Dissertação de Mestrado em Gestão

Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço

Elaborado por:

Vanessa Pedroso de Sousa Melo | 201728727

Orientação: Prof.ª Doutora Albertina Melo Dias

Barcarena

setembro, 2019

ATLÂNTICA - ESCOLA UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS
EMPRESARIAIS, SAÚDE, TECNOLOGIAS E ENGENHARIA

Dissertação de Mestrado em Gestão

Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço

Elaborado por:

Vanessa Pedroso de Sousa Melo | 201728727

Orientação: Prof.ª Doutora Albertina Melo Dias

Barcarena

setembro, 2019

Dissertação [1] apresentada à Atlântica - Escola Universitária de Ciências Empresariais, Saúde, Tecnologias e Engenharias, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Gestão.

[1] Esta dissertação foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.

A autora é a única responsável pelas ideias expressas nesta dissertação.

"A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade."

(*World Health Organization*, 1946)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.ª Doutora Albertina Melo Dias, pela incansável ajuda, pela disponibilidade e pelo esforço na revisão de toda a dissertação, que permitiu a conclusão da mesma com as melhorias necessárias.

Ao meu companheiro de vida, que sempre me ouviu, ajudou, aconselhou e deu força para nunca desistir.

Ao meu pai e à minha irmã, que ao longo destes dois anos me forneceram apoio para frequentar o mestrado.

A todos aqueles que de alguma forma me apoiaram ao longo destes dois anos para chegar a esta etapa.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

AP – Administração Publica;

ARS – Administração Regional de Saúde;

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários;

CATPCA – Análise Categórica de Componentes Principais;

EUA – Estados Unidos da América;

NPM – *New Public Management*;

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PDCA – *Plan, Do, Check, Action*;

PPP – Parcerias Público-Privadas;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Algueirão;

ULS – Unidades Locais de Saúde;

WHO – *World Health Organization*.

RESUMO

O aumento das expectativas e exigências dos cidadãos passou a exigir uma nova configuração de orientação na prestação de serviços no sistema de saúde português.

A qualidade dos serviços de saúde tem sido também uma preocupação presente, em consequência tanto das exigências crescentes dos utentes como da necessidade de contenção de custos com o sistema de saúde. Não se podendo limitar quais e em que quantidade cada cidadão poderá ter acesso à prestação de cuidados num serviço de saúde financiado via impostos, os sistemas de saúde controlam os seus gastos com a limitação da sua capacidade de resposta, ao colocarem limites à capacidade produtiva. Por este motivo, têm nascido novas maneiras de gerir os serviços, com o objetivo de racionalizar o sistema de forma a alcançar uma maior eficiência, sem negligenciar os valores básicos inerentes.

A medição da qualidade e da satisfação é um fator que se torna indispensável para uma gestão adequada dos recursos na saúde, representando responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a elas recorrem. Assim sendo, o presente estudo pretende analisar e verificar como a qualidade e a satisfação percebida se tornam determinantes que influenciam a escolha de um serviço por parte do cidadão português.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, qualidade, satisfação.

ABSTRACT

The increase of the expectations and demands of the citizens began to request a new configuration of orientation in the provision of services in the Portuguese health system.

The quality of health services has also been a present concern, as result of the increasing demands of users and the need to contain costs with the health system. Unable to limit each citizen's access to care in a tax-financed health service, health systems control their spending by limiting their responsiveness, by setting limits on productive capacity. For this reason, new ways of managing services have been born over the years in order to achieve greater efficiency without neglecting the inherent basic values.

The measurement of quality and satisfaction is an indispensable factor for an adequate management of health resources, representing responsibility, ethics and respect for the citizens who use them. Therefore, this study aims to analyze how perceived quality and satisfaction become determinants that influence the choice of a service by the Portuguese citizen.

KEYWORDS: Health, quality, satisfaction.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS 16

1.1.1 Sistema de Saúde: o conceito 16

1.1.2 Evolução do Sistema de Saúde em Portugal 17

1.1.3 Financiamento da Saúde 19

1.2 O RECURSO À PRIVATIZAÇÃO NA SAÚDE 21

1.2.1 New Public Management 21

1.2.2 Mecanismos de privatização 24

1.3 QUALIDADE 26

1.3.1 Conceito de qualidade 26

1.3.2 Qualidade nos serviços 28

1.3.3 Qualidade na Saúde 29

1.4 SATISFAÇÃO 30

1.4.1 O conceito de satisfação 30

1.4.2 Satisfação na saúde 31

1.4.3 A qualidade percebida e a satisfação do serviço 32

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1 Metodologia utilizada 37

2.2 O questionário escolhido –SERVQUAL 38

2.3 Recolha e tratamento dos dados 41

CAPÍTULO III - ESTUDO EMPIRICO

3.1 Cuidados de saúde primários – centros de saúde 43

3.2 Estudo de Caso - Centro de Saúde de Mem-Martins 43

3.3 Apresentação dos Resultados 45

3.3.1 Caracterização Sociodemográfica 45

3.3.2 Confiabilidade dos dados 46
3.3.3 Estatística Descritiva 47
3.4 Métodos de melhoria aplicados 53

CONCLUSÕES 55

BIBLIOGRAFIA 59

APÊNDICES

Apêndice 1 | Questionário aplicado aos utentes do Centro de Saúde 65

ANEXOS

Anexo 1 | Notícia do Sintra Notícias (2017) 70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 | Fases evolutivas da qualidade 27
Figura 2 | Ciclo da qualidade 34
Figura 3 | Modelo SERVQUAL 38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 | Evolução das transferências do Orçamento de Estado (2010 – 2017) 20
Gráfico 2 | Evolução dos capitais estatutários das Entidades Públicas Empresariais da Saúde (2009 – 2018) 20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 | Síntese dos critérios e dimensões do Modelo SERVQUAL 40
Tabela 2 | Caracterização sociodemográfica dos utentes inquiridos 45
Tabela 3 | Confiabilidade de resultados de um questionário 46
Tabela 4 | Cálculo de confiabilidade dos dados das cinco dimensões, através do α de *Cronbach* 47
Tabela 5 | Análise das expetativas, perceções e *Gap* 48
Tabela 6 | Afirmações com expetativa mais alta 50
Tabela 7 | Afirmações com expetativa mais baixa 50
Tabela 8 | Afirmações com perceção mais alta 51
Tabela 9 | Afirmações com perceção mais baixa 51

INTRODUÇÃO

Portugal obteve, ao longo dos últimos 30 anos, indicadores de saúde importantes, como resultado do desenvolvimento socioeconómico e do dispositivo de saúde criado, que estabeleceu uma rede de cuidados primários[2], hospitalares e continuados (Ribeiro, 2010). O direito à proteção da saúde é, assim, tido como uma conquista, motivo pelo qual, na opinião de (Nunes, 2012), deve ser defendida no âmbito de uma sociedade democrática.

Em 1979, o nosso país optou por proteger, constitucionalmente, o acesso à saúde e incluir no seu sistema, a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral e tendencialmente gratuito. Esta foi a resposta encontrada para proporcionar o acesso a cuidados de saúde de forma abrangente, em função da necessidade e não da capacidade financeira do indivíduo, assumindo-se uma responsabilidade coletiva, moldada na utilização de impostos para financiar a atividade do SNS (Ribeiro, 2010). Segundo (Silva, 2010), o SNS tornou-se uma das bases do regime democrático, que veio a adquirir, ao longo dos anos, uma grande oferta de cuidados de saúde, capazes de responder a um significativo conjunto de necessidades.

No entanto, o aumento dos custos dos cuidados de saúde tem levado os governos a criar, nos últimos vinte anos, reformas que gerem uma maior eficiência, no sentido de produzir o maior volume possível de cuidados com os recursos disponíveis, e maior efetividade, no sentido de prestar os cuidados de saúde apropriados às condições necessárias (Justo, 2004).

Apesar de se valorizar os benefícios do SNS, o mesmo enfrentou desde sempre um conjunto de problemas que têm vindo a ser objeto de interesse das políticas de saúde, tais como as listas de espera de tempo indeterminado, a falta de médicos em algumas especialidades e o crescimento da despesa no seu sector (Barros, 2008).

Os vários papéis que o Estado deve ou não assumir, de modo a responder às crescentes necessidades e procuras coletivas, têm vindo a ser debatidos na sociedade (Harfouche, 2010). É

[2] Segundo a (Entidade Reguladora da Saúde, 2009), os cuidados primários são definidos como cuidados essenciais, baseados em metodologias práticas e sendo acessíveis a todos os indivíduos.

possível verificar que, ao longo dos últimos anos, existiu uma transferência de valores que eram inicialmente atribuídos para o SNS. Segundo (Carvalho, 2006), tal significa que a saúde deixa assim de ser politicamente representada como um bem coletivo ou social, para passar a um bem capaz de ser comercializado e transacionado. Assim sendo, passa-se a tentar provocar ruturas na cultura tradicional nas instituições da saúde, com a reorganização da prestação de serviços e a tentativa de funcionamento das instituições em torno do conceito de consumidor.

No âmbito dos valores descritos, a qualidade e satisfação dos serviços de saúde têm sido uma preocupação presente, em consequência tanto das exigências crescentes dos utentes como da necessidade de contenção de custos com o sistema de saúde (Harfouche, 2010). Não se podendo limitar quais e em que quantidade poderão ter acesso cada cidadão ou a sociedade à prestação de cuidados num SNS financiado via impostos, os sistemas de saúde controlam os seus gastos com a limitação da sua capacidade de resposta, ou seja, impondo limites à capacidade produtiva, pois o contrário resultaria num infinito de despesa (Rodrigues, 2012). Por este motivo, têm nascido ao longo dos anos serviços público-privados e privados, que têm o objetivo de racionalizar o sistema de forma a alcançar uma maior eficiência, sem negligenciar os valores básicos inerentes.

Para além disso, a medição da qualidade e da satisfação dos utilizadores de serviços de saúde é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, como também permite utilizar a informação obtida num processo de gestão dos serviços de saúde centrado nos seus utilizadores, pois passam a ter oportunidade de participar na construção de um serviço de saúde mais adaptado às suas necessidades e expectativas (Abrantes, 2012).

Pode-se então considerar que tanto a qualidade como a satisfação percebida dos utilizadores são elementos desafiantes no sector da saúde, face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde, ao distinguirem as várias organizações que operam neste mercado (Abrantes, 2012). Assim sendo, esta dissertação surge na tentativa de obter resposta à seguinte pergunta:

A qualidade e a satisfação percebida são determinantes que influenciam a escolha de um serviço por parte do cidadão português?

Para dar resposta a esta pergunta, para além do desenvolvimento de conceitos envoltos ao tema, será também atribuído um caso de estudo do Centro de Saúde de Mem-Martins, para aplicar uma análise das práticas e teorias da qualidade e da satisfação em saúde, e mais particularmente, o

estudo dos atributos da qualidade e da satisfação dos utentes. Para tal, será realizado um questionário, a colocar aos utentes do(s) serviço(s) em causa, através do modelo SERVQUAL, que servirá como medida de mensuração e para que sejam identificados, especificados e hierarquizados os atributos-chave que o cliente valoriza nas interações com o(s) mesmo(s).

Os objetivos deste trabalho passam por:

- Caracterizar teoricamente elementos-chave em volta do tema;
- Analisar a relação existente entre a satisfação e qualidade percebida e a escolha de um serviço de saúde.

Este trabalho está assim organizado em três partes consideradas o núcleo do mesmo: a revisão da literatura, a metodologia utilizada e o estudo empírico. Na primeira parte do trabalho, começa-se por realizar a explicação de alguns aspetos teóricos intrínsecos ao tema. No primeiro ponto, ligado à caracterização geral do sistema de saúde português, expondo os conceitos de sistema de saúde, a sua evolução em Portugal e o financiamento do mesmo. Num segundo ponto, será abordado o recurso à privatização na saúde, englobando o termo de *New Public Management* (NPM) e mecanismos de privatização. Nos últimos pontos de revisão bibliográfica, serão abordados os conceitos de qualidade e satisfação, tanto nos serviços em geral, como na saúde, sendo posteriormente realizada uma abordagem da interseção entre estes termos.

Numa segunda fase do trabalho, respeitante à parte metodológica, será explanada a metodologia de investigação utilizada, estuda-se o caso particular do SERVQUAL e indica-se quais os instrumentos utilizados para a recolha e análise de dados.

Na terceira fase do trabalho, respeitante à parte empírica, são abordados os resultados da análise documental, com a explicação geral sobre os cuidados de saúde primários, estudando e apresentando os resultados do caso particular do Centro de Saúde de Mem-Martins.

Numa última fase, são retiradas as respetivas considerações finais. Reflete-se sobre o alcance dos objetivos propostos, descrevem-se as principais limitações ao estudo e apresentam-se perspetivas para uma investigação futura.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

1.1.1 Sistema de Saúde: o conceito

Desde sempre que o sector da saúde assume uma importância notável nas sociedades, pelo facto de ser essencial na vida humana, com um valor que pode afirmar-se superar a todos os outros (Silva, 2010).

A frase proferida pela *World Health Organization* (doravante WHO) em 1946 – "a saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" é, segundo (Campos, Saturno & Carneiro, 2010), dicotómica, idealista e irrealista, existindo a necessidade de se redefinir. É então encontrada uma definição mais atual sobre o conceito de saúde como sendo "um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal" (Birsher, 2005).

(Ferreira, 2006) salienta que, numa sociedade democrática e solidária, qualquer cidadão deve ter o direito ao acesso a cuidados de saúde. Assim sendo, entra em Portugal a ótica de um sistema de saúde, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), combina um "conjunto de atividades que têm como finalidade essencial a promoção, recuperação ou manutenção da saúde*"* (*World Health Organization,* 1946).

O *"*sucesso de um sistema de cuidados de saúde depende, em grande parte, dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes em que tem de se inserir*"* (Ferreira, 2006). Para Costa (2012), este sucesso está ligado a uma relação que as instituições prestadoras de serviços mantêm entre si, pois quanto maior for o nível de instituições e de profissionais envolvidos no planeamento das atividades de saúde, mais perto se estará de um verdadeiro sistema de saúde.

Segundo Saltman (1994), existem dois fatores que têm vindo a influenciar, ao longo dos tempos, mudanças nos acordos organizacionais dos sistemas de saúde e da sua gestão, nomeadamente: fatores externos ao sector da saúde (que condicionam o contexto em que se formulam políticas de saúde) e fatores internos ao mesmo (que condicionam o estado de saúde e problemas específicos do sector).

Numa visão mais global, Costa (2012) vai reafirmar as palavras destes autores, ao referir-se a um sistema de saúde como o conjunto organizado e ligado de instituições que se suportam por fluxos políticos, financeiros, de informação económica e social, que se fundem, prestando cuidados de promoção, recuperação e manutenção da saúde aos cidadãos, sendo o principal objetivo a melhoria constante dos resultados na saúde.

1.1.2 Evolução do Sistema de Saúde em Portugal

A assistência médica aos cidadãos era, até ao século passado, uma incumbência das instituições privadas e das famílias, com os custos de acesso aos cuidados de saúde sustentados pelo doente, sendo que o Estado apenas prestava ajuda aos indivíduos mais necessitados através dos serviços médico-sociais, a cabo das Misericórdias (Fernandes, 2016).

Segundo (Farinha, 2007), os primeiros passos dados para a obtenção de um sistema de saúde público, surgem através dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública[3], que entram em vigor em 1903. Em 1911, após a instauração da República estrutura-se a Direção Geral da Saúde, são construídos vários hospitais regionais e sub-regionais entregues à gestão das Misericórdias, assumindo o Estado uma função complementar, sendo que em 1945 nascem os serviços de maternidade e cuidados infantis.

Apesar disto, a saúde em Portugal continuava a ser essencialmente um serviço condicionado ao ser de natureza privada, e, em 1963, é criado o Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência[4], que "promulga as bases da política de saúde e assistência, atribuindo ao Estado a competência de organizar e fazer a manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada" (Fernandes, 2016). Estas Caixas, organizadas por profissões e de inscrição obrigatória, davam acesso a cuidados de saúde aos trabalhadores, mas apesar destes esforços, apenas 40% da população estava coberta por um esquema de seguro-doença até 1965 (Campos, 1983).

[3] Decreto de 28 de dezembro de 1889 e Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901.

[4] Lei nº 2120, de 19 de julho de 1963.

A inversão deste prisma começa a ser sentida em 1971, altura em que começa a competir ao Estado a responsabilidade de certificar o direito à saúde a todos os indivíduos, com a chamada Reforma de Gonçalves Ferreira[5], que lança a rede de Centros de Saúde (Silva, 2010). Segundo Campos (1983), esta reforma começa a ganhar forma no seguimento do 25 de Abril de 1974, que leva à nacionalização da maioria dos prestadores de saúde, com a criação do "Despacho Arnault", em 1979, mais conhecido por Serviço Nacional de Saúde (SNS)[6], que garante que os Centros de Saúde passem a incluir os pontos de Previdência Social, na qual a assistência passaria a ser acessível de forma igualitária a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. No entanto, a segunda revisão constitucional, realizada em 1989, introduziu algumas reformas no sistema de saúde, com a substituição do princípio da completa gratuitidade pela expressão "tendencialmente gratuito" através da introdução de taxas moderadoras, presente no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP).

Conforme (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002), o sistema de saúde português vai ter uma viragem crucial a partir de 1990, com o mesmo a ser regulado por dois diplomas: a Lei de Bases da Saúde [7] e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde [8], instituindo-se o princípio da responsabilização conjunta de toda a comunidade, com liberdade de procura de prestação de cuidados de saúde.

Assim sendo, o SNS tem como objetivo fulcral a persecução por parte do Estado da responsabilidade que lhe cabe, na proteção da saúde individual e coletiva[9], através de modelos de financiamento adequados, métodos de avaliação específicos em termos de efetividade, eficiência, qualidade e satisfação dos cuidados de saúde prestados, ao integrar todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, tais como agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e unidades locais (Matias, 2017).

[5] Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro.
[6] Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que declara o direito à proteção da saúde de forma igualitária, gratuita e universal, independentemente da sua condição socioeconómica.
[7] Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.
[8] Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro.
[9] Decreto-Lei nº11, de 15 de janeiro de 1993.

1.1.3 Financiamento da Saúde

Os grandes desafios que o século XXI apresenta a nível de gestão na saúde para os países desenvolvidos passam pelo envelhecimento da população, o aumento de doenças e a inovação a nível terapêutico e tecnológico (Ministério da Saúde, 2018).

(Andrade, 2016) diferencia no seu estudo os vários modelos de sistemas de saúde. O modelo de *Bismarck*, surge na Alemanha em1883, na qual o financiamento dos serviços de saúde carateriza-se pela universalidade de acesso, no entanto, é mediado pela empregabilidade, através de quotas dos trabalhadores e de empregadores.

Surge em 1948 o modelo de *Beverigde*, no Reino Unido, na qual o financiamento da saúde é realizado através das receitas obtidas por meio dos impostos sobre o rendimento dos contribuintes.

Para além destes modelos, existe o sistema utilizado nos EUA (Estados Unidos da América) e baseia-se na subscrição de um seguro de saúde extensível a todos os elementos da família, suportado pelo trabalhador e pelo empregador. Este sistema de seguros privados é complementado por prestações sociais públicas para aqueles que não tenham capacidade de suportar os custos dos seguros.

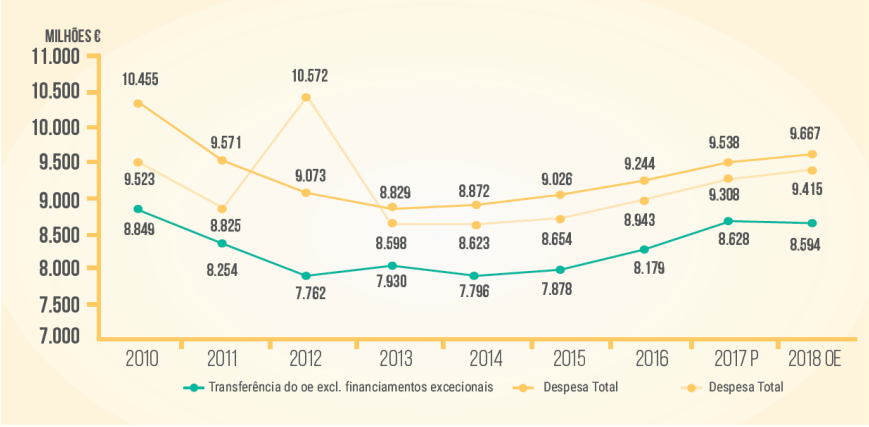
O complemento público veio a ser objeto de reforma durante o mandato do Presidente Barack Obama, através de um plano de intervenção estatal que visa alargar a cobertura dos cuidados de saúde aos cidadãos.

A saúde é atualmente encarada como um sistema, com diversos níveis de intervenção e uma organização específica a cada nível. Para além do modelos de financiamento adequado, deverá possuir-se métodos de avaliação específicos com objetivos em termos de melhoria na equidade de acesso, efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados (Matias, 2017).

Em Portugal, a estratégia para alcançar os objetivos anteriores tem passado pelo reforço das verbas atribuídas à saúde nos últimos Orçamentos do Estado, conjugado com a introdução de melhorias na gestão dos recursos financeiros alocados ao SNS, como é possível verificar-se no gráfico abaixo.

Gráfico 1 | Evolução das transferências do Orçamento de Estado (2010 – 2017)

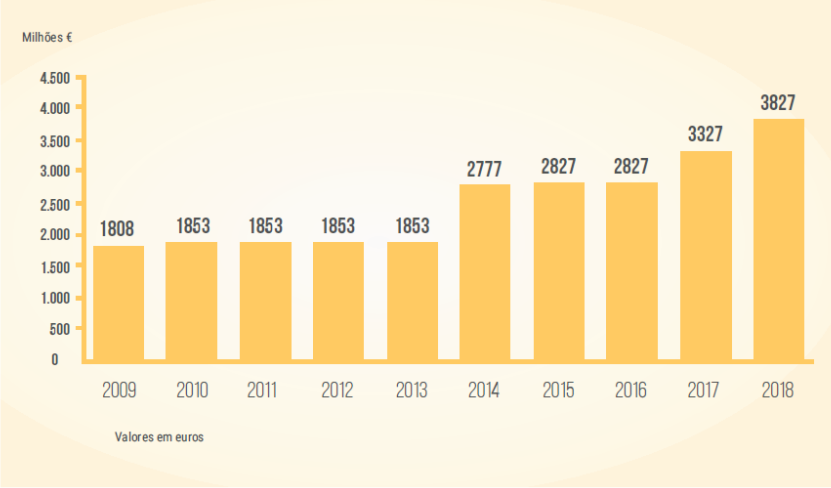
Fonte | (Ministério da Saúde, 2018)



O reforço do financiamento do SNS terá de ser, segundo o (Ministério da Saúde, 2018), acompanhado com o reforço dos capitais estatutários que se encontra em curso nas Entidades Públicas Empresarias do Sector da Saúde, o que permitirá aumentar o investimento, reduzir a dívida e contribuir para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

Gráfico 2 | Evolução dos capitais estatutários das Entidades Públicas Empresariais da Saúde (2009 – 2018)

Fonte | (Ministério da Saúde, 2018)



1.2 O RECURSO À PRIVATIZAÇÃO NA SAÚDE

1.2.1 *New Public Management*

A sociedade encontra-se num contexto de constante mudança, à qual as organizações necessitam de acompanhar os avanços ao seu nível económico, financeiro, científico, social e cultural (Ribeiro, 2003).

Tradicionalmente, o sector público administrativo apoiava-se num modelo de gestão inspirado na teoria da burocracia, no qual os processos e normas estavam bem definidos e o objetivo fundamental era a eficiência do sistema (Ribeiro, 2003). (Rocha, 1999) compreendia as organizações públicas como ferramentas que os governos utilizavam de forma a implementar as suas políticas.

A Administração Pública (AP) era vista como uma máquina, em que o processo de modificação compreendia o uso da lei, o que pouco ou nada alterava o funcionamento dos serviços. Estas mudanças, não obtendo resultados, deram origem a uma crise no sector público, surgindo a necessidade de substituir o "Estado de *Welfare*", que tinha uma lógica administrativa e profissional, por um "Estado Managerial" (Rocha, 1999).

(Downs, 1957) dá o primeiro passo para uma nova reforma, denominada de teoria da escolha pública, aplicada ao crescimento do sector público, sendo que esta tem como objetivo "aplicar um método da ciência económica a um objeto que tradicionalmente tem sido considerado no âmbito da ciência política: grupos de interesse, partidos políticos, processo eleitoral, análise da burocracia, escolha parlamentar e análise constitucional" (Pereira, 1997, p. 419).

Quanto mais se moderniza o plano técnico-científico, maiores são as necessidades dos sistemas de saúde aceitarem métodos de gestão mais racionais, ao dispor da melhor forma os recursos disponíveis, organizando adequadamente a produção de cuidados e criando instrumentos de avaliação alinhadas com os diferentes agentes e instituições (Ribeiro, 2003).

Para estes autores, é assim importante apostar na reforma administrativa, visando combater a estagnação, o retrocesso, a falta de modernização tecnológica e a gestão rígida. Mas além da

redução de custos, da promoção da qualidade e da melhoria da eficácia e da eficiência, deve visar-se também e sobretudo a transparência e a participação dos cidadãos.

A partir de 1970, verifica-se uma modificação nos modelos de gestão na AP, da *public administration* para a *public management*, com a adoção de modelos de gestão alternativos às tradicionais, de origem empresarial (Carvalho, 2001). Esta nova reforma inspirada no managerialismo, é definida como "um conjunto de práticas, raramente testadas, fundadas na crença de que uma melhor gestão é a solução eficaz para um vasto campo de males económicos e sociais" (Carvalho, 2001, p. 45).

De acordo com (Peters & Waterman Jr., 1987), as organizações sofrem predominantemente de uma rigidez, no qual as torna pouco propícias a inovar. Assim sendo, é necessária uma descentralização, através da redução dos níveis hierárquicos e de uma desregulação, com a minimização de regras e regulamentos, para que os gestores consigam executar com autoridade e sejam responsabilizados pelas suas decisões, e de uma delegação de competências, de forma a que, uma vez definidos os objetivos da organização, os responsáveis políticos possam parar de intervir na sua gestão e implementação. A forma extrema de delegação é exemplificada pelo *contracting-out*, em que a AP entrega a uma entidade privada a realização de objetivos, mediante um contrato.

Segundo (Carvalho, 2001), as reformas nos sistemas de saúde são inevitáveis, pois torna-se sempre necessário o aumento da eficiência, eficácia e a da qualidade. De acordo com (Kettl, 2000), os líderes de governo têm vindo a desenvolver, adaptando e aplicando novas abordagens que vêm a mudar a própria natureza da AP. Nas últimas décadas, o "managerialismo" iria refletir-se no movimento de reforma administrativa que influenciou os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), denominado de *New Public Management*[10] (NPM), convertendo-se na designação comum do conjunto de doutrinas, amplamente similares, que dominaram a agenda de reforma burocrática em numerosos países da OCDE.

Para (Bilhim, 2013), "o NPM é a designação atribuída a um conjunto de doutrinas globalmente semelhantes, que dominaram a agenda da reforma burocrática em muitos países da

[10] O NPM aparece em 1979 na Grã-Bretanha com o Partido Conservador e em 1981 nos Estados Unidos da América com o Presidente Reagan (Simões, 2009).

OCDE desde o final dos anos 70". De acordo com (Hood, 1991), a emergência desta corrente decorre nas seguintes tendências administrativas:

- A tentativa de abrandar, ou reverter, o crescimento do sector administrativo em termos de despesa pública e número de funcionários;
- Tendência para a privatização ou quase-privatização e um afastamento das instituições governamentais;
- Desenvolvimento da automação, especialmente das tecnologias de informação, na produção e distribuição de serviços;
- Desenvolvimento de uma agente internacional.

(Bilhim, 2013) posiciona o NPM como o nascimento de uma nova conceção da gestão no sector público, diferente da abordagem tradicional que partia do pressuposto da burocracia como modelo de organização. Segundo (Harfouche, 2010), esta nova filosofia administrativa procura uma gestão mais empresarial, com uma tendência para a substituição do Estado pelo mercado na regulação e coordenação do sistema de saúde.

O objetivo essencial desta reforma é a tentativa de racionalizar o sistema de forma a alcançar uma maior eficiência, sem negligenciar os valores básicos inerentes ao SNS, sendo insubstituível o papel regulador do Estado (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

Os principais elementos do NPM são referidos por (Andrisani, Hakim & Savas, 2002, p. 2):

- Reversão para funções nucleares;
- Descentralização e desconcentração;
- Limitação do tamanho do Estado sobre a sociedade;
- Restauração da sociedade civil;
- Adoção dos princípios do mercado;
- Gestão por resultados, através da satisfação dos cidadãos com responsabilização do Governo;
- Capacitação de funcionários, cidadãos e comunidades;
- Utilização de tecnologia de ponta.

De acordo com (Bilhim, 2013), a resposta a este movimento assentou na promoção da privatização de sectores económicos controlados pelo Estado, de orientações políticas de desregulamentação de sectores e uma desregulação, ao aliviar e restringir o peso da intervenção pública.

As razões para explicar o movimento redutor do Estado dão-se, por (Bilhim, 2013, p. 65), "numa ineficiência das empresas públicas, provocada, em parte, pela sua gestão sacrificar os objetivos económico-financeiros e comerciais, aos políticos e sociais, entre estes, o endémico endividamento (…), a redução de tarifas e preços (…), e a manutenção de elevados níveis de emprego" e na necessidade de diminuir o desequilíbrio existente nos orçamentos públicos e ainda do peso político dos sindicatos.

Segundo (Andrisani, Hakim & Savas, 2002), as decisões das vias a adotar por parte do Estado são eminentemente políticas, entre as quais se inclui a hipótese de introduzir mecanismos de privatização no sector público.

(Fernandes, 2016) esclarece que atualmente, o sistema de saúde em Portugal engloba dois tipos de coberturas: uma cobertura universal (população servida), e uma cobertura geral (especialidades oferecidas), de matriz predominante pública. No entanto, a participação do sector privado, tem vindo a ser crescente nos últimos anos nos diferentes níveis do financiamento e da prestação de cuidados.

1.2.2 Mecanismos de privatização

A privatização é definida por (Bilhim, 2013) como a alteração do exercício, no todo ou em parte, do sector público para o sector privado, reduzindo ou transformando assim a sua intervenção na economia. Esta modificação envolve uma dependência cada vez maior de atores privados e das forças do mercado para assumir funções e/ou responsabilidades que têm vindo a ser cada mais consideradas como estando dentro da esfera governamental.

*"*Ao transferir responsabilidades do governo para o mercado, a privatização altera o quadro institucional através do qual os cidadãos, empresas e organizações podem articular, mediar e

promover os seus interesses individuais e compartilhados*"* (Feigenbaum, Henig & Hamnett, 1998, p. 36). Esta visa assim reduzir o nível global de intervenção do Estado na sociedade, em vez de simplesmente reduzir o tamanho do sector público, sendo várias as técnicas utilizadas (Feigenbaum, Henig & Hamnett, 1998, p. 7).

- Reformas de gestão – fomentação de esforços para que as agências governamentais trabalhem numa forma de negócio, orientada para o mercado;
- Retirada (*load-shedding*) – saída do Estado do aprovisionamento de determinados serviços, passando a ser fornecidos por associações do terceiro sector;
- Vendas de ativos (privatização em sentido material) – o governo vende a totalidade ou parte das empresas estatais ou de propriedade;
- Contratação externa *(contracting-out)* – os funcionários públicos atuam como coordenadores de serviços, pedindo propostas de empresas privadas capazes de realizar a tarefa especificada;
- Taxas de utilização – os governos criam taxas cobradas aos cidadãos-consumidores para o uso de instalações ou serviços públicos, como alternativa ou complemento do seu pagamento através de receitas fiscais gerais;
- Vales (*vouchers*) – na aquisição de bens ou serviços especificados no sector privado, como uma alternativa para fornecer esses produtos e serviços diretamente, através de subsídios governamentais ou agências de serviço;
- Parcerias Público-Privadas (PPP) - o governo trabalha com empresas privadas por objetivos comuns, com relações formais ou informais.

De acordo com (Carvalho, 2006), estas mudanças só terão os resultados pretendidos se o seu estudo for contextualizado no âmbito das reestruturações dos sistemas de saúde, como resultado da implementação de políticas governamentais, estabelecidas a partir do topo, que têm como objetivo estimular a eficiência em todo o sistema de saúde.

1.3 QUALIDADE

1.3.1 Conceito de qualidade

O conceito "qualidade" é um conceito subjetivo, podendo ser utilizado em múltiplos sentidos, uma vez que podem ser apresentadas variadas definições tendo em conta a pessoa que a efetua e com o critério utilizado.

Assim sendo, vários autores tentam definir este conceito, entre os quais (Albrecht, 1998), que refere que a qualidade é uma medida da extensão até à qual uma experiência satisfaz uma necessidade, resolve um problema ou adiciona valor para alguém. Para (Onnias, 1993), o cliente é o único juiz na definição da qualidade, sendo que o mesmo deve estar satisfeito mesmo quando as suas expectativas não são razoáveis, sendo o serviço tanto ou mais importante quanto o produto. No entanto, (Juran, 1998) explica que o conceito possui dois significados principais: as características de produto que respondem às necessidades dos clientes e a ausência de deficiências, sendo que um termo genérico para cobrir estes dois significados será a adequação ao uso. No entanto, o grande contributo de Juran reside no facto de apresentar o processo de gestão da qualidade em três fases distintas: planeamento, controlo e melhoria, recomendando a criação de equipas de projeto para cada uma destas fases.

Deming é considerado o verdadeiro precursor do movimento da qualidade, sendo que de acordo com a sua filosofia era imprescindível o envolvimento das estruturas de gestão do topo das organizações, pois sem este envolvimento de nada serviriam os esforços dos trabalhadores (António & Teixeira, 2007). Com base nos trabalhos do seu antecessor Walter A. Shewart, aplicou o ciclo de melhoria continua "Plan, Do, Check, Action" (PDCA), tornando-se numa das maiores contribuições para a melhoria da qualidade, neste século. Deming reconhece que existem certos elementos do conhecimento que sustentam todas as melhorias, sendo importante conhecer e compreender os sistemas para melhorá-los e entender a sua variação, devendo a qualidade ser percebida como tudo o que é feito para melhorar o produto do ponto de vista do cliente (António & Teixeira, 2007).

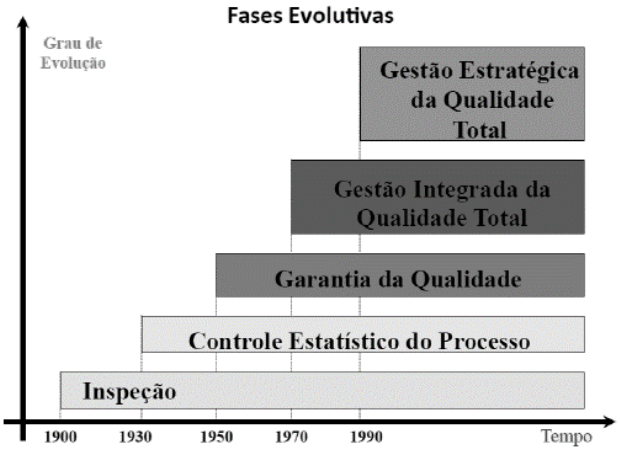
Verificam-se assim várias definições de qualidade, no entanto, para que esta possa assumir efetivamente um papel estratégico na gestão de qualquer organização, é imprescindível uma clara compreensão do seu real significado. Nesse sentido, (Garvin, 1984) agrupa as várias definições da qualidade em cinco abordagens:

- Transcendente – a qualidade significa excelência inata e é reconhecida quando a vemos;
- Baseada no produto – a qualidade é vista como uma variável precisa e objetivamente mensurável;
- Baseada no utilizador – a qualidade é concebida como a adequação ao uso ou como a capacidade de um produto corresponder às preferências do consumidor;
- Baseada na construção -– a qualidade é determinada pela procura de um produto;
- Baseada no valor – envolve qualidade e preço. Um produto oferece qualidade quando oferece um desempenho ou conformidade a um preço ou custo razoável.

De acordo com (Nogueira, 2017) o conceito variou ao longo dos anos com a evolução dos mecanismos através dos quais as organizações procuraram gerir essa qualidade. A sua evolução passou por algumas etapas marcantes, na qual poderá ser sintetizado em três: intrínseca, estruturada e extrínseca.

Figura 1 | Fases evolutivas da qualidade

Fonte | (Nogueira, 2017)



Ao explorar as diferentes abordagens da qualidade verifica-se que estas são fruto da evolução da indústria, dos mercados e do comportamento dos consumidores, sendo que nenhuma definição será a melhor, pois cada uma terá os seus pontos fortes e fracos em termos de mensurabilidade, capacidade de generalização, utilidade para a gestão e relevância para o consumidor.

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

1.3.2 Qualidade nos serviços

O interesse pela temática da qualidade dos serviços tem vindo a aumentar consideravelmente e a ser debatida por muitos autores.

De forma a colaborar com a compreensão deste significado, diversos autores têm identificado características pertinentes aos serviços. Para (Buttle, 1995), a qualidade do serviço possui uma inter-relação entre os custos, o lucro, a satisfação e retenção de clientes.

A qualidade do serviço é uma avaliação que reflete a perceção do cliente sobre certos elementos do serviço, tais como a qualidade da interação, do ambiente físico e dos resultados, sendo complementado este pensamento com (Dominguez, 2000) que refere que a qualidade percebida pode ser compreendida como o julgamento do consumidor acerca da excelência de um produto ou serviço, relativamente à sua funcionalidade e às suas alternativas.

Diversas definições foram geradas ao longo do tempo, mas foi em 1985 que surgiu a definição que mais aprovação viria a ter, através do contributo de Parasuraman, Zeithaml e Berry que refletiram os desafios de qualidade colocados às organizações prestadoras de serviços e que distinguem a prestação de serviços da produção de produtos, sendo a qualidade de um serviço avaliada em função da qualidade técnica do serviço e a qualidade funcional (Miguel & Salomi, 2004). Referem ainda que a mesma é subjetiva, pois a satisfação de cada cliente com o serviço resulta da comparação entre a sua perceção de qualidade do serviço e as suas expectativas.

Neste contexto, (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) destacam três pontos como características dos serviços:

- Simultaneidade – serviços são consumidos quase que simultaneamente ao momento em que são produzidos, tornando difícil ou quase impossível detetar e corrigir as falhas antes que elas ocorram e afetem o cliente;
- Intangibilidade – os serviços representam um produto não físico, não podendo ser transportados e/ou armazenados;
- Heterogeneidade – a grande variedade de serviços existentes e o forte relacionamento com o fator humano dificultam a atividade de padronização e estimativa de preços.

Estes autores, consideram que a qualidade do serviço é definida como a discrepância entre as expectativas dos clientes e a sua perceção em relação ao serviço recebido, suportando assim a noção de que a qualidade do serviço é uma avaliação a uma atitude.

Deverá entender-se por expectativas o que o indivíduo sente, que deve ser oferecido na prestação do serviço e a perceção do serviço, como sendo a avaliação individual da forma como o serviço prestado preencheu as suas expectativas.

1.3.3 Qualidade na Saúde

O crescente enfoque e interesse pela qualidade dos serviços em saúde tem vindo a assumir principal relevância na prestação de cuidados de saúde. Este facto está diretamente relacionado com o aumento da informação dos cidadãos, expectativas de uma maior esperança de vida, de uma melhor qualidade de vida e de melhores condições de atendimento nas organizações de saúde (Marques, 2010).

No que diz respeito ao conceito, o trajeto da qualidade na saúde levou diversos autores a propor diferentes definições. (Marques, 2010) refere que o conceito de qualidade se aplica de forma transversal nos serviços de saúde, desde o ato do atendimento (trata-se do primeiro contacto com a instituição) aos atos praticados por todos os outros profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros,

técnicos, administrativos ou auxiliares de ação médica até á qualidade dos equipamentos e sua performance.

Para (Donabedian, 1988) a qualidade dos cuidados de saúde deve maximizar o bem-estar dos pacientes e o equilíbrio entre os ganhos e as perdas que acompanham todo o processo de cuidados. Este autor definiu também como pilares para a avaliação da qualidade na área da saúde, os seguintes elementos:

- A estrutura – que diz respeito às características do ambiente que envolve o local onde o serviço é prestado;
- O processo – referente às ações executadas para receber e prestar cuidados de saúde;
- O resultado – que expressa os efeitos dos cuidados prestados, no estado de saúde do utente.

(Campos, Saturno & Carneiro, 2010) adotam uma das definições mais completas de qualidade em saúde, ao considerar que a mesma consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes, implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão com o melhor desempenho possível.

1.3 SATISFAÇÃO

1.4.1 O conceito de satisfação

Segundo (Kotler, 1998), a satisfação é um conceito multidimensional idealizado como um pré-requisito, sendo o resultado do que os clientes esperam receber e o que realmente obtêm. Se a perceção não alcançar as expectativas o cliente ficará insatisfeito, mas ao verificar-se o contrário, o cliente ficará satisfeito. Se exceder as expectativas do cliente este ficará encantado. No entanto, o mesmo autor em 2002 refere que satisfazer unicamente os clientes já não é o suficiente, é preciso cativar, porque apenas as empresas que detêm a sua atenção nos clientes são realmente capazes de estabelecer relações duradouras. Assim sendo, toda a empresa deve ter em atenção que o objetivo é surpreender o cliente e proporcionar um serviço acima da expectativa.

(Coelho & Vilares, 2011) defendem que a satisfação do cliente também pode ser obtida por meio de uma sequência de critérios: identificação das necessidades dos clientes; oferta de um produto ou serviço que responda às necessidades do cliente e medição do nível de satisfação do cliente.

O fato de a satisfação ser uma atitude, revela que a mesma não se confina a uma simples perceção, mas constituí uma avaliação com uma marcante natureza afetiva. Neste sentido, é essencial distinguir resposta afetiva de resposta emocional. Na resposta afetiva, o conceito pode incluir fenómenos como preferências e avaliações. As emoções, por sua vez, focalizam-se em objetos específicos e originam uma série de avaliações e reações bem determinadas no âmbito dos serviços (Domingues, 2008).

1.4.2 Satisfação na saúde

A missão de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é a satisfação das necessidades objetivas e subjetivas dos seus utilizadores efetivos ou potenciais (Ferreira, 2006). Quando reportamos o conceito de satisfação aos cuidados de saúde constatamos que as empresas ou organizações devem ter uma resposta pronta às necessidades dos utentes, devendo estes últimos ser aconselhados e escolherem o seu prestador de serviço em base das informações que possuem.

No entanto, no contexto da saúde, de acordo com (Matias, 2017), as expectativas do cidadão têm sido encaradas como algo problemático. Por um lado, refere-se muitas vezes que os cidadãos têm expectativas pouco realistas quanto aos serviços e à eficácia dos cuidados de saúde, esquecendo-se os efeitos positivos que as altas expectativas podem gerar. Por outro, os gestores e decisores políticos debatem-se com a dificuldade de conciliar a disponibilidade de recursos com as expectativas crescentes dos cidadãos, constituindo a gestão desta problemática o grande desafio dos sistemas de saúde atuais.

(Ferreira, 2006) relembra que as expectativas dos utilizadores de cuidados de saúde podem ser baixas, resultantes de uma baixa assunção de direitos de cidadania face a um serviço público, de uma sensação de propriedade egoísta do sistema ou mesmo de uma sensação pouco coletiva da sociedade.

Verifica-se que os utilizadores possuem opiniões muito diversas sobre aspetos distintos dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções iniciais mais importantes o aspeto técnico e o aspeto humano do cuidar.

1.4.3 A qualidade percebida e a satisfação do serviço

Os conceitos de qualidade e satisfação percebida do serviço, embora em constante mudança, são geralmente aceites como indicadores importantes na avaliação dos cuidados de saúde (Fernandes, 2012).

A qualidade percebida do serviço foi definida por (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) como o juízo do consumidor sobre a excelência global de um determinado serviço, sendo uma forma de atitude relacionada com a satisfação, resultando da comparação entre as expectativas e as perceções do desempenho.

Apesar dos conceitos de qualidade do serviço e a satisfação poderem estar relacionados, estes são distintos. Enquanto a qualidade do serviço vincula-se a longo prazo, a satisfação está associada a um juízo transitório, suscetível de ser alterado em cada encontro com o mesmo.
Para os mesmos autores, a qualidade de um serviço é uma variável que antecede a satisfação, ou seja, é considerada um pré-requisito para o estabelecimento e conservação de relações satisfatórias com os clientes, sendo um indicador fundamental na avaliação da qualidade dos serviços, na medida em que a informação recolhida influencia os gestores e os profissionais de saúde nas decisões estratégicas e operacionais, considerando-se assim, a satisfação, como uma medida de desempenho organizacional (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

Assim sendo, a qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do produto ou serviço de fornecer satisfação, sendo que a qualidade percebida dependente da função de utilidade que tem para o cliente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido. Por sua vez, a satisfação é um conceito que depende da função valor, à qual pode ser definida como o quociente entre a qualidade percebida e o preço, ou pela relação entre os benefícios recebidos pelo cliente, comparativamente aos custos ou sacrifícios envolvidos para a sua aquisição (Anderson, Fornell & Lehmann, 1994).

Tendo em conta o estudo destes autores, é possível desta forma apresentar três diferenças entre o conceito de satisfação e de qualidade:

- Para determinar a satisfação é necessário que o consumidor tenha uma experiência com o produto ou serviço, enquanto a qualidade é percecionada independentemente das experiências;
- A satisfação é dependente de um valor que pode ser visto, ou seja, dependente do preço, enquanto a qualidade não se vincula necessariamente no preço;
- Enquanto que a qualidade diz respeito a uma perceção especifica do consumidor, a satisfação baseia-se não apenas na experiência atual, mas também nas experiências passadas.

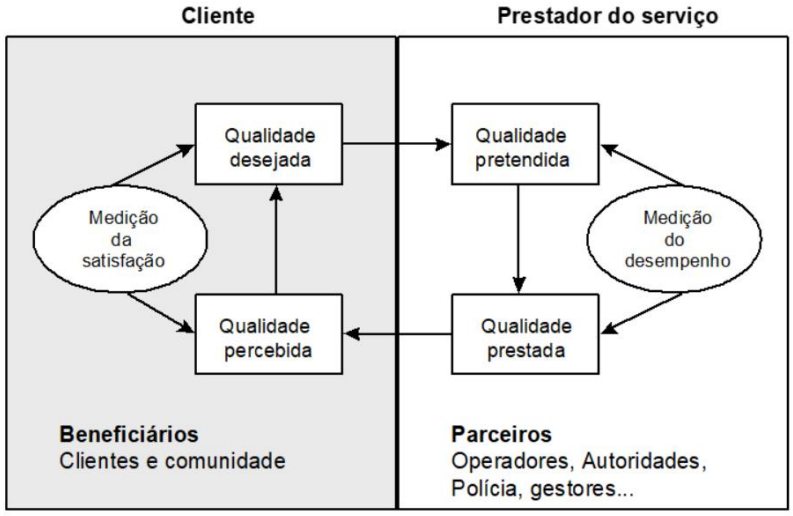
Apesar de anteriormente ser menosprezada, a satisfação dos utentes tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como um reflexo legítimo da efetiva qualidade dos serviços de saúde. Atualmente é considerada pelos prestadores de cuidados de saúde como um objetivo fundamental dos serviços, tornando-se cada vez mais relevante na avaliação da qualidade (Fernandes, 2012).

No caso da qualidade percebida o padrão de comparação é entre o que o consumidor deve obter, deve esperar e aquilo que a empresa deve fornecer. Na satisfação o padrão de comparação utilizado é o que o consumidor deseja obter e o que ele acredita que vai acontecer (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

No entanto, deve-se ter em consideração a diferença entre "qualidade desejada" e "qualidade pretendida", que representam o grau de capacidade dos prestadores do serviço de orientarem os seus esforços para áreas que são importantes para os clientes, sendo uma medida da eficiência dos prestadores do serviço em atingir os seus objetivos. A diferença entre ambas é dado em função dos conhecimentos do cliente sobre o serviço prestado, da sua experiência pessoal (ou relatos de outros) com o serviço e/ou o seu meio cultural e social, podendo ser esta traduzida como o grau de satisfação do cliente (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

Figura 2 | Ciclo da qualidade

Fonte | Adaptação de (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988)



Tendo em conta a figura 2, torna-se essencial distinguir os conceitos entre os vários tipos de qualidade apresentados dentro do ciclo da qualidade.

A qualidade de serviço desejada é o nível de qualidade, que explícita ou implicitamente, o cliente pretende. O nível de qualidade pode ser considerado como a soma de um dado número de critérios de qualidade ponderados. Já a qualidade de serviço pretendida é o nível de qualidade que o prestador do serviço pretende prestar aos clientes. Este nível é influenciado pelo nível de qualidade desejado pelos clientes, pressões externas e internas, restrições orçamentais e técnicas, e desempenho dos concorrentes (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

A qualidade de serviço prestada é o nível de qualidade atingido no dia-a-dia, sendo medida a partir do ponto de vista do cliente, enquanto que a qualidade de serviço percebida é o nível de qualidade percebido pelo cliente. A perceção pelo cliente da qualidade prestada depende da sua experiência pessoal sobre o serviço ou dos serviços que lhe estão associados, da informação que recebe sobre o serviço – pelo prestador do serviço ou outras fontes – ou do seu enquadramento pessoal (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

Uma ferramenta bastante utilizada para avaliar a satisfação do cliente é através de inquéritos de satisfação, tendo em conta a aplicação dos princípios do ciclo da qualidade. Estes mesmos

implicam a definição e avaliação das expectativas explícitas e implícitas do cliente, a especificação e implementação de um serviço viável e realizável, segundo as expectativas e a medição da satisfação dos clientes, análise dos resultados, comunicação dos resultados aos clientes e a tomada das ações corretivas apropriadas (Gomes, 2013).

Em suma, a qualidade do serviço aparenta estar diretamente ligada ao nível de satisfação, mas não consiste no mesmo, uma vez que a qualidade do serviço surge como uma estratégia de maximizar a satisfação do utente, através do atendimento das suas necessidades.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1 Metodologia utilizada

A escolha do procedimento metodológico adequado reveste-se de grande importância nas investigações de natureza académica e científica. Sendo este um trabalho que possui uma natureza de estudo de caso, visando prosseguir finalidades, essencialmente, descritivas, foi necessária a elaboração de uma revisão teórica que contextualiza a problemática em estudo, sendo fundamental doravante descrever o percurso da investigação, bem como a analisar e interpretar os dados recolhidos.

Assim sendo, o método escolhido para a recolha de dados foi a aplicação de um questionário de satisfação aos utentes do Centro de Saúde de Mem-Martins, administrado presencialmente e de forma voluntária.

Foram utilizados para amostragem 147 questionários válidos, em utentes com idade superior a 18 anos que se encontravam à espera de consulta, no espaço temporal de 06 a 24 de maio do corrente ano.

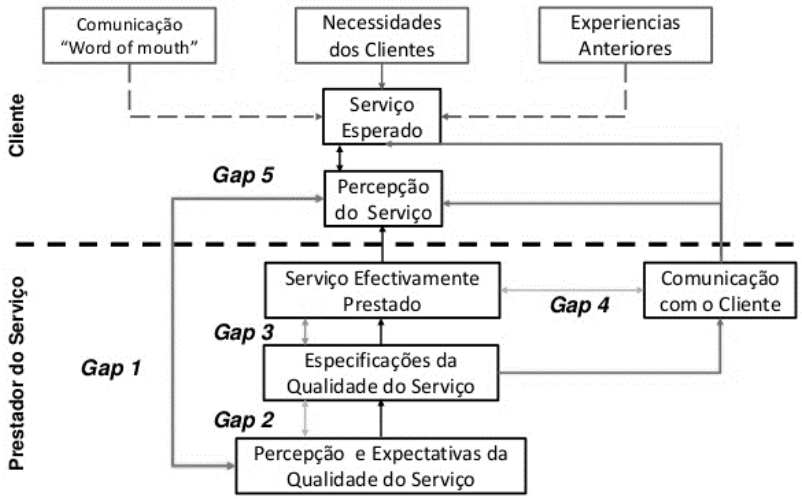
A opção de utilização deste método deveu-se a algumas razões. Primeiramente, o serviço em causa serve as mais diversas patologias na área da saúde, pelo que seria mais cómodo para as pessoas inquiridas responderem às perguntas com acompanhamento. Este método possui também a vantagem de ter um elevado nível de respostas entre os utentes uma vez que estes possuem maior disponibilidade para responder a perguntas. O fato das perguntas terem sido feitas pelo entrevistador e não por membros das unidades de saúde, e dado o questionário ser anónimo, reduz o eventual impacto enviesado nos resultados. Por último, o tempo de espera que é requerido aos utentes entre a entrada e a respetiva consulta por parte de um médico, teve como consequência uma predisposição para responderem ao questionário, assim como para conversarem casualmente sobre a sua opinião sobre a qualidade e satisfação do serviço em causa.

2.2 O questionário escolhido –SERVQUAL

Foi selecionado o questionário SERVQUAL, desenvolvido por (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) e que tem como objetivo medir a perceção da qualidade do serviço, tendo como base o Modelo *Gap* que identifica cinco lacunas ou discrepâncias entre as expetativas e perceções dos clientes, neste caso utentes, que são a razão de existência destas mesmas unidades de saúde.

Figura 3 | Modelo SERVQUAL

Fonte | (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)



Tendo em conta as explicações de (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988), o modelo enumera cinco discrepâncias (*gap*), com a seguinte descrição:

- *Gap* 1 – representa a discrepância entre as expectativas e a perceção dos gestores sobre essas mesmas expectativas;
- *Gap* 2 – corresponde à discrepância entre a perceção dos gestores sobre as expectativas dos clientes e as especificações definidas para a qualidade do serviço;
- *Gap* 3 – indica a discrepância entre as especificações definidas para a qualidade do serviço e as características do serviço prestado;

- *Gap* 4 – corresponde à discrepância entre a prestação do serviço e as comunicações externas efetuadas pela organização sobre esse serviço;
- *Gap* 5 – representa a discrepância entre o que o cliente perceciona e o que espera do serviço.

A intenção desta ferramenta de medição é a de fornecer informação sobre a capacidade de entrega do serviço e qualidade com que ele é percecionado pelos clientes (Gomes, 2013), ou seja, é um modelo para inquéritos sobre a qualidade e satisfação do serviço, que mede a lacuna entre as expectativas do cliente e perceções do desempenho após ter contacto com o serviço.

Segundo os autores, quanto maior a discrepância entre as expectativas e a perceção, menor é a qualidade do serviço. Contrariamente, quanto menor este desvio, maior é a perceção de qualidade do serviço. Caso o serviço recebido iguale as expectativas do cliente, estamos perante o nível máximo de qualidade.

Assim sendo, e segundo o resumo de (Gomes, 2013), tem-se que:

Expectativas > Qualidade percebida → Serviço de baixa qualidade
Expectativas = Qualidade percebida → Serviço com qualidade satisfatória
Expectativas < Qualidade percebida → Serviço com elevada qualidade.

Tendo em conta ao que foi indicado anteriormente, a escolha deste questionário recaiu no facto de permitir obter informação genérica e inicial de um serviço de saúde público específico a partir dos seus utilizadores, utilizando cinco (5) critérios principais de avaliação que se desdobram em vinte e duas (22) afirmações: Tangibilidade (item 1 a 4), Confiabilidade (item 5 a 9), Resposta (item 10 a 13), Segurança (item 14 a 17) e Empatia (item 18 a 22), tendo sido utilizada uma escala de Likert[11] de 5 pontos, solicitando que se indique o grau de concordância com as afirmações expostas, sendo que 1 significa "discordo totalmente" e 5 "concordo totalmente".

Além do modelo SERVQUAL, foram incorporadas no questionário questões para caraterização da amostra, tais como género, idade e rendimento auferido por mês.

[11] A escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica utilizada em questionários, em pesquisas de opinião, na qual os inquiridos especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

Como não é exigido que seja aplicado por um profissional de saúde, permite também minimizar a interação com os funcionários das unidades de saúde, um ponto a favor da aceitação das entidades reguladoras, que não vêm com bons olhos a possibilidade de perturbações nos serviços.

O questionário é de simples aplicação e possui perguntas acessíveis e de fácil resposta, o que é essencial dada a população em estudo. As suas declarações permitem avaliar o melhor ou pior desempenho dos critérios.

Tabela 1 | Síntese dos critérios e dimensões do Modelo SERVQUAL

Fonte | (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)

CRITÉRIOS	DIMENSÕES
Tangibilidade	Instalações físicas, equipamentos e aparência dos colaboradores
Confiabilidade	Capacidade de executar o serviço de forma fiável e precisa
Capacidade de Resposta	Disposição para ajudar os utentes e realização do serviço celebremente
Segurança	Colaboradores corteses, com conhecimentos sobre o serviço e que proporcionam o sentimento de confiança e segurança
Empatia	Cuidado e atenção pormenorizada e individual com os utentes

2.3 Recolha e tratamento dos dados

Para análise e tratamento dos dados recolhidos, recorreu-se ao programa informático SPSS[12] (*Statistical Package for the Social Sciences*), que visa a simplificação e rapidez na análise dos mesmos, através do recurso a diversas técnicas de tratamento de dados (Martins, 2011).

Recorreu-se inicialmente à análise dos dados através da estatística descritiva[13] para aferir os valores médios e o desvio padrão de cada uma das expectativas, tornando-se assim uma análise exploratória de dados de um conjunto instrumental analítico com o objetivo de descrever a realidade que rodeia o centro de saúde em causa, e procurando prever o futuro através da sintetização das informações de forma a evidenciar traços.

[12] Software IBM SPSS Statistics, versão 25, com a licença ca058c420853b76ec608.
[13] Esta engloba um conjunto de medidas, de tendência central e de dispersão e representações que permite descrever, de uma forma sumária, um conjunto de dados (Martins, 2011).

CAPÍTULO III

ESTUDO EMPIRICO

3.1 Cuidados de saúde primários – centros de saúde

Segundo o Relatório Anual de Acesso ao SNS de 2017 (SNS, 2017), os cuidados de saúde primários são o apoio central do sistema de saúde, sendo que as unidades que prestam estes serviços encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os primeiros são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. São serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), estando sob a sua responsabilidade e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância epidemiológica e investigação

As segundas são entidades públicas empresariais, que têm como objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população.

3.2 Estudo de Caso - Centro de Saúde de Mem-Martins

O Centro de Saúde de Mem-Martins, inaugurado em 1982, e considerado Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Algueirão (UCSP Algueirão) desde 2007, encontra-se localizado no centro da Freguesia de Algueirão-Mem Martins, do conselho de Sintra, sendo uma unidade que, tendo em conta os dados obtidos do *site* do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do Ministério da Saúde presta cuidados de saúde primários a 45.278 utentes e possui nos seus recursos humanos 16 médicos (sendo que 11 destes profissionais são médicos de família), 15 enfermeiros e 19 secretários clínicos.

Esta unidade surge no esforço de disponibilização de uma maior acessibilidade, continuidade e globalidade de cuidados primários prestados à comunidade, na qual se destacam os seguintes serviços:

- Medicina Geral e Familiar – na qual incluem consultas de saúde do adulto, consulta de saúde infantil e juvenil, consulta de planeamento familiar, consulta de saúde materna e consulta intensiva de cessação tabágica;
- Consulta Programada – trata-se de consultas planeadas, com o objetivo de prevenção e tratamento de problemas de saúde crónicos. São assim destinadas entre outros à renovação de receituário crónico, transcrição ou avaliação de exames médicos ou à emissão de atestados;
- Consulta Não Programada – para resolver problemas agudos de saúde que não podem esperar pela marcação de uma consulta programada;
- Consulta Domiciliária – destina-se aos utentes em situação de incapacidade temporária ou definitiva;
- Consulta de Enfermagem – inclui serviços destinados aos diabetes, hipertensão, saúde infantil, saúde sexual e reprodutiva, cessação tabágica, visita domiciliária de enfermagem, vacinação e tratamentos de enfermagem.

3.3 Apresentação dos Resultados

3.3.1 Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2 | Caracterização sociodemográfica dos utentes inquiridos

Fonte | Elaboração própria

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
GÉNERO		
FEMININO	93	63,3
MASCULINO	54	36,7
IDADE		
18-30	14	9,5
31-40	23	15,6
41-50	27	18,4
51-60	42	28,6
MAIS DE 60	41	27,9
RENDIMENTO MENSAL		
INFERIOR A 600€/MÊS	36	24,5
600€ - 800 €/MÊS	51	34,7
800€ - 1000€/MÊS	34	23,1
1000€ - 1500€/MÊS	19	12,9
1500€ - 2500€/MÊS	7	4,8
MAIS DE 2500€/MÊS	0	0

Na caracterização sociodemográfica da amostra composta por 147 inquiridos, é verificada a frequência e percentagem de inquiridos do género feminino e masculino, as faixas etárias predominantes e o escalão de rendimento bruto mensal auferido.

Os dados obtidos indicam uma forte predominância do género feminino (cerca de 63%) bem como o papel importante dos utentes com idade superior a 50 anos. Destaca-se ainda o facto de mais de 50% dos utentes inquiridos do centro de saúde auferirem de rendimentos brutos mensais inferiores a 800€, o que contextualizando com a realidade portuguesa em que o salário mínimo é de 600 euros/mês[14], permite afirmar que este serviço se destina maioritariamente a utentes de classe baixa a média.

3.3.2 Confiabilidade dos dados

Uma vez não existir interesse em continuar o estudo e retirar conclusões a partir de resultados que não possuem fiabilidade (confiança), foi necessário verificar a confiabilidade do questionário proposto aos utentes do centro de saúde. Para tal verificação, recorreu-se ao cálculo *alfa de Cronbach*[15], distinto para cada uma das 5 dimensões de expectativas.

A confiabilidade que os resultados apresentam poderá ser verificada segundo a diferenciação de valores de alfa, apresentado por (Landis & Koch, 1977):

Tabela 3 | Confiabilidade de resultados de um questionário

Fonte | (Landis & Koch, 1977)

Valor de *Alfa*	**Consistência Interna**
Maior de 0,80	Quase Perfeita
De 0,61 a 0,80	Substancial
De 0,42 a 0,60	Moderada
De 0,21 a 0,40	Razoável
Menor de 0,21	Pequena

[14] Decreto-Lei nº 117/2018 de 27 de dezembro.

[15] Mede a correlação entre as respostas do questionário através da análise das respostas dadas pelos inquiridos, sendo calculado a partir da variância das diferentes dimensões.

Neste estudo optou-se por recorrer aos "*outputs*" das expectativas, uma vez que o resultado das mesmas não é influenciado por possíveis falhas na qualidade do serviço prestado.

Tabela 4 | Cálculo de confiabilidade dos dados das cinco dimensões, através do α de *Cronbach*

Fonte | Elaboração própria

Dimensão	***alfa de Cronbach***
Tangibilidade	0,73
Confiabilidade	0,92
Capacidade de resposta	0,84
Segurança	0,88
Empatia	0,81

Todas as dimensões em análise apresentaram valores alfa superiores a 0,61, tendo sido o valor mais baixo obtido o da dimensão de tangibilidade (valor de alfa de 0,73) e o valor mais elevado da dimensão de confiabilidade (valor de alfa de 0,92).

Com estes valores, pode afirmar-se que todas as dimensões do questionário medem de forma consistente as expectativas verificadas para o serviço do centro de saúde.

3.3.3 Estatística Descritiva

3.3.3.1 Análise das expectativas, perceções e *gap*

Recorreu-se à análise dos dados através da estatística descritiva para aferir a média [16] e o desvio padrão[17] de cada uma das expectativas (como os utentes inicialmente esperavam, baseada em supostos direitos, probabilidades, pressupostos ou promessas) e perceções (como os utentes percecionaram, envolvendo os processos mentais, a memória e outros aspetos) e dos respetivos *gap´s* entre as mesmas.

[16] Consiste no resultado da soma de todos os valores numa determinada variável, dividido pelo número total de valores (Martins, 2011).
[17] Traduz a dispersão média dos valores individuais em relação ao valor da média da amostra na variável em questão.

Tabela 5 | Análise das expetativas, perceções e *Gap*

Fonte | Elaboração própria

DIMENSÕES	EXPECTATIVAS		PERCEÇÃO		*GAP*
	Média	**Std**	**Média**	**Std**	
TANGIBILIDADE	**3,50**	**0,59**	**3,41**	**0,64**	-0,09*
O centro de saúde tem equipamentos conservados e modernos.	**3,58**	**0,50**	**3,49**	**0,56**	-0,09
As instalações físicas do centro de saúde são visualmente agradáveis.	**3,58**	**0,53**	**3,54**	**0,50**	-0,05
Os colaboradores têm uma aparência e trajes cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	**3,65**	**0,48**	**3,54**	**0,53**	-0,11
Os elementos materiais relacionados com os serviços do centro de saúde (folhetos, explicações, horários, etc.) são visualmente atrativos e de fácil compreensão.	**3,18**	**0,68**	**3,15**	**0,71**	-0,03
CONFIABILIDADE	**4,51**	**0,61**	**4,23**	**0,71**	-0,28*
As consultas e tratamentos que se encontram em espera são realizados.	**4,24**	**0,58**	**4,11**	**0,62**	-0,13
Quando o paciente tem um problema, o centro de saúde demostra um interesse sincero em solucioná-lo.	**4,51**	**0,62**	**4,23**	**0,70**	-0,28*
O centro de saúde realiza bem o serviço prestado à primeira vez.	**4,48**	**0,62**	**4,23**	**0,69**	-0,27*
O centro de saúde presta e conclui o serviço no tempo prometido.	**4,48**	**0,62**	**4,14**	**0,75**	-0,34*
O centro de saúde insiste em manter registos isentos de erros.	**4,48**	**0,59**	**4,15**	**0,71**	-0,32*
CAPACIDADE DE RESPOSTA	**3,17**	**0,79**	**3,75**	**1,03**	-0,58*
No centro de saúde, os colaboradores comunicam aos utentes quando se concluirá a realização do serviço.	**3,12**	**0,80**	**3,01**	**0,84**	0,11*
No centro de saúde, os colaboradores oferecem um serviço rápido aos seus clientes.	**3,02**	**0,91**	**3,48**	**1,16**	-0,46*
No centro de saúde, os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar os utentes.	**3,34**	**0,73**	**3,24**	**0,83**	-0,10*
No centro de saúde, os colaboradores nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas dos utentes.	**3,23**	**0,79**	**3,12**	**0,86**	-0,11*

SEGURANÇA	**4,48**	**0,68**	**4,17**	**0,72**	-0,31*
O comportamento dos colaboradores transmitem confiança aos utentes.	**4,54**	**0,61**	**4,32**	**0,64**	-0,22*
Os utentes do centro de saúde sentem-se seguros em utilizar os serviços disponibilizados.	**4,45**	**0,64**	**4,17**	**0,70**	-0,28*
No centro de saúde, os colaboradores são amáveis com os utentes.	**4,35**	**0,69**	**4,02**	**0,74**	-0,34*
No centro de saúde, os colaboradores têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas dos utentes.	**4,58**	**0,69**	**4,18**	**0,77**	-0,40*
EMPATIA	**4,20**	**0,78**	**4,05**	**0,86**	-0,15*
No centro de saúde, os colaboradores dão aos seus utentes uma atenção individualizada.	**4,37**	**0,67**	**4,10**	**0,66**	-0.27
O centro de saúde tem horários adequados para todos os seus utentes.	**4,22**	**0,76**	**4,03**	**0,75**	-0,18
O centro de saúde tem colaboradores que oferecem uma atenção personalizada aos seus utentes.	**4,34**	**0,78**	**4,15**	**0,91**	-0,18
O centro de saúde prioriza os interesses dos seus utentes.	**4,94**	**0,90**	**4,80**	**0,97**	-0,14
Os colaboradores do centro de saúde entendem as necessidades específicas dos seus utentes.	**4,14**	**0,73**	**3,95**	**0,84**	-0,18

*Diferença estatisticamente significativa

Os resultados revelam que a dimensão com a expectativa mais baixa se trata da capacidade de resposta, situando-se nos 3,17 numa escala de 5 como máximo.

Quanto às perceções, a generalidade encontra-se abaixo das expectativas, mas sempre com valores bastante perto entre as mesmas. Ainda assim, a dimensão onde o *gap* percebido entre as expectativas e as perceções foi mais elevado (0,58), foi também a capacidade de resposta.

Tabela 6 | Afirmações com expetativa mais alta

Fonte | Elaboração própria

Afirmação	Média	Std
O centro de saúde prioriza os interesses dos seus utentes	4,94	0,90
No centro de saúde, os colaboradores têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas dos utentes	4,58	0,69
O comportamento dos colaboradores transmitem confiança aos utentes.	4,54	0,61

Ao analisar-se, as afirmações do questionário que suscitaram expectativas mais elevadas, constatamos que as dimensões que criam maiores expetativas são a nível de empatia e segurança.

Estes dados levam a crer que os utentes esperam um elevado grau de dignidade e respeito para como esperam ser tratados, assim como priorizam o sentimento de segurança nos serviços a que recorrem, sejam mesmo estes serviços públicos.

Tabela 7 | Afirmações com expetativa mais baixa

Fonte | Elaboração própria

Afirmação	Média	Std
O tempo de espera é reduzido	3,02	0,91
No centro de saúde, os colaboradores comunicam aos utentes quando se concluirá a realização do serviço	3,12	0,80
Os elementos materiais são visualmente atrativos e de fácil compreensão.	3,18	0,68

Quanto às afirmações que suscitaram da parte dos utentes do centro de saúde expectativas mais baixas incluem-se nas dimensões da capacidade de resposta e de tangibilidade, derivados da impossibilidade dos colaboradores e dos utentes de poderem calcular com exatidão a duração das consultas e tratamentos, do sentimento de imediatismo que caracteriza os serviços de saúde e da incapacidade de gestão de encaixe do elevado número de utentes que residem na freguesia de Algueirão Mem-Martins.

Tabela 8 | Afirmações com perceção mais alta

Fonte | Elaboração própria

Afirmação	Média	Std
O centro de saúde prioriza os interesses dos seus utentes.	4,80	0,97
O comportamento dos colaboradores transmitem confiança aos utentes	4,32	0,64
O centro de saúde realiza bem o serviço prestado à primeira vez.	4,23	0,69
Quando o paciente tem um problema, o centro de saúde demostra um interesse sincero em solucioná-lo.	4,23	0,70

Relativamente à tabela 8, que engloba as quatro afirmações que suscitaram perceções mais elevadas, importa começar por destacar que duas pertencem à dimensão da confiabilidade, com uma média de 4,23. Isto leva a crer que apesar do serviço em causa ser público, os utentes sentem que recebem aquilo que lhes foi explícita ou implicitamente prometido, de forma precisa.

No entanto, as perceções com médias mais elevadas nos resultados obtidos encontram-se dentro da dimensão de empatia, com uma média de 4,80 para "priorização dos interesses dos utentes" e da dimensão segurança, com uma média de 4,32 pela "confiança transmitida por parte dos colaboradores". Tais dimensões mostram-se tão ou mais importantes para o utente, como uma forma de conforto, perante um serviço que provoca vários tipos de sentimentos aos utentes.

Tabela 9 | Afirmações com perceção mais baixa

Fonte | Elaboração própria

Afirmação	Média	Std
No centro de saúde, os colaboradores comunicam aos utentes quando se concluirá a realização do serviço.	3,01	0,84
No centro de saúde, os colaboradores nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas dos utentes	3,12	0,86
Os elementos materiais relacionados com os serviços do centro de saúde (folhetos, explicações, horários, etc.) são visualmente atrativos e de fácil compreensão.	3,15	0,71

Quanto às 3 afirmações que suscitaram da parte dos utentes perceções mais baixas, duas das mesmas encontram-se dentro da dimensão da capacidade de resposta, indo de encontro com as expetativas mais baixas anteriormente apresentadas, na tabela 7. Assim sendo, torna-se importante para os utentes conseguir não só um serviço com rapidez e pontualidade, mas como também encontrarem-se informados sobre a conclusão da consulta.

Outra das dimensões que se encontra dentro das afirmações com perceções mais baixas é a dimensão de tangibilidade, com uma média de 3,15 para a perceção sobre os "elementos materiais do centro de saúde.

3.3.3.2 Correlação das dimensões

Conforme as características das amostras, aplicam-se diferentes tipos de testes. Sendo a amostra[18] suficientemente grande (superior a 30), não se tornou essencial aplicar um teste de normalidade, dado podermos assumir a normalidade dos dados (Pinto, 2012).

No entanto, com o intuito de testar possíveis correlações entre as expectativas das diferentes dimensões foi necessário calcular a correlação entre as dimensões, sendo que para cada uma das cinco diferentes dimensões em análise calculou-se a média com que cada um dos inquiridos a tinha avaliado, tendo sido posteriormente calculadas as correlações entre o somatório dos valores obtidos para cada uma das dimensões.

Para aferir a força de cada uma das correlações obtidas recorreu-se à escala proposta (Taylor, 1990), segundo a qual as correlações inferiores a 0,35 são consideradas fracas, correlações entre 0,36 e 0,67 são consideradas moderadas e correlações superiores a 0,68 são tidas como fortes (muito fortes no caso de superiores a 0,9).

[18] Na grande maioria dos casos não é possível efetuar um estudo que englobe a totalidade da população, no entanto existe o pressuposto de que a amostra utilizada é representativa da população em causa.

Tabela 10 | Correlação entre as expectativas para as dimensões em análise

Fonte | Elaboração própria

	Tangibilidade	Confiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
Tangibilidade	1,00	0,06	0,45**	0,56**	0,31
Confiabilidade	0,06	1,00	0,69**	0,74**	0,65**
Capacidade de resposta	0,45**	0,69**	1,000	0,74**	0,66**
Segurança	0,56**	0,74**	0,74**	1,000	0,67**
Empatia	0,31	0,65**	0,66**	0,67**	1,000

* Correlação com um nível de significância de 0,05

** Correlação com um nível de significância de 0,01

Assim, verificou-se que quatro das correlações obtidas foram consideradas fortes (capacidade de resposta – confiabilidade; segurança – confiabilidade; segurança – capacidade de resposta; empatia – segurança), o que de certa forma vem mais uma vez relacionar-se com os dados anteriormente retirados na análise dos dados.

O fato das correlações mais baixas terem sido obtidas quando se comparava a tangibilidade com qualquer uma das outras quatro dimensões, poderá ser explicado pelo facto de a tangibilidade ser percebida pelos utentes como algo relativamente independente das restantes dimensões do serviço em análise.

3.4 Métodos de melhoria aplicados

Tendo em conta os dados obtidos, a dimensão que maior urgência de melhoria se sente na visão dos utentes do centro de saúde, será a capacidade de resposta.

No entanto, este fato é não só presenciado no estudo apresentado, como também nas ações que têm vindo a ser apresentadas e instituídas por parte do governo. Assim sendo, no ano civil de 2017 é criado um Plano de Ação (que se encontra ainda em estado de negociação), na qual nasce uma carta de compromisso entre o Agrupamento dos Centro de Saúde (ACES) e a UCSP Algueirão, na qual inclui:

i. Assegurar o preconizado no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 73/2017 e no artigo 10º do Decreto-Lei 28/2008, e o previsto no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na Portaria n.º 87/2015, quanto aos tempos máximos de resposta garantidos e na Lei n.º 15/2014, que define os Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde;

ii. Assegurar o cumprimento dos serviços mínimos estabelecidos no regulamento interno da UF nas situações previstas no nº 1 do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 73/2017.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Para além das ações em causa, a Câmara Municipal de Sintra anunciou a construção de um novo centro de saúde de Algueirão-Mem Martins, representando um investimento de cerca de quatro milhões de euros, e que contará com quatro unidades de saúde familiar independentes, que servirão cerca de 62 mil pessoas.

Segundo palavras do atual presidente da junta de freguesia em análise, Valter Januário: *o centro de saúde de Mem-Martins encontra-se obsoleto, não conseguindo responder às necessidades dos utentes* (Sintra Notícias, 2017).

A construção visará dar resposta ao problema que se encontra em vigor, e contará suprimir as necessidades de saúde dos utentes, melhorando a qualidade e satisfação dos mesmos.

CONCLUSÕES

Tendo em consideração o tema do presente trabalho e os objetivos inicialmente delineados, este estudo surgiu na tentativa de obter algumas explicações sobre a temática de satisfação e qualidade na saúde, envolvendo a conceção do que é expectável e do que é percebido por parte do utente. Para tal, e numa tentativa de contextualizar a envolvente à volta do tema, tornou-se necessário dar a conhecer um conjunto de conceitos inerentes ao tópico.

Numa sociedade democrática como Portugal, qualquer cidadão deve ter o direito ao acesso a cuidados de saúde, detetando-se que este direito depende dos sistemas políticos, sociais e económicos, ligado a uma relação que as instituições prestadoras de serviços mantêm entre si. Para apurar até que ponto essa ideia se adapta à realidade, foi indispensável definir sistema de saúde, como um conjunto organizado entre instituições prestadoras de cuidados de saúde, e dos vários fluxos financeiros, de serviços e de informação que entre elas se estabelecem, sustentado em princípios políticos, económicos e sociais, cujo objetivo é a melhoria dos resultados na saúde com a eficácia e a eficiência que os recursos disponíveis possibilitam (Costa, 2012).

A caracterização do sistema de saúde em Portugal foi realizada de forma evolutiva, até à criação do nosso sistema atual, o Serviço Nacional de Saúde, o qual garante que a assistência passa a ser acessível a todos os cidadãos.

O aumento do peso dos recursos públicos na despesa do SNS surge na continuidade do investimento que se tem vindo a efetuar, nomeadamente a construção de raiz de novas unidades de saúde, alocação às mesmas e a outras de modernos equipamentos, alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e ampliação desta a novas valências (Ministério da Saúde, 2018).

No entanto, verifica-se que as reformas nos sistemas de saúde tornaram-se necessárias para a ampliação da eficiência, eficácia e a da qualidade, com a adoção de modelos de gestão alternativos às tradicionais, de origem empresarial que vêm a mudar a natureza da Administração Pública, nomeadamente com o *New Public Managemen*t, identificando-se que um dos instrumentos de gestão associados à nova reforma se centrou na privatização, que visa reduzir o nível de intervenção do Estado na sociedade.

A definição de qualidade é desafiante tendo em conta a sua complexidade e diferentes conceções. (António & Teixeira, 2007) consideram que a própria razão da qualidade adota uma posição de inexistência de uma definição absoluta e geral. No entanto, avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação constante e pertinente quer das instituições de saúde quer dos governantes que se deparam com custos exponenciais dos cuidados de saúde. Para além disso, os utentes são cada vez mais exigentes e têm expectativas cada vez mais elevadas.

Outras interpretações sobre a qualidade, são derivadas da análise do conceito de satisfação, que possui como antecedentes as expectativas e perceções dos utentes.

O risco de se interpretar a satisfação tendo por base a qualidade, está no fato de que os aspetos pertencentes à qualidade são determinados, normalmente, pela perceção dos gerentes e, tal raciocínio pode diferir muitas vezes da visão dos utentes (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Dessa forma, a qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do serviço de fornecer a própria satisfação.

Segundo (Anderson, Fornell & Lehmann, 1994), a qualidade percebida é dependente da utilidade que o serviço tem para o utente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido. Por sua vez, a satisfação depende do valor retirado para o utente, à qual pode ser definida como o quociente entre a qualidade percebida e o preço, ou pela relação entre os benefícios recebidos pelo cliente comparativamente aos custos incorridos para a sua aquisição.

Assim sendo, pode-se entender a qualidade como a perceção atual do utente sobre o desempenho de um serviço, e a satisfação como sendo baseada não apenas na experiência atual, como também anteriores e futuras, além da projeção das suas expectativas.

Tendo em consideração as particularidades dos serviços de saúde, e o estudo de caso escolhido, acredita-se que através da aplicação do modelo SERVQUAL neste estudo, conseguiu verificar-se a dimensão dos *gap's* percebidos pelos utentes face à diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido, tendo sido verificado as áreas de atuação mais urgentes de forma a potenciar a satisfação dos mesmos, o que pesará favoravelmente na escolha do serviço em questão.

Observou-se que a utilização da técnica de inquéritos individuais caracterizou-se como uma técnica adequada, na medida em que é possível aferir a perceção dos utentes em relação ao centro de saúde em causa e aos serviços prestados, apesar da dificuldade em definir-se adequadamente como deverá ser um serviço de saúde, devido à sua natureza complexa. Sendo baixa a zona de

tolerância nos serviços de saúde face ao que ocorre na generalidade dos outros serviços, não admira os resultados gerais da dimensão com a expectativa mais baixa (capacidade de resposta), que se situou em 3,17 numa escala de 5 como máximo.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra do estudo, verificou-se que, o sexo feminino teve uma maior representatividade (63%), aproximadamente 57% dos inquiridos tinham idade superior a 50 anos, e 59% possui uma média de rendimento mensal inferior a 800€. Estes resultados estão de acordo com o estudo de (Ferreira & Raposo, 2006), que referem que os indivíduos do sexo feminino recorrem mais aos serviços de saúde e a média das idades ronda os 56 anos.

Quanto às perceções, apesar de estas na generalidade estarem abaixo das expectativas, ainda assim, a dimensão onde o *gap* percebido entre as expectativas e as perceções foi mais elevado (0,59), foi a capacidade de resposta, algo que era também relativamente expectável, visto esta envolver diretamente o sentimento de urgência de quem recorre a serviços de saúde. No entanto, os utentes percecionam como importante a confiança e segurança no provedor de serviços, o que agrega valor ao relacionamento, que deve ser reforçado.

A insatisfação com a capacidade de resposta do instituto, nomeadamente ao nível do tempo de espera, é compreensível, especialmente se for tido em consideração o estado de stress e de desconforto físico e psicológico em que a generalidade dos clientes chega às instalações do centro de saúde. Neste sentido é particularmente importante que seja incutido em todo o *staff* uma sensibilidade, que resulte em empatia e compreensão sempre que lidam com os utentes.

Relativamente a possíveis limitações deste estudo, destaca-se o acesso a parte dos resultados obtidos, que poderá não ser absolutamente fidedigna, dado o estado de desconforto físico e psicológico em os utentes se encontravam, o que poderá ter de alguma forma, enviesado alguns dos resultados.

A utilização de inquéritos através de dados quantitativos, como o modelo SERVQUAL, permitiu retirar conclusões gerais para a pesquisa em causa, de forma estruturada e estatística. No entanto, a incrementação de inquéritos com dados qualitativos, permitiria coletar informações não só de medidas, como descrever os vários pontos de vista dos inquiridos. Por ter uma base menos estruturada, este método não foi inserido no inquérito utilizado, no entanto reveste-se de

importância para uma clara análise e previsão de curto prazo da atividade em que se insere, podendo vir a ser um estudo na análise do ambiente interno e externo do serviço.

Futuramente, seria incrementalmente positivo a este estudo, realizar uma nova observação da qualidade e satisfação, após a construção e entrada em vigor dos serviços do novo espaço em que atuará o centro de saúde de Algueirão Mem-Martins, de forma a observar o aumento ou diminuição da diferença entre as expetativas e perceções sentidas nas diferentes dimensões anteriormente verificadas.

BIBLIOGRAFIA

Abrantes, M. (2012). *Qualidade e Satisfação - Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares.* Coimbra: Faculdade de Economia.

Albrecht, K. (1998). *Revolução nos Serviços.* São Paulo: Editora Pioneira.

Anderson, E., Fornell, C., & Lehmann, D. (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 53-66.

Andrade, A. C. (2016). Portuguese National Health Service Regulation: Contribution to a new paradigm in healthcare providing. *e-Pública*, 201-221.

Andrisani, P., Hakim, S., & Savas, E. (2002). *The New Public Management: Lessons from Innovating Governors and Mayors.* Boston: Kluwer Academic Publishers.

António, N., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da qualidade – De Deming ao modelo de excelência da EFQM.* Lisboa: Edições Sílabo.

António, N., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM.* Lisboa: Edições Sílabo.

Baganha, M., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). *O Sector da Saúde em Portugal: Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-Profissional.* Coimbra: Faculdade de Economia.

Barros, P. (2008). As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portuga. *Instituto Português de Relações Internacionais e Segurança*, 1-7.

Bilhim, J. (2013). *Ciência da Administração.* Lisboa: Universidade Aberta.

Bircher J. (2005) Towards a dynamic definition of health and disease. Med, Health Care and Philosophy, 335-341.

Buttle, F. (1995). Servqual: review, critique research agenda. *European Journal of Marketing*, 8-32.

Campos, A. (1983). *Eficiência e Equidade no Sistema de Saúde Português.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços.* Plano Nacional de Saúde.

Carvalho, E. R. (2001). *Reengenharia na Administração Pública: A Procura de Novos Modelos de Gestão.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Carvalho, M. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal* . Aveiro: Universidade de Aveiro.

Coelho, P. S., & Vilares, M. J. (2011). *Satisfação e lealdade do cliente: metodologias de gestão, avaliação e análise.* Lisboa: Escolar Editora.

Costa, M. (2012). *Sistemas de Saúde – Convergência de modelos.* Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Domingues, O. (2008). *Gerenciamento por Categorias e Satisfação dos Consumidores de Artigos de Higiene Pessoal e Beleza na Região do ABC.* São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade.

Dominguez, S. (2000). *O valor percebido como elemento estratégico para obter a lealdade dos clientes.* São Paulo: Caderno de Pesquisas em Administração.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*.

Downs, A. (1957). *An Economic Theory of Democracy.* New York: Harper.

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado - Relatório Final.* Porto.

Farinha, R. (2007). *Optimização de redes de cuidados de saúde - Desenvolvimento de um modelo de simulação discreta com aplicação à sub-região de saúde de Setúbal.* Lisboa: Instituto Superior Técnico.

Feigenbaum, H., Henig, J., & Hamnett, C. (1998). *The New Public Management: Lessons from Shrinking the State: The Political Underpinnings of Privatization, Innovating Governors and Mayors.* United Kingdom: Cambridge University Press.

Fernandes, A. (2016). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 217-223.

Fernandes, R. A. (2012). *Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação dos utentes de uma Clínica de Imagiologia do Grande Porto.* Porto: Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Ferreira, P. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Rev Port Clin Geral*, pp. 285-296.

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

Garvin, D. (1984). *What Does "Product Quality" Really Mean?* . Sloan Management Review.

Gomes, C. (2013). *Avaliação da qualidade de serviços no comércio retalho - o caso pingo doce.* Porto: Escola Superior do Porto.

Harfouche, A. P. (2010). *Opções Políticas em Saúde: Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 3-19.

Juran, M. (1998). *Juran's quality handbook.* New York: McGraw-Hill.

Justo, C. (2004). *Acesso aos Cuidados de Saúde Porque Esperamos?* Lisboa: Campo da Comunicação.

Kettl, D. (2000). *The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance.* Whashington DC: Brookings Institution.

Kotler, P. (1998). *Administração de marketing - Análise, Planejamento, Implementação e Controle.* São Paulo: Editora Atlas.

Kotler, P. (2002). *Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e os seus lucros.* Barueri: Editora Manole.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 159-174.

Marques, T. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente - Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente.* Trás-os-Montes: Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber, decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Matias, J. (2017). *Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve.* Lisboa: Instituto Politécnico de LIsboa.

Miguel, P., & Salomi, G. (2004). Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista de produçã*, 12-30.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde.* Portugal.

Moreira, A. (2007). Comparação da Análise de Componentes Principais e da CATPCA na Avaliação da Satisfação do Passageiro de uma Transportadora Aérea. *Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro*, 165-178.

Nogueira, F. (2017). *Gestão da Qualidade.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Notícias, S. (2017). *Novo Centro de Saúde de Algueirão-Mem Martins será "o maior do país".* Sintra Noticías.

Notícias, S. (2017). Novo Centro de Saúde de Algueirão-Mem Martins será "o maior do país". *Sintra Notícias*.

Nunes, R. (2012). *Racionamento em Saúde.* Porto: Associação Portuguesa de Bioética.

Onnias, A. (1993). *The Language of Total Quality.* Portland: Irish Booksellers.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). Servequal: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 12-40.

Pereira, P. T. (1997). *Teoria da Escolha Pública (Public Choice): Uma Abordagem Neoliberal?* . Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Peters, T., & Waterman Jr., R. (1987). *In Search of Excellence.* Lisboa: D. Quixote .

Pinto, R. R. (2012). *Introdução à Análise de Dados com Recurso ao SPSS.* Lisboa: Edições Sílabo.

Ribeiro, A. (2003). *A Reforma Administrativa: Estudo Comparativo entre Portugal e a Nova Zelândia.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Ribeiro, J. (2010). O Sistema de Saúde Português. *Números Saúde*, pp. 194-196.

Rocha, J. A. (1999). *Reformar a Administração Pública é Possível.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Rodrigues, S. (2012). *Avaliação da Eficiência do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia)c omo Instrumento Regulador e de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas em Oftalmologia.* Porto: Faculdade de Economia.

Saltman, R. (1994). Patient choice and patient empowerment in northen European health systems: a conceptual framework. *International Journal of Health Services*, 201-229.

Saltman, R. (1994). Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *Internacional Journal of Health Services*.

Saúde, E. R. (2009). *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS* . Porto: ERS.

Silva, S. M. (2010). *Programas de combate às listas de espera em Portugal e no estrangeiro: análise de impacto.* Covilhã: UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR.

Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho.* Coimbra: Almedina.

SNS. (2017). *Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e entidades convencionais.*

Taylor, R. (1990). Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography,*, pp. 35-39.

World Health Organization. (1946). *International Health Conference* (p. 100). New York: Official Records of the World Health Organization.

World Health Organization. (2000). Health Systems: Improving Performance. *The WorldHealth Report*.

SÍTIOS DE INTERNET

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: https://bicsp.min-saude.pt/

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa: http://www.pgdlisboa.pt

APÊNDICES

Apêndice I | Questionário aplicado aos utentes do Centro de Saúde de Mem-Martins

Fonte | Adaptado de (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)

Este questionário será aplicado aos utentes do Centro de Saúde de Mem-Martins, no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão da Universidade Atlântica.

Baseando-se sempre nas suas experiências como utilizador dos serviços oferecidos pelo centro de saúde em causa, agradecemos que rodeie o nível (1 – Discordo Totalmente, 2- Discordo, 3- Nem discordo nem concordo, 6 – Concordo e 5 – Concordo totalmente) adequado a cada afirmação.

Não existem respostas corretas ou incorretas, sendo apenas solicitado que indique o nível que reflita o que pensa e sente a respeito do centro de saúde.

Pedimos a sua colaboração e máxima sinceridade no preenchimento do mesmo.

1. Idade: ____

2. Género:

□ Masculino □ Feminino

3. Rendimento aferido por mês:

□ Inferior a 500€/mês
□ 500€ - 800 €/mês
□ 800€ - 1000€/mês
□ 1000€ - 1500€/mês
□ 1500€ - 2500€/mês
□ Mais de 2500€/mês

	Discordo totalmente			Concordo Totalmente	
1. O centro de saúde tem equipamentos conservados e modernos.	1	2	3	4	5
2. As instalações físicas do centro de saúde são visualmente agradáveis.	1	2	3	4	5
3. Os colaboradores têm uma aparência e trajes cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
4. Os elementos materiais relacionados com os serviços do centro de saúde (folhetos, explicações, horários, etc.) são visualmente atrativos e de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
5. O horário das consultas e tratamentos são cumpridos.	1	2	3	4	5
6. Quando o paciente tem um problema, o centro de saúde demostra um interesse sincero em solucioná-lo.	1	2	3	4	5
7. O centro de saúde realiza bem o serviço prestado à primeira vez.	1	2	3	4	5
8. O centro de saúde presta e conclui o serviço no tempo prometido.	1	2	3	4	5
9. O centro de saúde insiste em manter registos isentos de erros.	1	2	3	4	5
10. No centro de saúde, os colaboradores comunicam aos utentes quando se concluirá a realização do serviço.	1	2	3	4	5
11. No centro de saúde, os colaboradores oferecem um serviço rápido aos seus clientes.	1	2	3	4	5
12. No centro de saúde, os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar os utentes.	1	2	3	4	5
13. No centro de saúde, os colaboradores nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas dos utentes	1	2	3	4	5
14. O comportamento dos colaboradores transmitem confiança aos utentes.	1	2	3	4	5

15. Os utentes do centro de saúde sentem-se seguros em utilizar os serviços disponibilizados.	1	2	3	4	5
16. No centro de saúde, os colaboradores são amáveis com os utentes.	1	2	3	4	5
17. No centro de saúde, os colaboradores têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas dos utentes.	1	2	3	4	5
18. No centro de saúde, os colaboradores dão aos seus utentes uma atenção individualizada.	1	2	3	4	5
19. O centro de saúde tem horários adequados para todos os seus utentes.	1	2	3	4	5
20. O centro de saúde tem colaboradores que oferecem uma atenção personalizada aos seus utentes.	1	2	3	4	5
21. O centro de saúde prioriza os interesses dos seus utentes.	1	2	3	4	5
22. Os colaboradores do centro de saúde entendem as necessidades específicas dos seus utentes.	1	2	3	4	5

ANEXOS

Anexo I | Notícia do Sintra Notícias (2017)

Fonte | https://sintranoticias.pt/2017/04/27/novo-centro-saude-algueirao-mem-martins-sera-maior-do-pais/

Novo Centro de Saúde de Algueirão-Mem Martins será "o maior do país"

Terá quatro unidades de saúde familiar independentes que vão servir cerca de 66 mil pessoas

De **Sintra Notícias** - 27 Abril, 2017

Basílio Horta visitou a zona de demolição de pavilhões municipais, localizados na Rua das Eiras (ex-Messa) onde será construído o novo Centro de Saúde de Algueirão-Mem Martins.
A intervenção visa preparar o terreno para a construção da nova unidade de saúde.

"Este investimento de 200 mil euros é o início do processo para construção do Centro de Saúde que vai centralizar diversos polos na área da saúde, contribuindo para uma melhoria das condições de atendimento e tratamento", sublinhou, o Presidente da Câmara de Sintra, que se deslocou ao local, no âmbito da iniciativa "Presidência Aberta", à freguesia, para se inteirar dos trabalhos de demolição e para fazer um ponto de situação.

No total serão demolidos 12 edifícios e um maciço em betão que vão permitir a construção, naquele espaço, do novo Centro de Saúde, que terá quatro unidades de saúde familiar independentes que vão servir cerca de 62 mil pessoas.

As quatro unidades serão compostas por 32 gabinetes de consulta e 20 gabinetes de enfermagem e tratamento num investimento de cerca de 4 milhões de euros.

"É este o caminho"

Novo Centro de Saúde de Algueirão-Mem Martins será "o maior do país" - Sintra Notícias

"O atual Centro de Saúde está obsoleto e já não responde às necessidades da população de Algueirão-Mem Martins, que é de 66 mil habitantes", disse ao SINTRA NOTÍCIAS, Valter Januário, presidente da Junta de Freguesia, destacando o "importante investimento a realizar, que possibilitará dar uma outra resposta, de qualidade, às necessidades de saúde da população. Será o maior centro de saúde do país. É este o caminho", regozija-se ao autarca.

O projeto deverá estar concluído ainda durante este mês, apurou o SINTRA NOTÍCIAS, o que significa, que se tudo correr conforme previsto, no decorrer do próximo mês de Maio, será aberto concurso público para a sua construção, representando um investimento total, na ordem dos 3,8 milhões de euros.

Recorde-se que a autarquia de Sintra desenvolve um programa na área da saúde com um investimento de 8 milhões de euros para a construção de cinco novos centros de saúde: Queluz, Agualva, Algueirão-Mem Martins, Sintra e Almargem do Bispo, para os quais também cede terrenos e edifícios.

Ainda na área da saúde, de referir que a Câmara de Sintra assegurou que a construção do novo "Hospital de Proximidade de Sintra" seja realizada na zona da Cavaleira, freguesia de Algueirão-Mem Martins e deverá custar cerca de 30 milhões de euros. A autarquia cede o terreno com 59 mil e 500 metros quadrados e 6 milhões de euros para a sua construção.