perspectiva da relação personalizada que se estabelece com o doente/cliente, e também a qualificação do enquadramento organizacional em que funcionam, coloca-nos na posição de as organizações de saúde serem ou não empresas. O autor afirma também que na saúde existe o potencial acto de venda do produto ou serviço, iniciando assim, uma relação entre o respectivo prestador e o destinatário, criando a expectativa de resultados, que garantem a eficácia da relação entretanto constituída.

Para (Antunes, 2001, p. 135) a designação de cliente “tem para mim, e para muitos outros, a infeliz conotação com os aspectos comerciais da medicina”. No entanto o autor afirma que, a falência do Estado Previdência, como único financiador,

gestor e prestador dos cuidados de saúde, levam a abertura e aceitação do sector privado como prestador de cuidados de saúde, conferindo assim ao cidadão a liberdade de escolha entre os sectores público e privado.

Esta tendência também partilhada por (Carvalho, 2008, p. 43), ao afirmar que os serviços de saúde “vão no sentido de dar ao utente a oportunidade de escolher entre fornecedores alternativos, não necessariamente todos dentro do sector público”.

Também no Reino Unido, as reformas do SNS, vão no sentido de abertura do mercado privado, com o objectivo de melhorar o desempenho da prestação dos cuidados de saúde, permitindo assim, que o utente escolha o seu prestador. Neste contexto (Willcocks, 2008), desenvolveu um trabalho de investigação, junto dos profissionais de saúde em diversos departamentos no SNS do Reino Unido, com a finalidade de explorar a aplicabilidade do marketing nos serviços de saúde.

O autor refere também o cepticismo da aplicabilidade do marketing aos cuidados de saúde por vários quadrantes pelo facto de:

- O marketing ser mais comercial em oposição aos objectivos sociais;
- A competição entre instituições visa o lucro e não a qualidade dos serviços;
- Os serviços em saúde são em grande medida intangíveis;
- A procura é imprevisível;
- Uma indefinição no conceito “cliente” Scrivens, (2006, como citado em Willcocks, 2008).

Apesar do cepticismo da aplicabilidade do marketing nos serviços de saúde, para (Montebello, 2003), o sistema público de saúde segue a mesma lógica que muitos dos sectores privados, pois existe a situação de concorrência entre os dois sistemas, passando a existir várias ofertas entre os concorrentes.

Em Portugal o SNS encontra-se numa fase de profunda reforma com o objectivo de redução dos custos, através de ganhos de eficiência nos cuidados de saúde, sem que com isso afecte a qualidade e a acessibilidade (Rego & Nunes, 2010).

Segundo Oliver, (2005, como citado em Rego & Nunes, 2010), em países com um modelo de SNS, tem-se verificado uma separação dos papéis do estado no que concerne ao financiamento, regulação e prestação dos cuidados de saúde. O Estado assume o financiamento e a regulação, contratualizando com outros operadores a prestação dos serviços de cuidados de saúde.

Segundo o Department of Health, (2007, como citado em Willcocks, 2008), este sistema é visto com um importante factor na melhoria da qualidade oferecida bem como a possibilidade de prestar um serviço mais personalizado aos utentes. Ainda e segundo o departamento de saúde no Reino Unido, os utentes sentem-se muitas vezes tratados como simples números, existindo longos períodos de espera por cirurgias e informação insuficiente aos tratamentos efectuados.

No entanto a competição entre prestadores de serviços de saúde pode, e segundo Ham, (2007, como citado em Willcocks, 2008), ser uma ameaça, pois a acessibilidade e a assistência podem não corresponder com as necessidades dos utentes. Já para Boyle, (2005, como citado em Willcocks, 2008), apresenta o lado positivo de haver vários operadores de cuidados de saúde, pois a qualidade e o desempenho dos serviços aumentam, como forma de atrair clientes.

Neste contexto, (Willcocks, 2008), as organizações de saúde que operam neste mercado, tornam-se concorrentes, e surgem algumas questões relevantes como:

- A estrutura do mercado;
- A dimensão da procura;
- Segmentação do mercado;
- Pontos fracos e fortes dos concorrentes;
- Necessidades dos “clientes”.

A necessidade de respostas a estas questões, é uma oportunidade para o marketing integrar os novos modelos de gestão nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. A actual reforma dos CSP, caracteriza-se por uma profunda reorganização dos CS, com órgãos próprios de gestão, num modelo de equipas autónomas e com possibilidade de contratualização interna Ramos, (2009, como

citado em Rego & Nunes, 2010). A reestruturação dos CS¹¹, prevê a criação de pequenas unidades de saúde funcionais multi-profissionais as Unidades de saúde Familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, em vários modelos de organização como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Modelos de organização das USF

Modelo A	<p>Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna;</p> <p>Possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF.</p>
Modelo B	<p>Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos;</p> <p>Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.</p>
Modelo C	<p>Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído;</p> <p>Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a</p>

¹¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007; Despacho n.º 24101/2007 de 22 de Outubro

	controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.
--	--

Fonte: Despacho n.º 24101/2007 de 22 de Outubro

Através deste despacho, verifica-se no Modelo C, apesar de carecer de diploma próprio, a abertura ao sector privado como prestador de serviços de saúde, numa gestão de capitais privados. No entanto, a abertura dos serviços de saúde por organizações privadas, não põe em causa o conceito de equidade conforme consagrado na nossa Constituição.

Com a introdução de novos operadores de serviços de saúde e consequentemente com novos modelos de gestão na saúde, onde existe seguramente uma visão empresarial, a maximização do lucro é para (Rego & Nunes, 2010, p. 257), um factor onde este “não pode ser o objectivo prioritário dos produtores /prestadores”. Para as instituições públicas de saúde e apesar de o lucro não ser o objectivo central, o autor afirma que é determinante que as instituições observem os seus custos de produção dos serviços de saúde.

Para (Rego & Nunes, 2010, p. 256), os novos modelos das organizações prestadores de cuidados de saúde, vão exigir de todos os profissionais “habilitações para trabalhar em equipas de saúde multi-profissionais e aos respectivos gestores, a capacidade de liderança e conhecimentos que lhes permitam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão nos recursos ao seu dispor”.

Em conclusão do estudo de investigação elaborado por (Willcocks, 2008), com as devidas limitações, face ao sector privado de saúde, o autor sugeriu que o marketing deveria ser aplicado pelos profissionais dos diferentes departamentos do SNS, como forma a melhorar o seu desempenho e eficácia organizacional nomeadamente:

- Entender a qualidade como construção do sucesso;
- Compreender o relacionamento dinâmico entre os colaboradores/prestadores de serviços de saúde e o utente/cliente;

- Desenvolver relações com os diferentes *stakeholders*;
- Identificar e especificar os atributos dos serviços oferecidos;
- Entender a importância do envolvimento dos utentes nos processos dos serviços de saúde;
- Compreender a necessidade de uma cultura de mercado, orientado para o cliente;
- Desenvolver estratégias de mercado com aplicação do marketing mix;
- Analisar a natureza do mercado de cuidados de saúde.

Esta nova visão do mercado da saúde com entrada do sector privado origina uma grande pressão sobre os profissionais de saúde e os gestores (Rego & Nunes, 2010). Para Madureira, (2006, como citado em Rego & Nunes, 2010, p. 256), “ a preocupação com a eficiência, a economia e a imposição dos custos ..., pode colidir com a prestação de cuidados médicos de acordo com determinados princípios deontológicos”.

2.2. A economia nos serviços do sector da saúde

O consumo, a poupança e o investimento têm um papel central no desempenho económico de um país. Os países que poupam e investem grandes parcelas dos seus rendimentos tendem a ter um crescimento rápido dos seus produtos e serviços (Samuelson & Nordhaus, 2005).

Todos os dias da nossa vida nos deparamos com serviços, dos mais diversos como sejam: alimentação, comunicação, transporte, saúde entre outros. Podemos entender assim, que os serviços estão na base de qualquer economia. Numa economia industrializada, os serviços sejam estruturais ou não, funcionam como intermediários e canais de distribuição para todos os cidadãos da sociedade onde se inserem.

Os governos têm um papel primordial no desenvolvimento de sociedades estáveis, proporcionando investimentos e crescimento económico. O sector da saúde em geral e o sector hospitalar em particular são de primordial importância nas economias desenvolvidas. Para (Moliner, 2009), esta importância surge tanto ao nível

social como uma necessidade básica e de maior prioridade para os seres humanos, como ao nível económico, visto requererem grandes quantidades de recursos.

Assim, é imperativo reconhecer que, serviços como a saúde fazem parte integrante da sociedade, estão presentes no cerne da economia e na construção de uma população mais próspera.

2.3. Os serviços e o mercado

Um serviço é um fenómeno complexo. Hoje, existem uma variedade de serviços, que muitos deles não são sequer percebidos pelos clientes. Caso disso, são os trabalhos administrativos, como a actualização de dados dos utentes nos processos clínicos. Estas tarefas administrativas é para (Grönroos, 1995, p. 34), “ uma grande oportunidade para criar vantagem competitiva para as organizações que consigam desempenhá-las de forma inovadora”.

Então o que são serviços?

Existem uma série de definições de serviços sugeridas por vários autores conforme Quadro 2.

Quadro 2. Definições de autores para os serviços

(American Marketing Association, 1960)	“Serviços: Actividades, benefícios ou satisfações que são colocadas à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens”
(Bessom, 1973)	“Para o consumidor, serviços são quaisquer actividades colocadas à venda que proporcionam benefícios e satisfações valiosas; actividade que o cliente não possa ou prefira não realizar por si próprio”
(Lehtinen, 1983)	“ Um serviço é uma actividade ou uma série de actividades que tem lugar nas interacções com uma pessoa de contacto e que prevê satisfação ao consumidor”
(Kotler & Bloom, 1984; Kotler, 1988)	“Um serviço é qualquer actividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra que seja essencialmente

	intangível e que não resulte em propriedade de coisa alguma”
(Gummesson, 1987b; referindo-se a uma fonte não identificada)	“Serviço é algo que pode ser comprado e vendido, mas que não consegue deixar cair sobre o pé”

Fonte: Adaptado do livro, Marketing – Gerenciamento e Serviços, Grönroos, 1995.

Ao lermos sobre serviços, encontramos várias definições, mas todas contêm um tema sobre intangibilidade e consumo imediato.

(Eigler & Langeard, 1991) , apresenta o papel do consumidor no acto do serviço como inseparável, atribuindo o resultado da interacção entre três elementos base: o cliente, o suporte físico e o respectivo pessoal de contacto. Assim, (Eigler & Langeard, 1991, p. 16) “Os serviços são produtos... que são intangíveis, ou pelo menos o são de forma substancial. Se totalmente intangíveis, são comercializados directamente do produtor para o cliente, não podem ser transportados nem armazenados”. Segundo os autores (Kurtz & Boone, 1998), definem os serviços como sendo difíceis de mensurar, uma vez que os mesmos são consumidos no momento da aquisição.

Segundo (Grönroos, 2003, p. 65), “serviço é uma actividade ou uma série de actividades mais ou menos intangíveis que normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem nas interacções entre o cliente e os funcionários de serviços e/ou recursos e/ou bens físicos e/ou sistemas do fornecedor de serviços e que são fornecidos como soluções para o problema do cliente”

Para (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005, p. 30), “um serviço é uma experiência perecível, intangível, desenvolvida para um consumidor que desempenha um papel de co-produtor”.

Hoje, em virtude de uma maior competitividade entre as empresas e das crescentes exigências dos consumidores, os produtos são quase uniformizados, o que e segundo (Kotler, 2005), é através dos serviços que as empresas se diferenciam e

atribuem valor acrescido aos seus clientes. Para (Brito & Lencastre, 2000), o principal objectivo é então classificar os diferentes tipos de serviços, podendo agrupa-los de acordo com as suas semelhanças, de modo a que as instituições possam com maior facilidade focalizar a sua acção em estratégias adequadas e relevantes a cada situação específica de forma a aumentar o valor percebido pelo cliente.

As novas unidade funcionais dos agrupamentos de saúde, composta por vários elementos, nos recursos humanos, fornecem vários serviços, onde estão bem presentes a interacção do cliente, do espaço físico através das respectivas unidades funcionais e do pessoal de contacto sejam administrativos, enfermeiros ou médicos.

2.4. A criação de valor

As unidades de saúde familiar, criadas ao longo dos últimos anos, constituem a pedra basilar em que assenta o actual processo de reforma. Estas unidades formadas com o objectivo de oferecer à população um serviço permanente no que respeita aos cuidados médicos e de enfermagem.

Num modelo de auto-organização e responsabilização dos colaboradores (administrativos, enfermeiros e médicos), as USF definem objectivos, através de planos de acção, enquadrados nas necessidades dos utentes inscritos nas unidades. Os colaboradores destas unidades de saúde, usufruem incentivos financeiros, pelo cumprimento dos objectivos atingidos numa lógica de valorização dos serviços prestados. Assim e para (Ferreira, Antunes, & Portugal, 2010, p. 75), “qualquer sistema de saúde tem como objectivo principal a melhoria dos resultados em saúde e da eficiência dos cuidados”.

Já Porter & Teisberg (2006 como citado em Ferreira, et al., 2010), defendem que não é suficiente pensarmos só nestes objectivos, pois o sistema tem de estar desenhado em torno do conceito de valor para os cidadãos. O objectivo essencial não é melhorar os cuidados de saúde, mas sim melhorar a saúde dos cidadãos.

Neste contexto LaRusso, (como citado em Berry & Seltman, 2010, p. 251), revela também “ um interesse particular por uma assistência que privilegie a

manutenção da saúde em lugar do tratamento de doenças”. O autor afirma ainda que “talvez esteja aí a linha divisória entre a medicina de hoje e a do futuro”.

Hoje, a tendência vai no sentido de dar ao utente do Serviço Nacional de Saúde, a oportunidade de escolher fornecedores alternativos, o que não implica a perda de regalias como usufrutuário do sistema.

Para (Carvalho, 2008), o utente também passa a deter uma palavra bastante importante na supervisão directa dos serviços, através de órgãos representativos directamente criados para sua defesa. Pretende-se assim, obter uma voz forte dos utentes no sentido de se reinventar a gestão dos serviços públicos e fortalecer as relações entre Estado e cidadão.

Ao existir por parte do utente a possibilidade de escolha de serviços, quais os indicadores escolhidos para efectuar a sua preferência?

O autor (Moliner, 2009), efectuou dois estudos de caso, em hospitais espanhóis, sendo um público e outro privado na localidade de Valência, com o objectivo de avaliar o papel do valor percebido após a compra e a qualidade do relacionamento na lealdade do utente em ambiente hospitalar. Assim e segundo o mesmo autor, são cinco as dimensões escolhidas para avaliar o valor percebido: instalações, qualidade do serviço, profissionalismo do pessoal, custos económicos e custos não económicos. Este autor recomenda ainda, que as organizações, nas suas estratégias devem focar os seus esforços no conceito de valor percebido, substituindo assim a visão focada na qualidade. Ainda de acordo com (Moliner, 2009), uma aposta em comunicação de marketing, centrada nos benefícios oferecidos, justifica o valor monetário pago pelo utente nos organismos privados. O autor refere ainda que nas instituições de saúde públicas, em virtude de não existir um pagamento, os utentes só valorizam, as instalações, a qualidade do serviço e o profissionalismo, como dimensões para a percepção de valor.

Segundo (Kotler, 2005) os consumidores escolhem os serviços que necessitam através do valor que eles proporcionam. Afirma que “o valor percebido pelo consumidor, é a diferença entre a avaliação que o potencial cliente faz de todos os

benefícios e todos os custos de uma oferta e as alternativas percebidas” (Kotler, 2005, p. 40).

Já para (Porter, 1985) o comprador atribui um valor pelo qual está disposto a pagar em troca de um produto ou serviço. Para (Barros, 2007, p. 194), o termo “valor é normalmente utilizado para designar a valorização de todas as unidades consumidas”. Para (Frank & Bernanke, 2003), o valor acrescentado pelas empresas corresponde ao valor do mercado do bem ou do serviço menos o custo dos factores de produção comprados a outras empresas.

Neste contexto, as organizações necessitam de um contínuo aperfeiçoamento dos seus serviços por intermédio de iniciativas na melhoria da qualidade e produtividade. Para (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005), a melhoria contínua dos serviços, é uma forma de pensamento que necessita ser incorporada na cultura de uma organização.

2.5. Gestão dos serviços da saúde

“A história dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal encerra lições já suficientemente decantadas para poderem ser úteis”¹².

A reforma dos Centros de Saúde iniciada nos anos 70, foi considerada um sucesso, apesar das enormes dificuldades sentidas, teve em seu benefício, um conjunto de factores favoráveis: uma única instituição central (Direcção Geral de Saúde), com competências para intervir directamente, o impulso favorável à mudança proporcionado pelo 25 de Abril e com o poderoso enquadramento conceptual da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários da Organização Mundial de Saúde. No entanto a reforma não conseguiu realizar um dos seus maiores objectivos estruturantes, a integração nos Centros de Saúde das actividades de medicina curativa dos postos médicos das Caixas de Previdência. Esta integração só veio a acontecer doze anos mais tarde com o enquadramento jurídico do Serviço Nacional de Saúde.

¹² Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009.

Nos finais da década de 90 há um novo impulso de mudança nos cuidados de saúde. Este processo visa o “descongelamento periférico” com a reconceptualização experimental dos serviços, com adesão voluntária dos profissionais de saúde, trabalhando em equipa, assegurando assim, o bom acesso aos cuidados de saúde às populações inscritas. Esta experiência chegou a poucas dezenas entre 1996 e 1999. “Este processo experimental, visava ainda o princípio de autonomia e auto organização, com regimes remuneratórios associados ao desempenho, numa estratégia de saúde para o país (Estratégia de Saúde, um compromisso 1998-2002), processo esse, interrompido em finais de 1999.

Seguem-se cinco anos de estagnação nas reformas dos cuidados de saúde primários”¹³.

Em 2005, a reforma é iniciada no Programa do XVII Governo Constitucional, mas só em 2008 são criados os agrupamentos de saúde, através do Decreto – Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, visando uma gestão mais eficiente e centrada nos cidadãos como epicentro do sistema de forma a obter ganhos em saúde. Nesta reforma bastante ambiciosa, houve a preocupação de formação inicial de gestores com vista à implementação das várias unidades funcionais de saúde dentro dos respectivos agrupamentos.

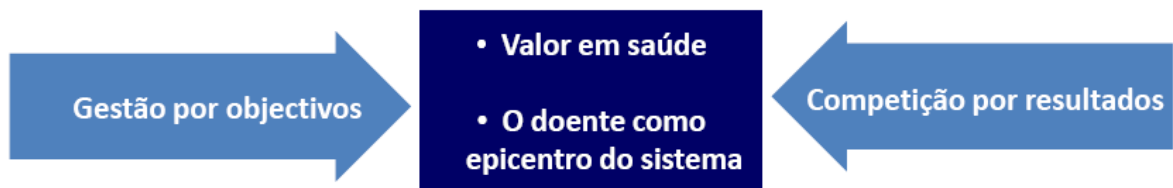
Para (Escoval, 2009) esta alteração do paradigma leva a uma orientação para os cuidados de saúde primários, apostando na prevenção e na promoção da saúde com forte aposta numa gestão por objectivos e numa competição por resultados.

A gestão por objectivos e a competição por resultados, são defendidos pelo autor como os principais vectores na criação de valor em saúde bem como a criação de um sistema centrado na pessoa ver (Figura 3).

Partilhando da mesma visão (Ferreira, et al., 2010), afirmam que devemos progredir dos sistemas actuais, para sistemas, onde o doente está no centro do sistema e as decisões são baseadas nos resultados em saúde obtidos ou expectáveis.

¹³ Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009.

Figura 3. Valor em Saúde/Sistema Centrado na Pessoa



Fonte: Escola Nacional de Saúde Pública – Seminário – Financiar, pagar, contratualizar em saúde, 2009

Na saúde, os resultados dos utentes definem a qualidade. Para (Berry & Bendapudi, 2007), os serviços de saúde afectam a qualidade de vida dos cidadãos, mais do que qualquer outro sector de serviços. Como na maioria dos sectores da economia, na saúde a qualidade também pode ser melhorada, evitando erros, reduzindo o desperdício e melhorando a gestão (Teisberg & Wallace, 2009).

A maioria das pessoas ao ouvir a palavra gestão, logo a interpreta como “gestão de negócios”. Segundo (Drucker, 2003, p. 56) “ a gestão emergiu, já na sua forma actual, na grande organização empresarial de negócios”. No entanto e segundo o mesmo autor apercebemo-nos rapidamente de que a gestão é ainda mais precisa em organizações públicas ligadas ao sector social, como é exemplo a saúde. Neste contexto (Drucker, 2003, p. 56) afirma que “estas organizações necessitam muito de gestão, precisamente porque lhes falta a disciplina dos “resultados”, e é à volta disso que os negócios giram”.

Nos novos ACES a gestão, seja de um departamento médico ou de enfermagem, não difere da gestão de uma unidade de negócio no que confere à sua planificação, inovação, controlo e resultados, sem que com isso se perca todas as dimensões dos cuidados de saúde que se devam prestar Monteiro & Marx. (2006, como citado em Minadeo, 2010).

O mesmo autor defende ainda que as organizações de saúde devem proporcionar aos seus colaboradores a possibilidade de estimularem a criatividade e inovação, mantendo sempre em foco os valores institucionais.

Esta visão também é defendida por (Rego & Nunes, 2010), ao afirmar a necessidade que o país tem em adquirir uma cultura de governação, capaz de implementar políticas públicas formuladas, com limites temporais previstos e com resultados demonstráveis e avaliáveis.

Esta cultura dos colaboradores pela organização, permitiria a construção de equipas de trabalho, com vista a um aumento de produtividade, no entanto e segundo (Drucker, 2003) verifica-se que no sector da saúde os intervenientes trabalham na equipa mas não trabalham como uma equipa. No caso português e para (Carvalho, 2008, p. 74), “em Portugal a gestão da saúde está condicionada, pelo peso da opção política no respectivo exercício e desempenho, que a condiciona ao papel, meramente funcional e burocrático do poder”. O autor afirma ainda que não haverá resultados nas competências dos gestores, em virtude da mesma estar condicionada pelo privilégio sistemático à gestão económica em vez da gestão na saúde.

O mesmo autor sugere ainda que qualquer que seja o modelo que suporte o exercício da gestão na saúde deve concentrar a sua atenção em alguns factores como apresentado no Quadro 3.

Segundo Ferlie, (1996, como citado por Rego & Nunes, 2010), esta reforma do Serviço Nacional de Saúde, aproxima os limites fronteiriços entre o sector público de saúde e o privado, ou seja, uma gestão dos serviços públicos mais idênticos ao do sector privado, no que concerne à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade.

Neste novo paradigma, e segundo (Lapão, 2010, p. 19), “o recurso a uma rede de conhecimentos é ajuda fundamental para que as organizações respondam e se adaptem rapidamente aos novos desafios e às oportunidades para trazer os cidadãos para dentro do sistema”. Assim, a formação dos Directores Executivos dos ACES, abrangem áreas como: estratégia, inovação, gestão de projectos, gestão de recursos, logística entre outras. O mesmo autor defende ainda a necessidade de uma reforma das ARS, dotando-as de Sistemas de Informação capazes de agilizar os processos de gestão estratégica e usar a contratualização. O desenvolvimento de gestão de serviços partilhados com serviços de valor acrescentado para os ACES, é defendido pelo autor como essencial para a obtenção de ganhos importantes.

Quadro 3. Factores de suporte ao exercício da gestão na saúde

Obsessão pelo utente/cliente	De uma posição em que se saiba e decida sem contestação o que era melhor para o doente para a necessária interacção positiva com ele.
Perspectiva organizacional	A solução para a estrutura organizacional está estruturalmente ligada ao sistema de avaliação por excelência e ao regime de reembolso.
Missão e visão	Saber o que se quer, com quem se quer, quando e como se quer, como única forma adequada de motivar e liderar as equipas dependentes.
Liderança e coaching	Muito mais do que direcções funcionais que sustentaram as instituições, as estruturas esperam e impõem lideranças fortes que acumulem com o exercício próximo e permanente do coaching organizacional.
Mudança e risco	A gestão do <i>status quo</i> é substituída por um enquadramento de permanente mudança, onde exige a necessária coragem para uma gestão fundada na assunção do risco das decisões difíceis.
Resultados	Estar no monopolista ou oligopolista negócio da saúde já não chega para justificar e angariar os recursos necessários para o desenvolver.
Comunicação e rede de relações	São de facto os factores primordiais da excelência de desempenho em saúde, atendendo à inovação, encurtamento do tempo de vida dos meios utilizados e incapacidade de domínio do conhecimento global.

Fonte: Adaptado do livro, Gestão e Liderança na Saúde, Carvalho, 2008.

Necessitamos então de gestores com forte cultura de serviço público e de saúde, de forma a permitir a execução dos novos modelos reformistas, criando assim uma gestão pela qualidade dos serviços prestados, centrada e orientada para o cidadão.

2.6. Participação do cliente no processo dos serviços

Estas unidades funcionais, constituem a mudança do paradigma no que respeita à gestão de unidades de saúde. São constituídas e formadas por iniciativa própria, onde as equipas de médicos, enfermeiros e administrativos, elaboram um projecto de funcionalidade, numa base de proximidade, atendendo às necessidades da população adstrita geograficamente. Apesar das USF, ainda não funcionarem em regime autónomo da ARS, são dotadas de alguma autonomia funcional. Esta situação permite-lhes contratualizar serviços com a ARS, com base nos objectivos previamente definidos no plano de contratualização, de forma à obtenção de ganhos em saúde.

O suporte físico e os seus colaboradores, não são mais do que a parte visível, pelo cliente dos serviços prestados por estas instituições. Nos agrupamentos de saúde os utentes participam activamente na realização dos serviços por estes prestados, sejam nas consultas médicas ou nos tratamentos contínuos de enfermagem. Assim, a participação dos utentes na concepção dos serviços assume cada vez mais um papel importante na construção de uma sequência contínua do serviço, ou seja, a relação entre o utente e o prestador de serviços, centra-se inicialmente na comunicação e partilha de informação. Esta partilha de informação progride para a fase de consulta até parceria (com partilha das tomadas de decisão com os utentes), finalizando no controlo (Martin & Henderson, 2004).

Para os clientes, e segundo o mesmo autor, o serviço é uma experiência que ocorre nas instituições prestadoras de saúde e, a sua qualidade atribuída e reforçadas, se as mesmas, forem projectadas sob a perspectiva do utente. Cuidados especiais na localização dos agrupamentos de saúde, a funcionalidade e acesso a doentes incapacitados, os equipamentos de apoio ao diagnóstico, como os serviços existentes contribuem seguramente na influência da percepção do cliente ao serviço.

Um dos aspectos fundamentais da prestação de serviço, é a compreensão de que o cliente pode ser uma parte activa em todo o processo.

Para (Montebello, 2003, p. 180), “o cliente deve ser associado o mais cedo possível à produção do produto ou serviço”, este facto permite oferecer uma melhor qualidade percebida, em virtude do cliente participar na produção do serviço. No

caso das USF, a exactidão da ficha do utente, poder aumentar decisivamente a eficiência do atendimento. Segundo o mesmo autor a participação do utente no processo, resulta frequentemente numa redução dos custos e ainda numa diminuição do risco de erros.

No entanto os serviços são criados e consumidos simultaneamente, levando assim à impossibilidade do seu armazenamento, característica fundamental para a administração dos serviços. Para (Kotler, 2005, p. 249), “os serviços apresentam quatro características que influenciam fortemente a elaboração dos programas de marketing nos serviços: a inseparabilidade, variabilidade, intangibilidade, e perecibilidade”.

A inseparabilidade: em todos os serviços existe um momento em que sua produção e o seu consumo são simultâneos, logo inseparáveis. Segundo (Churchill, Gilbert, & Peter, 2003), devido à inseparabilidade, os clientes podem querer escolher um tipo de serviço, como desejar que ele seja prestado por certa e determinada pessoa.

Os serviços são produzidos no espaço e tempo que geram valor para o cliente por meio de transformações e experiências. Os serviços efectuados nos Centros de Saúde são assim produzidos e consumidos em simultâneo, sejam utente/médico ou utente/enfermeiro. Para (Kotler, 2005), os clientes estão presentes, quando o serviço está a ser produzido, havendo uma interacção entre o prestador e o cliente levando o cliente a influenciar o resultado final. Esta prestação possibilita preferências por parte do cliente na escolha dos seus prestadores de serviços. No caso dos serviços de saúde esta afirmação está bem presente, pois é prática ouvir-se dos utentes “o meu médico” ou “o meu enfermeiro”.

A variabilidade: os serviços podem variar conforme o prestador do serviço e o cliente. Segundo (Zeithaml & Bitner, 2003), os serviços são actividades desempenhadas por seres humanos, onde dois serviços nunca serão desempenhados de forma igual. A variabilidade dos serviços depende de quem os executa. Assim, a combinação da natureza intangível dos serviços e do cliente como elemento activo em todo o processo, resulta na variação de serviços de cliente para cliente. Segundo

(Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005, p. 48), “a interação entre o cliente e o prestador de serviços, cria a possibilidade de uma experiência de trabalho humano mais integral”.

A intangibilidade: todos os serviços são intangíveis, isto é, não são palpáveis.

Segundo (Hoffman & Bateson, 2003), esta é uma característica peculiar dos serviços, pois eles não podem ser palpáveis ou sentidos da mesma forma que os bens físicos. No entanto todo o serviço por mais intangível que seja, possui diversos elementos tangíveis, palpáveis e perceptíveis. Assim, e dada a ausência de características tangíveis, e segundo (Hoffman & Bateson, 2003), o cliente procura evidências físicas em torno do serviço.

Na realidade a tangibilidade do serviço é o que o cliente vê e sente. Ao contrário dos produtos, os serviços não podem ser vistos, provados, sentidos e ouvidos antes de serem adquiridos. Os utentes ao deslocarem-se aos agrupamentos de saúde, desconhecem os resultados aos seus problemas, antes de os profissionais de saúde efectuarem os respectivos diagnósticos ou tratamentos.

Segundo (Kotler, 2005) como forma de reduzir a incerteza os utentes procuram sinais ou evidências da qualidade desses serviços. Como forma de tangibilidade dos serviços prestados nas unidades funcionais, são vários os equipamentos e dispositivos médicos ao dispor dos profissionais, no sentido de evidenciar o respectivo valor produzido pelas instituições de saúde. Para Alves (como citado em Guimarães, 2009, p. 6), “esta intangibilidade deve ser compensada por uma qualidade acentuada, com base no valor de uso do serviço, na economia de tempo, no fornecimento de informações, do saber fazer e ainda na disponibilidade dos respectivos equipamentos”.

A perecibilidade: isto é, o serviço não pode ser armazenado. Esta incapacidade cria sérias dificuldades à gestão do marketing de serviços. Pois segundo (Hoffman & Bateson, 2003), quando trabalhamos com bens tangíveis existe a possibilidade de efectuar stock, para posterior fornecimento, caso que não acontece com os serviços. O mesmo autor afirma ainda que sem o benefício da manutenção de

stocks, equiparar a procura à oferta, é para a maioria de empresas de serviços um grande desafio.

Este facto acarreta, nos serviços de saúde alguns constrangimentos, ou seja, em caso de grande afluência de utentes aos serviços de saúde, os mesmos, apesar de disponíveis, não têm capacidade de resposta imediata às necessidades dos utentes.

Para (Hoffman & Bateson, 2003), este facto leva geralmente a longos períodos de espera, e em muitos casos a clientes insatisfeitos. Estes acontecimentos podem induzir os utentes a uma percepção menos positiva do serviço de saúde.

No entanto, e fora dos períodos de maior afluência, os mesmos estão disponíveis, mesmo que não sejam utilizados. Para (Churchill & Peter, 2003) os serviços são perecíveis, pois se um serviço não for usado quando oferecido, não pode mais ser utilizado.

Hoje, os consumidores estão mais e melhor informados e conhecem bem quais os serviços de saúde que o mercado oferece (sector público e privado), o que obriga os gestores a desenvolverem estratégias de forma a superar as dificuldades da perecibilidade dos serviços. Um bom exemplo é os serviços de urgência dos hospitais, onde muitas vezes a procura de cuidados de saúde excedem os recursos disponíveis. Aqui as expectativas dos doentes são maiores, ansiando por um atendimento rápido.

No entanto, o atendimento não pode ser efectuado unicamente com base na ordem de chegada, mas sim pela ordem de prioridade (Rego & Nunes, 2010).

Surge então o Sistema de Triagem de Manchester, com o objectivo de fazer a triagem de prioridades, através da identificação objectiva e sistemática de critérios de gravidade do doente.

Para Emergency Nurses Affiliation of Canada (1998, como citado em Rego & Nunes, 2010, p. 288) “um sistema de triagem eficiente reduz a ansiedade dos doentes e aumenta a sua satisfação ao reduzir o tempo de espera nos Serviços de Urgência”. Também para (Rego & Nunes, 2010), o acesso quase imediato a um profissional de saúde contribui para o aumento de satisfação dos doentes e melhora o relacionamento entre doente e profissional de saúde.

2.7. Relacionamento

Com o aumento da esperança de vida, é normal que procuremos também acréscimos na qualidade do nosso dia-a-dia. Os serviços de saúde, assumem assim um papel bastante importante na conquista dessa qualidade de vida, obrigando as organizações a estratégia de relacionamento com os seus clientes. Neste contexto (Eiriz & Figueiredo, 2005), desenvolveram um estudo com base nas relações dos seus clientes e fornecedores, para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal. Face à ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde, os autores basearam o seu modelo na relação que se estabelece entre os clientes e os prestadores de serviços. Os autores propõem um quadro que considera clientes (pacientes, familiares dos paciente e cidadãos em geral), e para os prestadores de serviços (gestores, médicos, pessoal, técnico e não técnico).

Os autores (Eiriz & Figueiredo, 2005), concluíram que a qualidade dos serviços mais do que baseada em processos técnicos e clínicos, é fundamental efectuar avaliações com base nos resultados, onde os clientes são cruciais na medida dessa qualidade. Os autores realçam ainda a importância de um novo estágio de desenvolvimento das organizações de saúde sejam públicas ou privadas, para uma orientação de mercado e nas pessoas.

Este novo desenvolvimento das organizações de saúde tanto para o mercado como para o cliente, é para vários autores de marketing definido como o marketing de relacionamento.

Para (Kotler, 2005) o marketing de relacionamento, visa estabelecer relacionamentos mutuamente satisfatórios de longo prazo para todos os interessados, com o objectivo a sólidas relações económicas, técnicas e sociais entre ambas as partes.

Para (Ferrel & Hartline, 2005) o relacionamento visa o desenvolvimento de acordos mutuamente satisfatórios, focalizados no valor obtido. O autor defende ainda que à medida que esse valor se mantém ou aumenta, provavelmente o relacionamento será aprofundado e ficará mais sólido com o passar dos tempos, aumentando a confiança para uma melhor compreensão dos desejos e necessidades dos clientes.

A clínica de Mayo foi o primeiro grupo de prática médica integrada, sem fins lucrativos, nos Estados Unidos. São autores do livro (Lições de Gestão da Clínica de Mayo) os professores de Marketing Berry & Seltman. Actualmente com mais de 42 mil colaboradores, a clínica assenta o seu valor no conceito “as necessidades do paciente em primeiro lugar”. O relacionamento com os pacientes é para esta clínica de extrema importância conforme expresso por (Berry & Seltman, 2010, p. 37), “a cada novo dia os valores renascem, estimulados pelas experiências humanas coordenadas pelos funcionários nos laboriosos serviços que prestam aos pacientes e seus familiares”

Com efeito esta clínica é para estes autores uma empresa “moderna-tradicional”, em virtude de a mesma ser capaz de combinar estratégia e valores, inovação e tradição, talento e trabalho de equipa, conhecimento e arte.

A reforma dos cuidados de saúde primários, em 2005 com o início da legislatura do XVII Governo Constitucional, conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização, centrada nas populações, sensíveis às suas necessidades e preferências, configura-se num novo modelo de prestação de cuidados de saúde.

Os agrupamentos de saúde têm assim, a oportunidade de construir relações duradouras com os seus utentes, visto haver directamente transacções na sua maioria pessoais, entre os prestadores de serviços de saúde e a população adstrita à instituição de saúde.

2.8. Relação dos profissionais de saúde/cliente

Do ponto de vista histórico a relação médico – paciente, surgiu provavelmente, com a medicina de Hipócrates, pois o objectivo era meramente o puro benefício humano, ao invés da doença Daikos, (2007, como citado em Costa & Soares., 2009). No entanto, é o efeito terapêutico que reforça ao longo dos tempos a relação médico – paciente. Desde as doenças infecciosas, onde a intervenção médica tinha um efeito curativo imediato, até às doenças degenerativas que, hoje, necessitam de estratégias terapêuticas de tratamento, para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Os autores (Gaur, Xu, Quazi, & Nandi, 2011), desenvolveram um estudo na Índia de forma a avaliar a lealdade e a confiança dos utentes através da relação com o seu médico. A relação entre utentes e profissionais de saúde, é bastante importante pois estes ganham uma certa sensação de segurança sobre os resultados dos serviços praticados Danaher *et al*, (2008, como citado em Gaur, et al., 2011).

Segundo (Gaur, et al., 2011), a qualidade do atendimento melhora através do relacionamento, pois os profissionais de saúde são conhecedores da histórica clínica do utente. Este relacionamento é estimulado principalmente pelos utentes, devido à natureza dos cuidados de saúde, ou seja, é desejo dos utentes reduzir o risco e aumentar a confiança. De forma a reforçar o relacionamento, os autores sugerem, que uma comunicação eficaz entre os médicos e os utentes reduz as incertezas e suspeitas dos utentes antes do atendimento clínico.

Para (Zhen Xiong, Shi, & Da-Hai, 2008), num estudo realizado em doze clínicas de saúde na cidade de Hong Kong, com o objectivo de avaliar a qualidade da relação entre utentes e prestadores de saúde, com base no grau de confiança e satisfação. Os autores concluíram no seu estudo que a qualidade da relação se baseia na competência, empatia, comunicação e amabilidade dos prestadores de saúde. Neste contexto, e segundo os autores, uma comunicação eficaz, entre os interessados aumenta a satisfação e reforça a confiança no relacionamento.

Também (Gaur, et al., 2011), concluem no seu estudo que a competência médica, tem um impacto positivo sobre a satisfação e confiança do utente no relacionamento com o seu médico.

A relação que se desenvolve entre cliente e os colaboradores duma organização é para (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005, p. 127), definida como o “espelho de satisfação”, pois a organização ao conhecer um cliente, antecipa um conjunto de processos, oferecendo um serviço mais personalizado, onde o cliente valoriza essa produtividade.

2.9. A percepção do preço pelo consumidor

Pelo facto de não haver qualquer pagamento dos cuidados de saúde, nos serviços de enfermagem nas salas de tratamento, no momento em que são realizados, não significa que a saúde em Portugal é gratuita. Na realidade, todos os cidadãos e empresas, contribuem através dos seus impostos para o pagamento da saúde. No entanto e para (Eigler & Langeard, 1991), os utentes do Serviço Nacional de Saúde, contribuem com uma participação muito reduzida do custo efectivo do serviço prestado, havendo assim a expectativa de gratuidade.

Esta comparação é efectuada numa forma empírica com o sector de saúde privado. Assim, e pelo facto dos serviços serem imateriais e intangíveis, existe alguma dificuldade do utente em compreender o preço do serviço adquirido nas unidades de saúde, sejam eles uma consulta médica ou um serviço de enfermagem. No caso, de uma consulta médica nas unidades de saúde públicas, não existe grande dificuldade de atribuição de um preço, pois o sector privado, tem como regulação desse serviço um valor geralmente atribuído pela ordem dos médicos e, facilmente aceite pelos utentes.

Para (Antunes, 2001), e face à impossibilidade de alocar mais recursos financeiros na saúde, o autor defende uma comparticipação do utente em cada acto, como acontece com a aquisição de qualquer outro bem ou serviço. Esta comparticipação pelo utente, directamente nos custos dos serviços que utiliza, é defendida por (Antunes, 2001, p. 62), “o cidadão terá a consciência do seu custo real, que a maior parte hoje desconhece, e aprenderá a valorizar o benefício”. Desta forma e segundo o mesmo autor o cidadão, “subentenderá o direito à verificação da qualidade dos serviços e a contribuir para a resolução dos problemas”.

O cliente ao estar disposto a pagar por um produto ou serviço, pode previamente ter conhecimento do respectivo preço, e aí ter uma percepção maior da qualidade desse serviço. Para (Porter, 1985) o valor é aquilo que o comprador está disposto a pagar para ter, em troca, o produto ou serviço.

Segundo (Eigler & Langeard, 1991, p. 118), estudos efectuados no âmbito de bens tangíveis, evidenciam uma correlação significativa entre o preço e a percepção da qualidade do produto, “quanto mais alto o preço maior a qualidade percebida”.

No caso da saúde não temos um produto, onde nos permita a sua comparação, nem tão pouco um mercado onde se possa comprar “saúde”. Então qual o preço da saúde? Segundo (Barros, 2007, p. 196), “a saúde de um indivíduo é determinada por dois factores essenciais: tempo dedicado à “produção” da saúde e o consumo de cuidados de saúde”. Estes dois factores estão dependentes entre vários factores a idade e a educação ou seja, um idoso consome mais cuidados de saúde que um jovem. No que respeita à educação, o autor defende de quanto maior este nível mais predisposto as pessoas estão a alcançar melhores estado de saúde.

Ainda na visão do mesmo autor “o valor e o tempo dedicado à produção de saúde não podem exceder o rendimento disponível do indivíduo”. Partindo desta premissa “o rendimento disponível é determinado pelo tempo de trabalho e pela taxa de salário por unidade de tempo”. Pelo facto de não existir um mercado onde comprar saúde, significa que não existe preço de mercado, logo existe a necessidade de usar um conceito distinto, isto é: sendo o preço um conceito de escassez, pode-se definir valor em termos dos recurso consumidos como uma unidade.

(Barros, 2007), define então o preço da saúde como um custo de oportunidade de ter que abandonar outros consumos para a obtenção de mais uma unidade de saúde. A aquisição de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos), valorizada ao preço respectivo do mercado, bem como o tempo dedicado à “produção” de saúde (valorizado à taxa de salário por unidade tempo), constituem assim o custo de oportunidade (Barros, 2007).

Para (Rego & Nunes, 2010), o problema surge então, pela inexistência de um verdadeiro mercado de “saúde”, e onde o Estado funciona simultaneamente como segurador e prestador. Este modelo leva a que os utentes não tenham qualquer sensibilidade quanto à sua contribuição para a despesa de saúde, levando a uma tentação na utilização desregrada dos serviços de saúde, devido à sua aparente gratuitidade.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Esta secção do estudo descreve os procedimentos utilizados. Na fase inicial, optou-se pelo método exploratório com o objectivo de reconhecer o terreno da problemática da investigação (Quivy & Campenhoudt, 1998), com base em artigos científicos e bibliografia, sobre serviços de saúde e a sua reforma, como forma de identificar melhor a temática escolhida.

Numa segunda fase iremos utilizar como método uma pesquisa quantitativa, com a elaboração de questionários aos utentes em tratamento a feridas nas unidades funcionais de saúde. Por último, a pesquisa qualitativa com entrevista semi-estruturada, aos enfermeiros que efectuem o tratamento aos utentes com feridas nas salas de pensos das unidades funcionais do respectivo agrupamento.

3.1. Paradigma e metodologia da pesquisa

As questões metodológicas que se colocam relativamente ao conceito de investigação, são cada vez mais equacionadas por um conjunto de investigadores, no contexto de uma noção mais global de ciência. Assim, o termo ciência remete-nos simultaneamente para o objecto específico de conhecimento, tipo de processo de construção (metodologia de pesquisa) e para a uma dimensão social.

O método científico é, segundo (Polit & Hungler, 1995), um conjunto de procedimentos controlados, ordenados e sistematizados, com o objectivo de adquirir informações seguras e empíricas. Para (Marconi & Lakatos, 2002, p. 66), definem metodologia como “uma arma de busca, caçada aos problemas e destruição de erros, mostrando-nos como podemos detectar e eliminar o erro, criticando as teorias e opiniões alheias e, ao mesmo tempo, as nossas próprias”.

Tendo em consideração a definição dos objectivos em estudo, optou-se por um paradigma continuum epistemológico, ou seja, uma abordagem dual positivista/interpretativo. Este tipo de abordagem está particularmente adequado ao domínio das ciências sociais e do marketing, permitindo mover-se do contexto da descoberta para o contexto da justificação.

Positivista em virtude do objecto geral da investigação ser concebido em termos de comportamento. Segundo Erickson (1986, como citado em Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 2008, p. 36), a observação desses comportamentos “pressupõe uma uniformidade de relações entre a forma de comportamento e o seu significado, de modo que o observador pode reconhecer o significado de um comportamento sempre que este se produz”.

O paradigma interpretativo utilizado como objecto de análise em termos de acção, isto é “o comportamento físico e ainda os significados que lhe atribuem o actor e aqueles que interagem com ele”. O objecto da investigação social interpretativa é a acção e não o comportamento, Erickson (1986, como citado em Lessard-Hébert, et al., 2008, p. 39).

A metodologia desempenha assim, um papel essencial no desenvolvimento de qualquer estudo, uma vez que quase todos os resultados finais estão condicionados pelo seu processo. Para Espinoza (1986, como citado em Serrano, 2008, p. 47), “o método é o caminho que se escolhe para a obtenção de um fim”.

Assim, desenvolve-se num contínuo que requer a formulação da questão ou questões de investigação, a escolha da população, o tipo de estudo, a escolha das variáveis, a formulação das hipóteses, a aplicação de colheita de dados e o seu tratamento estatístico.

3.2. Metodologia e tipos de pesquisa adoptados

Das grandes preocupações do investigador, relacionadas com as questões metodológicas, é a explicação quanto às características específicas dos respectivos procedimentos na pesquisa. Segundo (Demo, 2000) defende que nenhum tipo de pesquisa é auto-suficiente, verificando-se na prática a utilização dos vários tipos de pesquisa.

No presente trabalho iremos utilizar três tipos de pesquisa no que respeita à área da ciência: pesquisa teórica, pesquisa metodológica e pesquisa empírica.

Assim, toda a pesquisa implica o levantamento de dados das mais variadas fontes. Esta fase da pesquisa é realizada com o intuito de recolha de informação com o objectivo de contextualizar o tema em estudo.

A modalidade de investigação nesta metodologia é a descritiva, onde constitui o primeiro nível de conhecimento científico e centra o seu objectivo básico na descrição dos fenómenos, factos ou situações analisadas (Trilla, 1998). A pesquisa descritiva é das mais utilizadas em marketing, pois o seu objectivo é a obtenção de momentos precisos sobre alguns aspectos do mercado.

É simultaneamente um estudo analítico, uma vez examinar associações, geralmente supostas ou consideradas por hipóteses de relação causal. É também um estudo transversal, porque determina a relação de variáveis tal como elas existem numa população definida, e num momento particular do tempo (Rudio, 1983).

O nosso trabalho recorre também a uma pesquisa exploratória qualitativa com o objectivo de uma melhor compreensão do estudo.

Para contextualizar a problemática em questão, efectuamos pesquisa bibliográfica que nos permite aceder a um quadro teórico, bem como a uma pesquisa de campo, no sentido de conseguir informações acerca do problema em estudo, do qual formulámos as hipóteses. No que respeita ao tipo de pesquisa de campo e segundo Tripodi *et al.* (1975, como citado em Marconi & Lakatos, 2002, p.84), estas dividem-se em três grandes grupos: Quantitativo - descritivo, exploratório e experimental. No nosso estudo iremos optar pela pesquisa de campo quantitativo - descritivo exploratório, visto consistir numa investigação empírica com a finalidade de delinear ou analisar características. A possibilidade de se efectuar entrevistas e questionários constituiu a escolha desta pesquisa, para recolha dos dados que serão submetidos a tratamento estatístico descritivo e analítico, por meios informáticos.

3.3. Hipóteses

A pesquisa científica consiste em enunciar e verificar hipóteses. São o fio condutor da investigação e apresentam-se como resposta provisória a uma questão. A

hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos e deve ser verificada (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Para (Rudio, 1983, p. 17), hipóteses “ são tentativas de solução para posterior aceitação ou rejeição”. Já segundo Kerlinger (1980, como citado em Marconi & Lakatos, 2007), define hipótese como um enunciado conjectural das relações entre duas ou mais variáveis. Devem, por isso, ser testadas as relações enunciadas. Assim, são submetidas a verificação para a sua comprovação ou rejeição. Para (Polit & Hungler, 1995), hipótese é um enunciado de uma relação prevista entre variáveis investigadas.

Partindo do problema em questão, dos objectivos já enunciados, e atendendo à pesquisa bibliográfica efectuada, enunciamos as seguintes hipóteses:

Hipótese H₁ - A existência de uma consulta inicial com informação sobre o tratamento contribui para a percepção de valor dos utentes nas unidades de saúde.

Hipótese H₂ - A existência dos materiais necessários ao tratamento nas unidades de saúde, contribuem para a percepção de valor dos utentes quanto ao seu resultado.

Hipótese H₃ - O pagamento pelos utentes, dos serviços prestados, no tratamento de feridas, contribui para a criação de valor das unidades de saúde.

3.4. Estudo exploratório

Com base na pesquisa bibliográfica e no que respeita a percepção de valor pelos utentes dos serviços de saúde, iremos utilizar numa primeira fase entrevistas semi-estruturadas aos profissionais de saúde (enfermeiros) dos ACES nas salas de tratamento. O objectivo deste procedimento é de conhecer como estes profissionais contribuem para a criação de valor aos utentes em tratamento de úlceras. Segundo (Churchill & Gilbert, 1995), as entrevistas procuram captar o conhecimento e experiência dos que possuem familiaridade com o assunto pesquisado. Para Good & Hatt. (1969, como citado em Marconi & Lakatos, 2002, p.92), a entrevista “consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo acto social como a conversação”. Nas entrevistas aos enfermeiros utilizamos um modelo

padrão, no sentido de obtenção de respostas mais objectivas. Segundo Lodi. (1974, como citado em Marconi & Lakatos, 2002, p.94), o motivo da padronização é obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas “ que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem reflectir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas”.

3.5. Pesquisa quantitativa

A pesquisa quantitativa, referente ao nosso objecto em estudo, percepção de valor dos utentes em tratamento de feridas, compreenderá a elaboração de um questionário.

Segundo (Churchill & Gilbert, 1995), uma pesquisa descritiva está baseada em uma ou mais perguntas, capazes de guiar a pesquisa em direcções específicas. Na investigação empírica, o questionário torna-se fundamental para verificação das hipóteses formuladas, recorrendo às relações entre as variáveis elaboradas segundo informação obtida nas diferentes questões (Robalo, 2004).

Os questionários foram preenchidos pelos utentes inscritos no tratamento de úlceras, nas diversas unidades de saúde que compõem o agrupamento. Cada utente no final do tratamento preencheu de forma autónoma o questionário.

3.6. Pesquisa qualitativa

Tendo em vista a temática da criação de valor nas unidades funcionais do ACES Pinhal Litoral I, foram efectuadas entrevistas semi-estruturadas, aos profissionais de saúde com questões abertas. A escolha deste modelo de entrevista, tem como objectivo dar alguma liberdade ao entrevistado, de forma a obter informação adicional e relevante à investigação.

Segundo (Churchill & Gilbert, 1995), as entrevistas procuram captar o conhecimento e experiência dos que possuem familiaridade com o assunto pesquisado.

Para (Carmo & Ferreira, 1998, p. 129), o uso da entrevista é fundamental ter consciência que “um informador qualificado é um recipiente de informação relevante, mas também um filtro da própria informação”.

3.7. Amostra e procedimentos de amostragem

Na opinião de (Rudio, 1983), população, em pesquisa científica, designa a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. Já para (Polit & Hungler, 1995), referem-se ao termo população, como conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações.

No nosso estudo, a população é constituída pelos utentes em tratamento nas diversas unidades de saúde pertencentes ao ACES Pinhal Litoral I¹⁴.

3.8. Definição da amostra

Para (Polit & Hungler, 1995), amostra é uma pequena fracção da população. É o subconjunto do universo ou população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população. Interessa escolher uma parte da população de tal modo que ela seja a mais representativa possível do todo, dando-nos assim confiança de generalizar para o universo o que nela for observado (Gil, 1995).

Para (Carmo & Ferreira, 1998), o propósito da amostragem é obter informação acerca de uma dada população, pois caso esta seja constituída por um grande número de elementos ou esteja dispersa geograficamente, implicaria um enorme dispêndio de tempo e dinheiro.

Para (Marconi & Lakatos, 2002), o problema da amostra, e a de escolher uma parte, de tal forma que ela seja o mais representativo possível do todo.

¹⁴ Portal da Saúde - <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=421>

O ACES Pinhal Litoral I com sede em Pombal, assegura assistência de cuidados saúde primários a 61.502 utentes¹⁵ inscritos na área geográfica do concelho de Pombal. São 17 as extensões de saúde associadas¹⁶ ao ACES Pinhal Litoral I, que promovem os cuidados de saúde, existindo em todas as extensões o serviço de tratamento de pensos. Na sede do ACES são 4 as salas de tratamento de pensos, o que totaliza 21 salas de tratamento, onde foram realizados os questionários.

Na impossibilidade de quantificar o número exacto de utentes em tratamento na sala de pensos no ACES Pinhal Litoral I, a amostra deste estudo é baseada na média de utentes atendidos diariamente, nas quatro salas de tratamento na sede do ACES Pinhal Litoral I (anexo I).

Para uma população de 25.818 utentes inscritos, são 135 os utentes atendidos em média por semana nas salas de pensos. Assim estima-se que no total das 21 salas de pensos pertencentes ao ACES Pinhal Litoral I, sejam 321 os utentes em tratamento por semana.

O processo de amostragem realizado neste estudo foi não probabilístico por conveniência. Para (Aaker, Kumar, & Day, 2004), este tipo de amostragem, os custos e o desenvolvimento de uma estrutura de amostragem são eliminados como a precisão com que a informação resultante é apresentada.

Para (Marconi & Lakatos, 2002), este tipo de amostra impossibilita o investigador a certos tipos de tratamentos estatísticos como os erros de amostra.

No que respeita à amostragem por conveniência e segundo (Aaker, et al., 2004), o investigador deve avaliar a informação, não de forma absoluta, mas dentro do contexto de uma decisão. Para (Carmo & Ferreira, 1998), os resultados obtidos deste tipo de amostra não podem ser generalizados à população a que pertencem, mas do qual se poderão obter informações preciosas que devem ser utilizadas com as devidas reservas.

¹⁵ Diário da Republica, *Iª série* – N.º 54 – 18 de Março de 2009, Portaria n.º 274/2009

¹⁶ Portal da Saúde - <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54284>

CAPÍTULO IV - TRABALHO DE CAMPO

Num mercado global, nacional ou local, composto por indivíduos com personalidades distintas, características culturais diversas e modos de vida completamente diferentes, torna-se fantasioso pensar que todos esses indivíduos possam actuar, relacionarem-se e comportarem-se de forma igual. Por vezes, a existência de indivíduos ou grupos que possuem características intrínsecas idênticas, leva-nos a pensar que terão comportamentos semelhantes perante o mercado. É então, imperativo recolher e analisar essas informações, tentando encontrar o maior número de características semelhantes entre os indivíduos, que permitam construir o modelo conceptual na criação de valor aos utentes das unidades de saúde.

4.1. Entrevista

Foi efectuado um guião da entrevista no sentido de que todas as questões fossem abordadas pelos entrevistados. Neste sentido o guião da entrevista (anexo II), foi elaborado com a finalidade de obter informação sobre a percepção de valor dos utentes.

A entrevista divide-se em quatro grupos:

- As instalações e os serviços prestados no ACES;
- Novos serviços praticados pelos profissionais de saúde;
- Recursos materiais para a elaboração dos tratamentos;
- Custos financeiros dos materiais necessários ao tratamento.

4.2. Descrição das entrevistas semi-estruturadas

Para (Marconi & Lakatos, 2002) a preparação das entrevistas requer algum tempo. Assim, foram efectuadas reuniões prévias com os entrevistados, por amostra intencional, no sentido de informar quais os objectivos pretendidos, de analisar os conhecimentos e grau de familiaridade com o assunto em estudo, bem como agendamento do dia e hora da entrevista. As entrevistas decorreram no mês de Julho de 2011 e realizaram-se no local de trabalho dos profissionais de saúde. Foram três,

as entrevistas realizadas aos enfermeiros responsáveis pelas salas de tratamento nas unidades funcionais de saúde no ACES do Pinhal litoral I.

4.3. Síntese das entrevistas

Na recolha da informação produzida nas três entrevistas, não obtivemos a autorização dos profissionais, para o registo áudio. Em síntese, apresentamos no (anexo III), o que nos pareceu mais relevante, na recolha das informações produzidas nas entrevistas. A análise do conteúdo qualitativo das entrevistas efectuadas aos profissionais de saúde do ACES Pinhal Litoral I, constituíram, em conjunto com os questionários, um suporte à fundamentação da conclusão dos resultados do nosso estudo.

4.4. Justificação do questionário

Com o objectivo de avaliar a percepção de valor dos utentes em tratamento nas unidades funcionais do ACES Pinhal Litoral I, e pela inexistência de documentação específica sobre o tema em análise, optou-se pela recolha de dados primários com a elaboração de um questionário próprio, direccionado aos utentes da instituição em estudo.

O questionário realizado, foi sujeito a um primeiro pré-teste, junto de potenciais respondentes, onde se verificou dificuldade no seu preenchimento. Segundo (Aaker, et al., 2004) “o pré-teste visa assegurar que o questionário atinja as expectativas do pesquisador, das informações que precisam ser obtidas”. O pré-teste pode ser aplicado mais de que uma vez com vista ao seu aprimoramento e ao aumento da sua validade, (Marconi & Lakatos, 2002). Segundo o mesmo autor o pré-teste serve também para verificar se o questionário apresenta três elementos importantes:

- Fidedignidade - qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados;
- Validade - os dados recolhidos são necessárias à pesquisa;
- Operatividade - vocabulário acessível e significado claro.

Procedeu-se à respectiva alteração das questões que suscitavam maior dúvida de interpretação, submetendo-o novamente a potenciais respondentes, verificando-se que as questões já não ofereciam dificuldade na interpretação e preenchimento, validou-se o respectivo questionário.

4.5. Elaboração do questionário

O questionário foi estruturado em seis grupos de questões fechadas (anexo IV). Este tipo de perguntas, embora restrinja a liberdade das respostas, facilita o trabalho do investigador, pois as respostas são mais objectivas (Marconi & Lakatos, 2002).

No quadro 4, verifica-se a distribuição das questões no questionário, pelos grupos em análise. O primeiro grupo pretende traçar um perfil dos respondentes. Do segundo ao quinto grupo pretende -se entender a opinião dos respondentes sobre a percepção de valor quer da instituição de saúde, da qualidade dos serviços prestados, do profissionalismo da equipa de trabalho e dos recursos materiais oferecidos na sala de tratamento. O último grupo pretende avaliar a noção do respondente aos custos financeiros dos serviços obtidos na instituição de saúde em análise, respectivamente no tratamento recebido.

Quadro 4. Distribuição das questões do questionário pelos grupos em análise

Grupo	Nº de questões no questionário
Caracterização da amostra	4
Importância da consulta clínica	6
Os materiais contribuem para os resultados	6
Pagamento dos tratamentos	7

4.6. Procedimentos para a obtenção de dados

Para a recolha de dados quantitativos, os questionários dirigidos aos utentes em tratamento a feridas nas unidades de saúde pertencentes ao ACES Pinhal Litoral I, foram entregues pelos enfermeiros nas salas de penso.

No total foram distribuídos 285 questionários pelas diversas salas de tratamento do ACES Pinhal Litoral I, tendo o seu preenchimento pelos utentes decorrido no mês de Julho de 2011.

Os questionários foram entregues aos utentes pelos profissionais de saúde nas salas de pensos, ao mesmo tempo que decorria o tratamento, onde os utentes foram informados do objectivo do estudo e da forma de participação, sendo garantida a confidencialidade dos dados.

CAPÍTULO V - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A recolha de dados, faz sentido se processados e analisados, pois, os mesmos por si só, constituem apenas uma mescla de números. Neste sentido, importa submetê-los a processamento estatístico de forma a identificar tendências e padrões de relação. Assim, e de acordo com (Polit & Hungler, 1995, p. 227), “ os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica”. Reforçando a importância do tratamento de dados, Guimarães & Cabral, (1997 como citado em Feliciano, 2010), reconhecem que a estatística descritiva procura sintetizar e representar de uma forma compreensível, através de tabelas, gráficos e cálculo de medidas que representem convenientemente a informação contida nos dados.

Para (Aaker, et al., 2004), a qualidade dos dados obtidos através dos questionários, dependem em grande parte da preparação e transformação para a respectiva análise.

No nosso estudo, os dados recolhidos serão tratados por meios informáticos, recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 17.0).

5.1. Caracterização da amostra

Dos 285 questionários distribuídos no ACES Pinhal litoral I, realizamos esta investigação numa amostra composta por 128 utentes em tratamento nas salas de pensos o que representa 44,9%.

Na análise da caracterização foram observadas as questões (Q2, Q3, Q7 e Q11) conforme (anexo V)

Na Q3 (idade) agrupamos em 7 classes, sendo cada classe agrupada de 10 em 10 anos. A primeira classe corresponde às idades entre 20 e 31 anos e assim sucessivamente até à sétima classe entre 81 e 99 anos.

Dos 128 questionários validados, 51,6% dos utentes correspondem ao sexo feminino, e 48,6% dos utentes ao sexo masculino.

São 21,9% os utentes com maior representatividade com idades compreendidas entre os 71 e 80 anos. Verifica-se que os utentes com idade superior a 61 anos representam 57,9% da nossa amostra.

A forma de marcação dos tratamentos é para 45,3% efectuada presencialmente, 32% pelo enfermeiro, 13,3% pelo médico, 6,3% por telefone e 1,6% pela internet.

A preferência para efectuarem os tratamentos, recai pelas instituições públicas com 89,8% dos utentes e 5,5% por instituições privadas.

5.2. Tratamento de dados

Para o tratamento dos dados recolhidos pelo questionário e de forma a verificar a metodologia de teste a seguir, utilizamos o teste estatístico conhecido como Kolmogorov-Smirnov, no sentido de analisar normalidade das variáveis. Segundo (Maroco, 2007, p. 134), este teste é usado “para decidir se a distribuição da variável sob estudo numa determinada amostra provém de uma população com uma distribuição específica”

Calculado o teste Kolmogorov-Smirnov (anexo VI), para cada uma das questões, encontramos uma significância menor do que 0,001 na maioria das questões, havendo 4 questões onde a significância era maior que 0,001.

Verifica-se que na maioria das questões a significância é igual a 0,000, assim a distribuição dos dados não é normal ao nível de significância de 0,05, o que se rejeitou a normalidade optando pelo método estatístico testes não paramétricos.

Para (Maroco, 2007), os testes não paramétricos devem ser utilizados quando não existe possibilidade de validar as condições de aplicação dos testes como a normalidade. Para (Pereira, 2008), os testes não paramétricos não necessitam de requisitos tão fortes, e úteis quando as amostras são pequenas. No entanto o mesmo autor refere a desvantagem deste método relativo à diferença entre os dados, quando elas realmente existem.

No nosso estudo optamos pela análise dos dados univariada e bivariada. Segundo (Pestana & Gageiro, 2005) este tipo de análises são tratadas ou isoladamente

no caso de univariadas, ou estabelecer uma relação entre duas variáveis na análise bivariada. De forma a analisar a relação entre as variáveis utilizamos o teste Qui-Quadrado.

Segundo (Aaker, et al., 2004), o teste de independência Qui-quadrado é empregue quando o investigador pretende saber a associação entre duas ou mais variáveis em estudo.

5.3. Análise Estatística

Os dados serão apresentados pela ordem dos grupos em análise (importância da consulta clínica, os materiais contribuem para os resultados e pagamento do tratamento)

5.3.1 Importância da consulta clínica

Neste grupo (Q12, Q13, Q14, Q15, Q16 e Q17), pretendemos testar a Hipótese H_1 - A existência de uma consulta inicial com informação sobre o tratamento, contribui para a percepção de valor dos utentes nas unidades de saúde.

Foram analisadas de forma descritiva as questões Q12, Q14 e Q17.

Com o objectivo de verificar, a compreensão dos utentes à importância da consulta clínica, na percepção de valor, cruzamos as Q13, Q15 e Q16.

Para validar ou rejeitar a hipótese, efectuámos o teste de independência Qui-quadrado, que segundo (Pereira, 2008, p. 186), “o teste de independência do Qui-quadrado permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas.

Para (Laureano, 2011), o teste Qui-quadrado permite verificar a relação da variável independente na variável dependente, baseada no valor de significância, para a rejeição da hipótese nula. Quando o valor de significância é inferior ou igual a 0,05 validamos a hipótese assente na significância estatística dos resultados obtidos.

Verifica-se na nossa amostra (anexo VII), que 50% dos utentes foram indicados para efectuarem o tratamento à sua ferida, por enfermeiros e 44,5% indicados por médicos. A maioria dos utentes, 87,5% considera importante ter

conhecimento sobre o tratamento à sua ferida, 6,3% afirmam não ser importante e 1,6% nada importante.

Os utentes da nossa amostra quando questionados, se tinham sido informados pelos profissionais de saúde sobre o tipo de tratamento a ser efectuado, 86,7% afirmam positivamente, e 8,6% afirmam não terem sido informados.

Cruzamos as Q13 com a Q15 para analisar a importância de uma consulta antes do primeiro tratamento.

Verifica-se na amostra que 56,3% dos utentes afirmam não ter sido efectuada qualquer consulta antes do primeiro tratamento e 40,6% afirmam positivamente.

Dos 56,3% dos utentes que afirmam não ter sido efectuada qualquer consulta antes do primeiro tratamento, 30,5% também afirmam não ser importante uma consulta inicial e 25% dos utentes entendem ser importante uma consulta antes do início do tratamento e 0,8% não responderam. Dos 40,6% utentes que afirmam ter sido efectuada uma consulta antes do primeiro tratamento, 36,7% entendem ser importante a consulta inicial e 3,9% afirmam não ser importante.

No teste Qui-quadrado tem associado um nível de significância = 0,000, existindo uma relação de dependência entre as variáveis, ou seja a associação é estatisticamente significativa, isto é a existência de uma consulta pode interferir no entender dos utentes quanto à sua importância.

No sentido de analisar o relacionamento utente/profissional de saúde, face à importância da consulta inicial, cruzámos as Q15 com a Q16.

Na amostra verifica-se, que 61,7% dos utentes afirmam ser importante uma consulta antes de iniciar os tratamentos, e 34,4% dos utentes não consideram a consulta inicial importante.

Dos 61,7% utentes que afirmam ser importante uma consulta inicial, 45,3% consideram que a mesma deve ser realizada por ambos os profissionais (médicos e enfermeiros), 11,7% por médicos, 2,3% por enfermeiros e 2,3% não responderam.

No teste Qui-Quadrado tem associado um nível de significância = 0,000, existindo uma relação de dependência entre as variáveis, ou seja a associação é estatisticamente significativa.

Conclui-se que os profissionais de saúde interferem no entender dos utentes quanto à importância da existência da primeira consulta.

Verificou-se no teste Qui-Quadrado, onde efectuamos o cruzamento das variáveis em estudo um nível de significância = 0,000, pela qual validamos a hipótese em análise.

5.3.2 Os materiais contribuem para os resultados

Neste grupo (Q4, Q10, Q18, Q19, Q20, e Q23), pretendemos verificar a Hipótese H₂ – A existência dos materiais necessários ao tratamento nas unidades de saúde, contribuem para a percepção de valor dos utentes quanto ao seu resultado.

Na Q18, agrupamos os dados (péssimo, mau), no dado mau, os dados (bom, excelente), em bom, tendo mantido os dados, médio.

Na amostra (anexo VIII), 72,7% dos utentes afirmam a existência de todos os materiais necessários ao tratamento na unidade de saúde, e 24,2% afirmam a não existência dos materiais necessários.

Quando questionados sobre se já teve necessidade de adquirir material para efectuar o tratamento à sua ferida, 18,8% dos utentes afirmam positivamente e 73,4% negativamente.

Verifica-se que 81,3% dos utentes afirmam que os resultados na evolução da cicatrização da sua ferida não foram afectados pela ausência de material na instituição e 9,4% dos utentes consideram que os resultados na evolução da cicatrização foram afectados pela ausência de materiais ao tratamento.

No que respeita à classificação do tratamento, 88,3% dos utentes consideram o tratamento bom, 5,5% médio e 0,8% de mau.

Cruzamos as variáveis Q18 com a Q19, para analisar a existência dos materiais nas unidades de saúde, versus a classificação atribuída pelos utentes aos tratamentos.

Verifica-se que 75,2% dos utentes que afirmam a existência de todos os materiais necessários ao seu tratamento nas unidades, 71,1% classificam de bom o tratamento e 4,1 de médio. Em relação aos 24% dos utentes que afirmam não existir os materiais necessários ao tratamento nas unidades, 21,5% classificam o tratamento de bom, 1,7% de médio e 0,8% de mau.

O teste Qui-quadrado tem um nível de significância = 0,499, não existindo significância estatística, ou seja a existência ou não dos materiais não interfere na classificação positiva que os utentes têm em relação ao tratamento.

Quando questionamos os utentes sobre o número de vezes que se deslocam semanalmente à sua unidade de saúde para efectuarem o tratamento, verifica-se que 46,9% dos utentes deslocam-se duas vezes por semana, 31,3% três vezes, 13,3% uma vez, 5,5% cinco vezes e 3,1% quatro vezes. A média de deslocações é de 2,41 vezes por semana com um desvio padrão de 0,951.

Independentemente do número de deslocações semanais procuramos identificar há quanto tempo estes utentes se deslocavam às unidades de saúde para efectuarem o seu tratamento. Na amostra 55,5% dos utentes efectuam tratamento há três meses, 8,6% há seis meses, 7,8% há um ano, 3,1% há dois anos, 3,9% há três anos e 10,9% há mais de três anos.

Cruzamos as variáveis Q10 com a Q18 para analisar o espaço temporal dos tratamentos versus a classificação atribuída pelos utentes aos tratamentos.

Na amostra verifica-se que 57% dos utentes que se deslocam há três meses à unidade de saúde, 53,7% classificam o serviço de bom, 2,5% de médio e 0,8% de mau. Dos 10,7% dos utentes que se deslocam há mais de três anos à unidade de saúde, 9,1% classifica de bom o serviço, e 1,7% de médio.

Verifica-se na amostra que independentemente do tempo que os utentes se descolam às unidades de saúde para efectuarem o tratamento, classificam sempre de bom o tratamento efectuado.

No teste Qui-quadrado efectuado, o nível de significância = 0,878, não existindo significância estatística, ou seja independentemente do intervalo de tempo a

que os utentes estão em tratamento, não interfere na classificação positiva que os mesmos têm em relação ao tratamento.

Verificou-se nos testes Qui-Quadrado, onde efectuamos os cruzamentos das variáveis em estudo um nível de significância superior a 0,000, pela qual não validamos a hipótese em análise.

5.3.3 Pagamento dos tratamentos

Neste grupo (Q22, Q25, Q26, Q28, Q29, Q30 e Q31), pretendemos verificar a Hipótese H₃ - O pagamento pelos utentes, dos serviços que lhes são prestados, em tratamento de feridas, contribui para a criação de valor das unidades de saúde.

Agrupamos na variável Q31 os dados (importante e muito importante), num único com a designação de importância.

Na amostra (anexo IX), verifica-se que 88,3% dos utentes não têm conhecimento dos custos do seu tratamento, 4,7% afirmam ter conhecimento, e 7% dos utentes não responderam.

Verifica-se que 73,4% dos utentes afirmam desejar ter conhecimento do custo do tratamento, em situação de gratuidade do serviço, 18% dos utentes não desejam obter conhecimento do custo do tratamento, mesmo em situação de gratuidade, e 8,6% dos utentes não responderam.

Quanto à importância de receber informação sobre os custos inerentes ao tratamento, 60,2% dos utentes afirma ser importante e 30,5% consideram não ser importante obter informação sobre os custos dos tratamentos, 9,3% dos utentes não responderam.

No que respeita ao pagamento de uma taxa moderadora pelos utentes, ao tratamento efectuado, verifica-se que 57% dos utentes não estão dispostos a pagar uma taxa moderadora pelo seu tratamento e 34,4% dos utentes consideram pagar uma taxa pelo tratamento efectuado, 8,6% dos utentes não responderam.

Os utentes quando questionados se o pagamento contribuíria para o aumento da qualidade dos serviços, verifica-se que 68,8% consideram que o pagamento não

aumentava a qualidade dos serviços, 20,3% consideram que o pagamento aumentava a qualidade do serviço e 10,9% não responderam.

Com o objectivo de analisarmos o comportamento dos utentes caso tivessem que pagar pelos tratamentos cruzamos as variáveis Q22, Q25.

Verifica-se que dos 79,7% dos utentes que exigiam os materiais ao seu tratamento, caso existisse pagamento, 63,3% reclamava e 16,4% não reclamava.

No teste Qui-Quadrado tem associado um nível de significância = 0,000, existindo uma relação de dependência entre as variáveis, ou seja a associação é estatisticamente significativa, ou seja caso os utentes tivessem que pagar pelo tratamento, os mesmos não só exigiam os respectivos materiais como reclamavam.

5.4. Resultados

Como suporte à fundamentação da conclusão dos resultados estatísticos das hipóteses em estudo, recorreremos também aos conteúdos qualitativos das entrevistas efectuadas aos profissionais de saúde do ACES Pinhal Litoral I.

Verifica-se que a maioria dos utentes (anexo X), representando 88,3% afirma estar satisfeito com o serviço prestado no ACES Pinhal Litoral I, 10,2% estão insatisfeitos e 1,6% indiferentes. No que respeita ao que mais valorizam na instituição, 74,2% valorizam o atendimento, 22,7% as próprias instalações e 1,6% a limpeza.

Hipótese H₁ - A existência de uma consulta inicial com informação sobre o tratamento contribui para a percepção de valor dos utentes nas unidades de saúde.

Os enfermeiros afirmam que os utentes reconhecem os investimentos efectuados na melhoria das instalações, quer ao nível do espaço físico, quer ao nível dos serviços prestados nos ACES. Verifica-se que a informação aos utentes sobre o tratamento, ainda não constitui uma prática generalizada, no entanto a maioria dos utentes afirmam não só terem recebido informação, como entendem a sua importância. A existência de uma consulta inicial é para a maioria dos utentes considerada como importante, o mesmo consideram os profissionais de saúde na

entrevista, pois a mesma permitia registos qualitativos e quantitativos, acabando com informação cruzada entre várias instituições. A existência de uma consulta inicial, constituía um benefício para os utentes, diminuindo as deslocações a outras instituições. Os utentes consideram ainda que a consulta inicial, deveria ser efectuada em conjunto por médicos e enfermeiros.

Hipótese H₂ - A existência dos materiais necessários ao tratamento nas unidades de saúde, contribuem para a percepção de valor dos utentes quanto ao seu resultado.

Os enfermeiros presentes nas salas de tratamento, confrontam-se com dificuldades de recursos materiais, existentes nas unidades de saúde, levando a situações onde são os próprios utentes a adquirir os materiais. Verifica-se que a maioria dos utentes, consideram que a unidade de saúde detém todos os materiais necessários ao seu tratamento, havendo uma percentagem mínima que afirma a necessidade da sua aquisição. A grande maioria dos utentes considera que a ausência de materiais para efectuarem o tratamento, não interfere nos resultados esperados.

A quantidade de deslocações semanais à unidade de saúde pelos utentes, bem como o intervalo de tempo a que os utentes estão sujeitos ao tratamento, pressupunha uma possível relação face aos resultados esperados. Verifica-se que os utentes não valorizam o tempo como consequência dos resultados, pois a maioria dos utentes classificam o serviço de bom.

Não se verifica significância estatística, em relação à contribuição dos materiais no resultado esperado. O mesmo se aplica ao intervalo de tempo utilizado pelos utentes nas deslocações às unidades de saúde.

Hipótese H₃ - O pagamento pelos utentes, dos serviços prestados, no tratamento de feridas contribui para a criação de valor das unidades de saúde.

Nas salas de tratamentos das unidades de saúde, não existe qualquer pagamento por parte do utente, pois o SNS comparticipa a totalidade do seu custo.

Verifica-se que a grande maioria dos utentes desconhece os custos dos tratamentos efectuados. A informação sobre os custos do tratamento, é reconhecida pela maioria dos utentes como um factor importante. No que respeita ao pagamento

de uma taxa moderadora verifica-se que a maioria não está disposta a tal pagamento, afirmando que o pagamento não contribuía para o aumento qualitativo dos serviços.

Os profissionais de saúde, consideram que a contribuição monetária, devia existir, pois verifica-se que alguns utentes não respeitam as orientações dadas pelos enfermeiros, o que leva a um aumento dos custos. No entanto os profissionais de saúde salvaguardam a situação de utentes carenciados no que respeita ao pagamento pelos serviços efectuados nas salas de tratamento.

Caso existisse pagamento pelos serviços prestados, verifica-se que a maioria dos utentes não só exigia os materiais adequados ao seu tratamento como reclamariam dos serviços.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO

Actualmente em Portugal, o sector da saúde ocupa um espaço muito visível na sociedade, quer em termos sociais quer económicos. As recentes alterações legislativas, tanto nas reorganizações das instituições como no financiamento da saúde, são prova da alteração do paradigma actual da saúde.

É vulgar ouvir-se que “a saúde não tem preço”. No entanto, tem custos. E é aqui que surge o problema da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde como hoje o conhecemos. A gratuidade de alguns serviços de saúde, pode contribuir para a dificuldade de percepção de valor pelos utentes.

Este estudo baseou-se numa amostra não probabilística por conveniência, e as conclusões limitam-se à amostra desta investigação, não podendo ser extrapoladas para a população.

Na nossa amostra a maioria dos utentes considera o atendimento o factor mais valorativo, afirmando estarem satisfeitos com o serviço prestado nas unidades de saúde do ACES Pinhal Litoral I.

Verifica-se existir por parte dos utentes um reconhecimento do investimento nas unidades de saúde quer ao nível do espaço físico, quer nos serviços prestados. A criação de uma consulta inicial com a presença de médico e enfermeiro, é para os utentes considerado importante. Para os profissionais a consulta contribuía para uma diminuição de deslocações dos utentes a outras instituições, permitindo uma monitorização dos tratamentos, eliminando enviesamentos de informação com outras unidades de saúde.

A existência ou não de materiais, adequados ao tratamento, não contribui para uma percepção de valor do utente ao serviço prestado pela instituição. O intervalo de tempo a que estes utentes estão sujeitos em tratamento no ACES Pinhal Litoral I, não evidencia qualquer preocupação quanto aos resultados esperados, pois os mesmos classificam de bom o serviço prestado. A gratuidade dos serviços prestados nas salas de pensos, revela por parte dos utentes um desconhecimento total dos custos dos tratamentos. Isto contribui grandemente para a desvalorização do benefício

oferecido pelas unidades de saúde. A existência de um pagamento aos serviços prestados obrigaria os utentes a exigir dos serviços melhores recursos materiais.

Uma contribuição monetária pelos utentes aos serviços prestados nas salas de pensos subentenderia uma consciência aos custos, bem como uma maior preocupação pelos seus resultados.

Em suma, a existência de uma consulta inicial, permitiria um envolvimento dos utentes nos processos de tratamento, mantendo a relação de confiança entre os profissionais de saúde, beneficiando não só a instituição como o utente. No entanto, o sector da saúde não pertence em exclusivo a médicos ou enfermeiros, mas sim a todos os colaboradores que diariamente operam nas organizações de saúde, contribuindo assim, para a criação de valor.

A criação de valor no sector público da saúde não é tarefa fácil, pois a maior dificuldade está relacionada com a incerteza que caracteriza este sector. No entanto, gestores com forte cultura de serviço público e de saúde, contribuíam seguramente para novos modelos reformistas, centrados numa gestão pela qualidade nos resultados, orientada para o cidadão. Os resultados em saúde são fundamentais para a construção de percepção de valor nos utentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde.

Os gestores de marketing podem assumir em sinergia com todos os colaboradores, processos dinâmicos na criação de valor, tanto para as instituições de saúde como para os utentes. Este é o maior desafio que actualmente os gestores são confrontados, pois a saúde é um sector cujos investimentos apesar de crescentes, são sempre insuficientes.

Este estudo contribuiu significativamente para o enriquecimento e consolidação de conhecimentos pessoais e profissionais.

6.1 Limitações

Esta investigação ficou limitada no que respeita ao trabalho de campo, essencialmente pela morosidade, na autorização por parte dos agrupamentos de saúde. Este facto condicionou o número de agrupamentos presente no estudo.

A falta de informação documentada e disponível no agrupamento, limitou uma melhor representatividade estatística dos dados apresentados.

A entrega dos questionários aos utentes pelos enfermeiros nas salas de pensos nas unidades de saúde, levou à ausência de controlo pelo investigador.

6.2 Recomendações

Todo o estudo que aborde questões sociais está inacabado.

Este estudo aborda aspectos pouco explorados na nossa sociedade, mas cada vez mais actuais face a conjuntura económica em que o país se encontra.

Para futuras investigações sobre a temática do marketing no sector público da saúde, é necessário compreender qual o papel dos gestores, na construção de valor das instituições que gerem.

A visão dos médicos poderia, seguramente, contribuir para o enriquecimento em trabalhos futuros sobre esta temática.

É importante que no futuro existam investigações para o desenvolvimento de ferramentas para monitorização e avaliação dos resultados em saúde.

Por fim, mas não menos importante, uma análise à forma de cooperação das Administrações Regionais de Saúde, na criação de valor dos agrupamentos adstritos.

BIBLIOGRAFIA

- Aaker, D. A., Kumar, V., & Day, G. S. (2004). *Pesquisa de Marketing* (2 ed.). São Paulo: Atlas.
- Antunes, M. J. (2001). *A Doença da Saúde* (3 ed.). Lisboa: Livros Quetzal, S.A.
- Barros, P. P. (2005). *Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Barros, P. P. (2007). *O preço da saúde*. Paper presented at the GE-J Port Gastreterol, Lisboa. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v14n4/v14n4a03.pdf>
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111-122. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/210507703?accountid=34461>
- Berry, L. L., & Seltman, K. D. (2010). *Lições de Gestão da Clínica de Mayo-por dentro de uma das mais admiradas organizações de serviços do mundo*. Porto Alegre: ARTMED, EDITORA S.A.
- Brito, C., & Lencastre, P. (2000). *Horizontes de Marketing* (2 ed.). Lisboa: Verbo.
- Cabral, N. d. C., Amador, O. M., & D'Oliveira Martins, G. W. (2010). *A reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M. J. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde - Uma abordagem estratégica*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica.
- Churchill, J., & Gilbert, A. (1995). *Marketing Research: Methodological Foundations* (6 ed.). Orlando: The Dryden Press.
- Churchill, J., Gilbert, A., & Peter, P. (2003). *Marketing: criando valor para os clientes* (2 ed.). São Paulo.

- Costa, F. D., & Soares, A. R. C. (2009). Empatia - Relação Médico - paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 261-269.
- Demo, P. (2000). *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas.
- Dias, A., & Santana, S. (2009). Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8(1), 12-20. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642009000100003&lng=pt&nrm=iso
- Drucker, P. F. (2003). *Sociedade Pós Capitalista*. Lisboa: Actual Editora.
- Dwivedi, Y. K. (2009). An analysis of e-government research *Transforming Government: people, process and policy (TGPPP)*, 3(1), 7-15.
- Eigler, P., & Langeard, E. (1991). *SERVUCTION: A Gestão Marketing de Empresas de Serviços*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6/7), 404-412. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/229636265?accountid=34461>
- Escoval, A. (2009). *Financiar, pagar, contratualizar em saúde – das actividades aos resultados*. Lisboa.
- Feliciano, I. (2010). *Marketing em Saúde - Políticas e Estratégias*. Lisboa: Deplano Network SA.
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF - 2009*. Lisboa: VFBM Comunicação, Lda.
- Ferrel, O. C., & Hartline, M. D. (2005). *Estratégia de Marketing*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2005). *Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação* (4 ed.). Porto Alegre: Bookman.

- Frank, R. H., & Bernanke, B. S. (2003). *Princípios de Economia*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Gaur, S. S., Xu, Y., Quazi, A., & Nandi, S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *21*(1), 67-87. Retrieved from www.emeraldinsight.com/0960-4529.htm doi:10.1108/09604521111100252
- Gil, A. C. (1995). *Método e técnicas de pesquisa social* (4 ed.). São Paulo: Atlas.
- Grönroos, C. (1995). *Marketing - Gerenciamento e Serviços*. Rio de Janeiro: Editora Campus Lda.
- Grönroos, C. (2003). *Marketing - Gerenciamento e Serviços* (2 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Guimarães, M. C. V. (2009). *Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida: Avaliação do Centro de Saúde de Aldoar*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Hackney, R., Jones, S., & Irani, Z. (2005). eGovernment information systems evaluation: conceptualising "customer engagement". Retrieved from <http://www.iseing.org/egov/eGOV05/Source%20Files/Papers/eGISE-4.pdf>
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. G. (2003). *Princípios de Marketing de Serviços: Conceitos, Estratégias e Casos* (2ª ed.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning Lda.
- Instituto Nacional de Estatística *Esperança Média de Vida à Idade* Retrieved 10 Setembro, 2011, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2
- Kolla, I., & Landis, J. (2004). Can the pharmaceutical industry reduce attrition rates? . *Nature Reviews Drug Discovery*, *3*(8), 711-715.
- Kotler, P. (2005). *Marketing Essencial: conceitos, estratégias e casos* (2 ed.). São Paulo: Prentice Hall.

- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Administração de Marketing* (12 ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Kurtz, L. D., & Boone, E. L. (1998). *Marketing Contemporâneo* (8 ed.). Rio de Janeiro.
- Lamata, F., Conde, J., Martinez, B., & Horno, M. (1994). *Marketing Sanitario*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Lapão, L. V. (2010). *Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES - Livro de Curso*. Oeiras: INA Editora.
- Laureano, R. M. S. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS - O Meu Manual de Consulta Rápida*. Lisboa: Edições Silabo.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas* (3 ed.). Lisboa.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de Pesquisa* (5 ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2007). *Fundamentos de Metodologia Científica* (6 ed.). São Paulo: Atlas SA.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições Lda^a.
- Minadeo, R. (2010). *Marketing para serviços de saúde: um guia indispensável para gestores das áreas médicas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moliner, A. M. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *20*(1), 76-97. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2006979611&sid=1&Fmt=6&clientId=79905&RQT=309&VName=PQD> doi:10.1108/09564230910936869
- Montebello, M. H. (2003). *Criação de Valor para o Cliente*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições, Lda.

- Pereira, A. (2008). *Guia Prático de Utilização do SPSS-Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (7 ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (4 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portal da Saúde - Agrupamentos de Centros de Saúde. *Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral I* Retrieved 15 de Agosto, 2011, from <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54284>
- Portal da Saúde - Centro de Saúde. *Centro de Saúde de Pombal* Retrieved 15 Agosto, 2011, from <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=421>
- Porter, M. (1985). *The Competitive Advantage*. New York: Free Press.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2 ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda.
- Robalo, M. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão*. Lisboa: Sílabo Lda.
- Rudio, F. V. (1983). *Introdução ao projecto de pesquisa científica* (7 ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Sakellarides, T. C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2006). O Futuro do Sistema de Saúde Português "Saúde 2015". Lisboa: Observatório do QCA III, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Samuelson, P. A., & Nordhaus, W. D. (2005). *Economia*. Madrid: McGraw-Hil.
- Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., & Torres, A. P. (2010). *Gestão Estratégia - Conceitos e Prática*. Lisboa-Porto: Lidel -Edições Técnicas, Lda.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: Casos práticos*. . Porto: Porto Editora Lda.

- Teisberg, E. O., & Wallace, S. (2009). Creating a high-value delivery system for health care. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 21(1), 35-42. Retrieved from <Go to ISI>://MEDLINE:19632561
- Trilla, J. (1998). *Animação Sociocultural: Teorias Programas e Âmbitos*. Lisboa.
- Willcocks, S. (2008). Clinical leadership in UK health care: exploring a marketing perspective. *Leadership in Health Services*, 21(3), 158-167. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/210507709?accountid=34461>
doi:10.1108/17511870810892994
- Zeithaml, A. V., & Bitner, J. M. (2003). *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente* (2 ed.): Porto Alegre.
- Zhen Xiong, C., Shi, Y., & Da-Hai, D. (2008). An empirical study of relationship quality in a service setting: a Chinese case. *Marketing Intelligence & Planning*, 26(1), 11-25. doi: 10.1108/02634500810847129



ANEXOS

ANEXO I – MÉDIA DOS UTENTES INSCRITOS NAS SALAS DE PENSO NA SEDE DO ACES PINHAL LITORAL I

De: Joao Oliveira [<mailto:oliveirajoao75@gmail.com>]
Enviada: ter 06-09-2011 1:07
Para: Maria Leal Cordeiro
Assunto: Informação sobre salas de penso e nº de utentes

Olá Enf. Leal Couto

Solicito a sua ajuda nesta minha recta final.

Na definição e quantificação da amostra na minha tese, deparei-me com algumas dificuldades, que solicito apoio a algumas questões:

Existem salas de tratamento em todas as extensões de saúde?

Se não qual as que não têm esta actividade.

E o mais importante era a possibilidade de quantificar quantos utentes estão em tratamento a feridas crónicas no ACES Pinhal Litoral I

Estas duas questões são vitais para dar seguimento à minha tese o qual solicito possibilidade de celeridade na resposta

Desde já os meus sinceros agradecimentos

Um beijo

João Oliveira

De: Maria Leal Cordeiro [mlcordeiro@acespl1.min-saude.pt]
Enviado: quarta-feira, 7 de Setembro de 2011 18:11
Para: Joao Oliveira
Assunto: RE: Informação sobre salas de penso e nº de utentes

Olá Joao Oliveira

De acordo com o solicitado informo:

Nº de salas tratamentos- 4de

Média de utentes atendidos por dia em tratamentos na sede do ACES -25 por cada sala ---ao sábado uma media de 10 utentes ou seja temos um **total de 135 por semana.**

Utentes inscritos na sede do ACES 25818

Bom trabalho Ao dispor ,

Leal Couto

ANEXO II – GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Guião Entrevista

O meu nome é João Oliveira e sou aluno de Mestrado no Instituto Português de Administração de Marketing em Aveiro. Venho desta forma solicitar o seu contributo para a realização desta entrevista, que tem como objectivo identificar elementos e características à percepção de valor dos utentes em tratamento nas unidades funcionais dos Agrupamentos de Saúde.

Duração da entrevista : 30 - 45 minutos

Data

As instalações e os serviços prestados no ACES

Na sua opinião a criação de novos espaços nas unidades funcionais trazem mais valia aos utentes?

Na sua opinião, de que forma é que os utentes analisam este novo funcionamento integrado dos serviços?

Novos serviços praticados pelos profissionais de saúde

No seu entender uma consulta inicial aos utentes, para informar do tratamento, contribuiu para valorizar o vosso serviço?

Recursos materiais para a elaboração dos tratamentos

O Agrupamento dispõe dos recursos materiais necessários ao cumprimento do serviço prestado na sala de tratamento?

O Agrupamento investe em novos materiais para a realização do tratamento de feridas?

Custos financeiros dos materiais necessários ao tratamento

Na sua opinião os utentes têm conhecimento do custo monetário de cada tratamento?

Na sua opinião os utentes devem contribuir financeiramente nos tratamentos?

ANEXO III – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

Questões em análise	Recolha da pesquisa qualitativa
<p>As instalações e os serviços prestados no ACES.</p>	<p>Foi unânime o reconhecimento do investimento feito nas instituições na melhoria significativa das condições de trabalho, quer ao nível do espaço físico quer ao nível dos materiais necessários às boas práticas de enfermagem. Apesar de ainda não ser visível em todas as unidades, foi um passo significativo na melhoria qualitativa das salas de trabalho, reconhecido pelos próprios utentes, a começar pela sala de espera.</p> <p>Verifica-se também por partes dos utentes, satisfação geral desde o atendimento até aos respectivos serviços, sejam eles praticados pelos administrativos, enfermeiros ou médicos.</p>
<p>Novos serviços praticados pelos profissionais de saúde.</p>	<p>Duma forma geral é dada informação ao utente sobre o tratamento que vai ser efectuado. Uma consulta nos ACES, permitia um registo quantitativo e qualitativo, ou seja acabávamos com a informação e tratamentos cruzados entre os Hospitais e os Centros de Saúde. O doente só beneficiava, pois as deslocações aos hospitais para as consultas externas diminuía seguramente e permitia um melhor acompanhamento da evolução do tratamento às feridas do utente</p>
<p>Recursos materiais para a elaboração dos tratamentos.</p>	<p>Nesta matéria ainda existem graves lacunas, pois nem sempre dispomos dos materiais necessários aos tratamentos. São várias as situações em que os utentes adquirem os próprios materiais e deslocam-se ao centro de saúde para efectuar o tratamento.</p>
<p>Custos financeiros dos materiais necessários ao tratamento.</p>	<p>A maioria dos utentes desconhece o valor dos materiais necessários aos seus tratamentos, pois o Serviço Nacional de Saúde comparticipa na totalidade o seu custo. No entanto verifica-se uma maior preocupação pelos tratamentos nos utentes que por qualquer razão tiveram que comprar os seus materiais.</p> <p>Verificou-se alguma preocupação sobre os utentes contribuírem financeiramente, sendo unânime a salvaguarda dos utentes carenciados. No entanto houve relatos de que para alguns utentes a contribuição devia ser feita, pois aparecem diariamente para efectuar o tratamento, mesmo quando informados que o mesmo pode durar dois a três dias, não respeitando as indicações dos profissionais de saúde.</p>

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO

Criação de Valor nas Unidades Funcionais de Saúde

João Fernando Oliveira, no âmbito da elaboração da sua tese de Mestrado em Gestão de Marketing, no Instituto de Administração de Marketing em Aveiro, vem solicitar a V^ª Exas o preenchimento deste questionário.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados para o trabalho de investigação.

Será sempre garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Desde já os meus agradecimentos, pois sem a sua ajuda, este trabalho não seria possível - OBRIGADO

Dados Pessoais	
1. Data do questionário	<input type="text"/>
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3. Idade	<input type="text"/>
Valor atribuído à instituição	
4. Quantas vezes por semana faz tratamento nesta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro vezes <input type="checkbox"/> Cinco vezes
5. Está satisfeito com o serviço prestado nesta unidade? ..	<input type="checkbox"/> Totalmente insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Totalmente satisfeito
6. O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Instalações <input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Sala de Espera <input type="checkbox"/> Cafeteria <input type="checkbox"/> Conforto <input type="checkbox"/> Limpeza <input type="checkbox"/> Outro _____ <i>Você pode marcar diversas casas.</i>
7. Se pudesse escolher, que instituição de saúde escolhia para fazer o tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Qualidade dos serviços	
8. Já fez tratamento numa instituição privada de saúde? ..	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Se respondeu não passe à questão nº 10
9. Quanto pagou pelo tratamento na instituição privada? ..	<input type="checkbox"/> De 0€ a 15€ <input type="checkbox"/> De 16€ a 30€ <input type="checkbox"/> De 31€ a 45€ <input type="checkbox"/> De 46€ a 60€ <input type="checkbox"/> Mais de 60€
10. Há quanto tempo efectua tratamento nesta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 3 anos <input type="checkbox"/> mais de 3 anos
11. Como foi feita a marcação do seu tratamento?	<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Administrativo

Satisfação com a equipa de trabalho

12. Quem lhe indicou o tratamento?	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	
	<input type="checkbox"/> Outro _____		
13. Foi efectuada alguma consulta antes do primeiro tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
14. Foi informado do tipo de tratamento que iria fazer, pelos profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
15. No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não - Se respondeu não passe à questão nº17	
16. A consulta na sua opinião deveria ser efectuada por: ..	<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Enfermeiros	<input type="checkbox"/> Ambos
17. No sua opinião é importante ter conhecimento sobre o tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sem importância	<input type="checkbox"/> Pouco importante	
	<input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Muito importante	
18. Como classifica o tratamento efectuado à sua ferida? ..	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Mau	<input type="checkbox"/> Médio
	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Excelente	

Recursos materiais ao tratamento

19. A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20. Já teve necessidade de comprar o material para efectuar o seu tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não - Se respondeu não passe à questão nº 22
21. Se 'Sim', Quanto Custou?	<input type="text"/>	
22. Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23. Na sua opinião a evolução da cicatrização da sua ferida, foi afectada por falta de material de penso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24. Reclamou desse facto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
25. Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Custo financeiro

26. Sabe quanto custa o tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não - Se respondeu não passe à questão nº 28
27. Se 'Sim', Quanto Custa:	<input type="text"/>	
28. Na sua opinião o pagamento pelo tratamento aumentava a qualidade dos serviços prestados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
29. Mesmo não havendo qualquer pagamento, gostaria de saber quanto custou o seu tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
30. Estaria disposto(a) a pagar uma taxa moderadora pelo tratamento à sua ferida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
31. Na sua opinião é importante receber informação sobre o custo do seu tratamento?	<input type="checkbox"/> Sem importância	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Muito importante	

ANEXO V – SPSS OUTPUTS – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Frequency Table

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	62	48,4	48,4	48,4
	Feminino	66	51,6	51,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

IDADE_G

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	[20-30]	11	8,6	8,7	8,7
	[31-40]	7	5,5	5,6	14,3
	[41-50]	17	13,3	13,5	27,8
	[51-60]	17	13,3	13,5	41,3
	[61-70]	22	17,2	17,5	58,7
	[71-80]	28	21,9	22,2	81,0
	[81-99]	24	18,8	19,0	100,0
	Total	126	98,4	100,0	
Missing	System	2	1,6		
	Total	128	100,0		

Se pudesse escolher, que instituição de saúde escolhia para fazer o tratamento à sua ferida?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pública	115	89,8	89,8	89,8
	Privada	7	5,5	5,5	95,3
	99	6	4,7	4,7	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Como foi feita a marcação do seu tratamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Telefone	8	6,3	6,3	6,3
	Internet	2	1,6	1,6	7,8
	Presencial	58	45,3	45,3	53,1
	Enfermeiro	41	32,0	32,0	85,2
	Médico	17	13,3	13,3	98,4
	99	2	1,6	1,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

ANEXO VI – SPSS OUTPUTS – KOLMOGOROV-SMIRNOV

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Está satisfeito com o serviço prestado nesta unidade?	O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida? 1	O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida? 2
Normal Parameters a.,b	N	128	127	48
	Mean	4,23	1,87	3,38
	Std. Deviation	1,179	,816	1,746
Most Extreme Differences	Absolute	,307	,415	,347
	Positive	,256	,415	,347
	Negative	-,307	-,333	-,215
	Kolmogorov-Smirnov Z	3,469	4,677	2,404
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida? 3	O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida? 4	O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida? 5
Normal Parameters a.,b	N	23	8	3
	Mean	5,09	5,50	5,67
	Std. Deviation	1,311	,756	,577
Most Extreme Differences	Absolute	,366	,371	,385
	Positive	,243	,254	,282
	Negative	-,366	-,371	-,385
	Kolmogorov-Smirnov Z	1,753	1,049	,667
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,221	,766

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Se pudesse escolher, que instituição de saúde escolhia para fazer o tratamento à sua ferida?	Já fez tratamento numa instituição privada de saúde?	Quanto pagou pelo tratamento na instituição privada?
Normal Parameters a.,b	N	128	128	21
	Mean	5,65	4,09	2,43
	Std. Deviation	20,785	14,766	1,326
Most Extreme Differences	Absolute	,523	,533	,293
	Positive	,523	,533	,293
	Negative	-,412	-,417	-,141
	Kolmogorov-Smirnov Z	5,915	6,030	1,345
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,054

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Há quanto tempo efectua tratamento nesta unidade de saúde?	Como foi feita a marcação do seu tratamento?	Quem lhe indicou o tratamento?
Normal Parameters a.,b	N	128	128	128
	Mean	11,99	4,95	5,36
	Std. Deviation	29,417	11,935	18,961
Most Extreme Differences	Absolute	,479	,483	,516
	Positive	,479	,483	,516
	Negative	-,354	-,370	-,409
	Kolmogorov-Smirnov Z	5,421	5,459	5,834
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Foi efectuada alguma consulta antes do primeiro tratamento?	Foi informado do tipo de tratamento que iria fazer, pelos profissionais de saúde?	No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida?
Normal Parameters a.,b	N	128	125	128
	Mean	4,63	3,44	5,17
	Std. Deviation	17,024	15,048	18,998
Most Extreme Differences	Absolute	,530	,514	,527
	Positive	,530	,514	,527
	Negative	-,416	-,436	-,413
	Kolmogorov-Smirnov Z	5,997	5,748	5,965
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		A consulta na sua opinião deveria ser efectuada por:	No sua opinião é importante ter conhecimento sobre o tratamento à sua ferida?	Como classifica o tratamento efectuado à sua ferida?
Normal Parameters a.,b	N	128	128	128
	Mean	341,08	7,79	9,45
	Std. Deviation	470,155	20,317	21,632
Most Extreme Differences	Absolute	,389	,527	,527
	Positive	,389	,527	,527
	Negative	-,255	-,372	-,375
	Kolmogorov-Smirnov Z	4,401	5,963	5,961
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida?	Já teve necessidade de comprar o material para efectuar o seu tratamento?	Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?
Normal Parameters a.,b	N	128	127	128
	Mean	4,30	8,69	9,63
	Std. Deviation	17,080	25,044	27,513
Most Extreme Differences	Absolute	,522	,534	,523
	Positive	,522	,534	,523
	Negative	-,423	-,379	-,377
	Kolmogorov-Smirnov Z	5,910	6,022	5,921
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Na sua opinião a evolução da cicatrização da sua ferida, foi afectada por falta de material de penso?	Reclamou desse facto?	Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?
Normal Parameters a.,b	N	128	128	128
	Mean	11,00	25,47	12,57
	Std. Deviation	28,416	41,732	31,615
Most Extreme Differences	Absolute	,531	,471	,514
	Positive	,531	,471	,514
	Negative	-,362	-,279	-,357
	Kolmogorov-Smirnov Z	6,002	5,327	5,812
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sabe quanto custa o tratamento à sua ferida?	Na sua opinião o pagamento pelo tratamento aumentava a qualidade dos serviços prestados?	Mesmo não havendo qualquer pagamento, gostaria de saber quanto custou o seu tratamento?
Normal Parameters ^a , ^b	N	128	128	128
	Mean	8,77	12,41	9,60
	Std. Deviation	24,912	30,468	27,522
Most Extreme Differences	Absolute	,537	,524	,523
	Positive	,537	,524	,523
	Negative	-,378	-,354	-,377
	Kolmogorov-Smirnov Z	6,074	5,932	5,916
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Estaria disposto(a) a pagar uma taxa moderadora pelo tratamento à sua ferida?	Na sua opinião é importante receber informação sobre o custo do seu tratamento?
Normal Parameters ^a , ^b	N	128	128
	Mean	9,99	10,91
	Std. Deviation	27,403	28,450
Most Extreme Differences	Absolute	,529	,516
	Positive	,529	,516
	Negative	-,371	-,364
	Kolmogorov-Smirnov Z	5,983	5,836
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ANEXO VII – SPSS OUTPUTS – IMPORTÂNCIA DA CONSULTA CLÍNICA

Frequency Table

Quem lhe indicou o tratamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Médico	57	44,5	44,5	44,5
	Enfermeiro	64	50,0	50,0	94,5
	Outro_____	2	1,6	1,6	96,1
99		5	3,9	3,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

CONHECIMENTO_TRATAMENTO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem importância	2	1,6	1,6	1,6
	Pouco importante	8	6,3	6,3	7,8
	Importante	112	87,5	87,5	95,3
99		6	4,7	4,7	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Foi informado do tipo de tratamento que iria fazer, pelos profissionais de saúde?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	111	86,7	88,8	88,8
	Não	11	8,6	8,8	97,6
99		3	2,3	2,4	100,0
	Total	125	97,7	100,0	
Missing	System	3	2,3		
	Total	128	100,0		

No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida? * Foi efectuada alguma consulta antes do primeiro tratamento?

Crosstab

			Foi efectuada alguma consulta antes do primeiro tratamento?			Total
			Sim	Não	99	
No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida?	Sim	Count	47	32	0	79
		Expected Count	32,1	44,4	2,5	79,0
		% of Total	36,7%	25,0%	,0%	61,7%
		Std. Residual	2,6	-1,9	-1,6	
		Adjusted Residual	5,5	-4,6	-2,6	
	Não - Se respondeu não passe à questão nº17	Count	5	39	0	44
		Expected Count	17,9	24,8	1,4	44,0
		% of Total	3,9%	30,5%	,0%	34,4%
		Std. Residual	-3,0	2,9	-1,2	
		Adjusted Residual	-4,9	5,3	-1,5	
	99	Count	0	1	4	5
		Expected Count	2,0	2,8	,2	5,0
		% of Total	,0%	,8%	3,1%	3,9%
		Std. Residual	-1,4	-1,1	9,7	
		Adjusted Residual	-1,9	-1,7	10,1	
Total	Count	52	72	4	128	
	Expected Count	52,0	72,0	4,0	128,0	
	% of Total	40,6%	56,3%	3,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	129,482 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	61,448	4	,000
Linear-by-Linear Association	100,936	1	,000
N of Valid Cases	128		

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida? * A consulta na sua opinião deveria ser efectuada por:

Crosstab

			A consulta na sua opinião deveria ser efectuada por:					Total
			Médicos	Enfermeiros	Ambos	99	999	
No seu entender é importante uma consulta antes de iniciar o tratamento à sua ferida?	Sim	Count	15	3	58	3	0	79
		Expected Count	9,3	2,5	37,6	3,1	26,5	79,0
		% of Total	11,7%	2,3%	45,3%	2,3%	,0%	61,7%
		Std. Residual	1,9	,3	3,3	,0	-5,2	
		Adjusted Residual	3,2	,6	7,4	,0	-10,2	
	Não - Se respondeu não passe à questão nº17	Count	0	0	3	0	41	44
		Expected Count	5,2	1,4	21,0	1,7	14,8	44,0
		% of Total	,0%	,0%	2,3%	,0%	32,0%	34,4%
		Std. Residual	-2,3	-1,2	-3,9	-1,3	6,8	
		Adjusted Residual	-3,0	-1,5	-6,7	-1,7	10,3	
	99	Count	0	1	0	2	2	5
		Expected Count	,6	,2	2,4	,2	1,7	5,0
		% of Total	,0%	,8%	,0%	1,6%	1,6%	3,9%
		Std. Residual	-,8	2,1	-1,5	4,1	,2	
		Adjusted Residual	-,8	2,2	-2,2	4,2	,3	
Total	Count	15	4	61	5	43	128	
	Expected Count	15,0	4,0	61,0	5,0	43,0	128,0	
	% of Total	11,7%	3,1%	47,7%	3,9%	33,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	135,635 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	151,314	8	,000
Linear-by-Linear Association	,544	1	,461
N of Valid Cases	128		

a. 9 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

ANEXO VIII – SPSS OUTPUTS – OS MATERIAIS CONTRIBUEM PARA OS RESULTADOS

Frequencies

Statistics

A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida?

N	Missing	0
	Mean	4,30
	Median	1,00
	Mode	1
	Std. Deviation	17,080
	Minimum	1
	Maximum	99
	Sum	551

A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	93	72,7	72,7	72,7
	Não	31	24,2	24,2	96,9
	99	4	3,1	3,1	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Statistics

		Já teve necessidade de comprar o material para efectuar o seu tratamento?	Se 'Sim', Quanto Custou?
N	Valid	127	128
	Missing	1	0
	Mean	8,69	
	Median	2,00	
	Mode	2	
	Std. Deviation	25,044	
	Minimum	1	
	Maximum	99	
	Sum	1103	

Na sua opinião a evolução da cicatrização da sua ferida, foi afectada por falta de material de penso?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	9,4	9,4	9,4
	Não	104	81,3	81,3	90,6
	99	12	9,4	9,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Já teve necessidade de comprar o material para efectuar o seu tratamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	18,8	18,9	18,9
	Não - Se respondeu não passe à questão nº 22	94	73,4	74,0	92,9
	99	9	7,0	7,1	100,0
	Total	127	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
	Total	128	100,0		

Statistics

CLASSIFICA_TREATAMENTO

N	Valid	121
	Missing	7
	Mean	3,9256
	Median	4,0000
	Mode	4,00
	Std. Deviation	,29341
	Minimum	2,00
	Maximum	4,00
	Sum	475,00

CLASSIFICA_TREATAMENTO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	1	,8	,8	,8
	Médio	7	5,5	5,8	6,6
	Bom	113	88,3	93,4	100,0
	Total	121	94,5	100,0	
Missing	System	7	5,5		
	Total	128	100,0		

A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida? *

CLASSIFICA_TREATAMENTO Crosstabulation

			CLASSIFICA_TREATAMENTO			
			Mau	Médio	Bom	Total
A unidade de saúde tem todos os materiais necessários ao tratamento da sua ferida?	Sim	Count	0	5	86	91
		% within CLASSIFICA_TREATAMENTO	,0%	71,4%	76,1%	75,2%
		% of Total	,0%	4,1%	71,1%	75,2%
		Residual	-,8	-,3	1,0	
		Adjusted Residual	-1,7	-,2	,9	
	Não	Count	1	2	26	29
		% within CLASSIFICA_TREATAMENTO	100,0%	28,6%	23,0%	24,0%
		% of Total	,8%	1,7%	21,5%	24,0%
		Residual	,8	,3	-1,1	
		Adjusted Residual	1,8	,3	-,9	
99	Count	0	0	1	1	
	% within CLASSIFICA_TREATAMENTO	,0%	,0%	,9%	,8%	
	% of Total	,0%	,0%	,8%	,8%	
	Residual	,0	,0	,1		
	Adjusted Residual	,0	-,2	,3		
Total	Count	1	7	113	121	
	% within CLASSIFICA_TREATAMENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	,8%	5,8%	93,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,366 ^a	4	,499
Likelihood Ratio	3,105	4	,540
Linear-by-Linear Association	,036	1	,849
N of Valid Cases	121		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Statistics

Quantas vezes por semana faz tratamento nesta unidade de saúde?

N	Valid	128
	Missing	0
Mean		2,41
Std. Deviation		,951
Skewness		,887
Std. Error of Skewness		,214
Kurtosis		1,122
Std. Error of Kurtosis		,425
Sum		308

Quantas vezes por semana faz tratamento nesta unidade de saúde?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uma vez	17	13,3	13,3	13,3
	Duas vezes	60	46,9	46,9	60,2
	Três vezes	40	31,3	31,3	91,4
	Quatro vezes	4	3,1	3,1	94,5
	Cinco vezes	7	5,5	5,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Há quanto tempo efectua tratamento nesta unidade de saúde? * CLASSIFICA_TRATAMENTO Crosstabulation

		CLASSIFICA_TRATAMENTO			Total	
		Mau	Médio	Bom		
Há quanto tempo efectua tratamento nesta unidade de saúde?	3 meses	Count	1	3	65	69
		% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	100,0%	42,9%	57,5%	57,0%
		% of Total	,8%	2,5%	53,7%	57,0%
		Residual	,4	-1,0	,6	
		Adjusted Residual	,9	-,8	,4	
	6 meses	Count	0	0	11	11
		% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	,0%	9,7%	9,1%
		% of Total	,0%	,0%	9,1%	9,1%
		Residual	,0	-,6	,7	
		Adjusted Residual	-,3	-,9	,9	
	1 ano	Count	0	0	9	9
		% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	,0%	8,0%	7,4%
		% of Total	,0%	,0%	7,4%	7,4%
		Residual	,0	-,5	,6	
		Adjusted Residual	-,3	-,8	,8	
	2 anos	Count	0	0	3	3
		% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	,0%	2,7%	2,5%
		% of Total	,0%	,0%	2,5%	2,5%
		Residual	,0	-,2	,2	
		Adjusted Residual	-,2	-,4	,5	
3 anos	Count	0	1	4	5	
	% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	14,3%	3,5%	4,1%	
	% of Total	,0%	,8%	3,3%	4,1%	
	Residual	,0	,7	-,7		
	Adjusted Residual	-,2	1,4	-,2		
mais de 3 anos	Count	0	2	11	13	
	% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	28,6%	9,7%	10,7%	
	% of Total	,0%	1,7%	9,1%	10,7%	
	Residual	-,1	1,2	-,1		
	Adjusted Residual	-,3	1,6	-,3		
99	Count	0	1	10	11	
	% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	,0%	14,3%	8,8%	9,1%	
	% of Total	,0%	,8%	8,3%	9,1%	
	Residual	,0	,4	-,3		
	Adjusted Residual	-,3	,5	-,3		
Total		Count	1	7	113	121
		% within CLASSIFICA_TRATAMENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	,8%	5,8%	93,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,678 ^a	12	,878
Likelihood Ratio	7,036	12	,855
Linear-by-Linear Association	,063	1	,801
N of Valid Cases	121		

a. 16 cells (76,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

ANEXO IX – SPSS OUTPUTS – PAGAMENTO DOS TRATAMENTOS

Frequency Table

Sabe quanto custa o tratamento à sua ferida?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	4,7	4,7	4,7
	Não - Se respondeu não passe à questão nº 28	113	88,3	88,3	93,0
	99	9	7,0	7,0	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Mesmo não havendo qualquer pagamento, gostaria de saber quanto custou o seu tratamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	94	73,4	73,4	73,4
	Não	23	18,0	18,0	91,4
	99	11	8,6	8,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

DOCUMENTO_CUSTOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem importância	39	30,5	33,6	33,6
	Importância	77	60,2	66,4	100,0
	Total	116	90,6	100,0	
Missing	System	12	9,4		
	Total	128	100,0		

Estaria disposto(a) a pagar uma taxa moderadora pelo tratamento à sua ferida?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	44	34,4	34,4	34,4
	Não	73	57,0	57,0	91,4
	99	11	8,6	8,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Na sua opinião o pagamento pelo tratamento aumentava a qualidade dos serviços prestados?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	26	20,3	20,3	20,3
Não	88	68,8	68,8	89,1
99	14	10,9	10,9	100,0
Total	128	100,0	100,0	

Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava? * Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida? Crosstabulation

		Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?			Total		
		Sim	Não	99			
Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	Sim	Count	81	4	5	90	
		Expected Count	71,7	7,7	10,5	90,0	
		% within Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	90,0%	4,4%	5,6%	100,0%	
		% within Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?	79,4%	36,4%	33,3%	70,3%	
		% of Total	63,3%	3,1%	3,9%	70,3%	
		Residual	9,3	-3,7	-5,5		
		Não	Count	21	6	0	27
		Expected Count	21,5	2,3	3,2	27,0	
		% within Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	77,8%	22,2%	,0%	100,0%	
		% within Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?	20,6%	54,5%	,0%	21,1%	
		% of Total	16,4%	4,7%	,0%	21,1%	
		Residual	-,5	3,7	-3,2		
99	Count	0	1	10	11		
	Expected Count	8,8	,9	1,3	11,0		
	% within Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	,0%	9,1%	90,9%	100,0%		
	% within Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?	,0%	9,1%	66,7%	8,6%		
	% of Total	,0%	,8%	7,8%	8,6%		
	Residual	-8,8	,1	8,7			
Total	Count	102	11	15	128		
	Expected Count	102,0	11,0	15,0	128,0		
	% within Se tivesse que pagar pelo seu tratamento e não houvesse material reclamava?	79,7%	8,6%	11,7%	100,0%		
	% within Se tivesse que pagar pelo tratamento, exigia que a unidade de saúde tivesse o material de penso adequado à sua ferida?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% of Total	79,7%	8,6%	11,7%	100,0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,567 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	58,444	4	,000
Linear-by-Linear Association	72,320	1	,000
N of Valid Cases	128		

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,95.

ANEXO X – SPSS OUTPUTS – RESULTADOS

Frequencies

INSTITUIÇÃO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito	13	10,2	10,2	10,2
	Indiferente	2	1,6	1,6	11,7
	Satisfeito	113	88,3	88,3	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

O que mais valoriza na instituição de saúde que presta o tratamento à sua ferida?_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Instalações	29	22,7	22,7	22,7
	Atendimento	95	74,2	74,2	96,9
	Limpeza	2	1,6	1,6	98,4
	99	2	1,6	1,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	