

Fernanda Santos Rodrigues

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A Comunicação nos Serviços de Saúde.

**Um Estudo sobre as Reclamações do
Serviço Nacional de Saúde Português.**

ORIENTADORA :

PROF. DOUTORA MARIA NATÁLIA RAMOS

Universidade Aberta

JUNHO 2007

Agradecimentos

À *Prof. Dr.^a Natália Ramos*, pela sua disponibilidade sempre amável e estimulante e pelos seus conhecimentos e experiência tão determinantes neste trabalho;

Aos participantes neste estudo que na sua maioria se mostraram muito empenhados no aprofundamento do tema;

Aos meus familiares, *Fernanda e Ricardo* pela sua cumplicidade e ao *Mário* pelo apoio informático;

À minha amiga *Zarina* pelo interesse e colaboração técnica e emocional;

E à minha filha *Maria*, por ser o meu Sol em todas as minhas realizações.

RESUMO

Este estudo desenvolve-se na área de estudos da Comunicação em Saúde. Considera a importância das dimensões comunicacionais na relação entre o utente e os prestadores de cuidados e da satisfação percebida pelo utente como indicadores da qualidade dos serviços. De acordo com este pressuposto propõe o estudo das reclamações apresentadas pelos utentes no Gabinete do Utente do Sistema Nacional de Saúde. Os objectivos iniciais deste trabalho foram :

- Compreender e discutir o circuito do processo de reclamação, os procedimentos de análise e categorização das queixas;
- identificar as reclamações mais frequentes e a incidência dos registos mais relacionados com as dimensões comunicacionais;
- conhecer o reclamante e o seu grau de satisfação face ao processo e – discutir a utilização do registo de reclamações na adopção de medidas para a melhoria dos serviços.

Para concretizar estes objectivos utilizámos uma metodologia qualitativa. Elaborámos um instrumento de pesquisa (entrevista), constituído por 9 ítems o qual foi aplicado a uma amostra de seis unidades de saúde. Os dados recolhidos foram analisados de acordo com as regras da técnica de Análise de Conteúdo.

Os dados obtidos demonstram que as tipologias mais frequentes são a “organização e funcionamento dos serviços” seguida do “comportamento dos funcionários”. Aparecem muito associadas na mesma reclamação sendo que a segunda é decorrente da primeira. A sub-categoria “relacional” é transversal em vários grupos profissionais e áreas de atendimento. Nos hospitais verifica-se maior frequência de registos na Urgência.

Foram identificadas várias falhas no processo, desde a recepção ao tratamento estatístico e os dados apontam no sentido da diminuição gradual da qualidade do processo de reclamações. Os recursos físicos e humanos do Gabinete do Utente são insuficientes para as suas atribuições e o processo é considerado pelos técnicos como complexo e moroso. Na resolução dada aos processos, a introdução de medidas de melhoria nos serviços é pontual e frequentemente alheia a propostas do Gabinete do Utente. Não existem elementos para qualificar a avaliação do utente quanto à intervenção sobre a reclamação.

Em conclusão, os mecanismos que o Ministério da Saúde disponibiliza para a avaliação dos utentes, através do Gabinete do Utente e do registo no Livro Amarelo, apresentam um modelo de funcionamento rudimentar e os registos são pouco aproveitados para mudança de comportamentos e de funcionamentos nas instituições do Sistema Nacional de Saúde.

Abstract

This study delves into the area of Communication in Health. It is about the importance of the communicational dimensions between the patient and the health care staff, and about the satisfaction derived by the patient as indicators of quality of the services.

According to this principle we propose the study of complaints made by the patients to the Bureau of the National Health System – The Patients Bureau.

The first aims of the work were:

- To understand and discuss the circuit of the process of complaints; the analysis and category of the complaints;
- Identifying the most frequent complaints and the tax of the register relative to the communicational dimensions;
- Get to know the complainer and his level of satisfaction with the process and discuss the use of the register of complaints to improve the services.

To obtain these aims we used a qualitative method. We elaborated a method of research, an interview, which was applied to a sample of six health centers. The obtained results were analysed according to the technical rules of Analysis Content. And it demonstrated that the most frequent types are “The organization and functionality of the services”, followed by the “Employees Behaviour”. It is very common in the same complaint these two types appear. This “relational” sub category is common in various professional groups and areas of attendance; in the hospitals this is much more frequent in the registers of Urgencies.

We discovered many mistakes in the process, from the reception to the statistic treatment and results denote the gradual decrease of quality in the process of complaints.

The physical and human resources of the Patients Bureau are not sufficient for its functions and the process is considered by the technicians as complex and slow.

In the process resolution, the introduction of measures to obtain better services it's punctual and frequently, far from the proposals of the Patients Bureau.

There are no elements to evaluate the patient opinion about the process of complaints.

In conclusion, the mechanisms that the Ministry of Health has, to evaluate the patient through the Patients Bureau and the register in the “Yellow Book”, show that it doesn't work properly and the registers are not profited to change the behaviour and the functionality in the institutions of the National Health System.

INDICE

Pg.

Introdução

PARTE I

Revisão da Literatura	6
Cap. 1. Saúde, Doença e Modelos de Intervenção	
1.1. Conceitos de Saúde e Doença	7
1.2. Modelos de Práticas em Saúde	9
Modelo Biomédico	9
Modelo Paternalista	10
Modelo Informativo	10
Modelo de Decisão Partilhada	10
Modelo Holístico	11
Modelo Biopsicossocial	11
Modelo Consumista	12
Cap. 2. A Comunicação	
2.1. Definição do Conceito de Comunicação	13
2.2. Modelos de Comunicação	14
Modelo Unilinear	14
Modelo Dialógico	15
Modelo Estrutural	15
Modelo Diagramático	16
2.3. A Comunicação e a Saúde	18
2.3.1. Estudos Realizados na Comunicação em Saúde	19
Cap. 3. O Sistema Nacional de Saúde Português (SNS)	25
3.1. Direitos e Deveres dos Utentes do SNS	27
3.2. A Utilização dos Serviços de Saúde pelos Utentes Portugueses	29
Cap. 4. A Reclamação e Sugestão dos Utentes	30
4.1. O Gabinete do Utente	31
4.2. O Livro Amarelo	32

	Pg.
PARTE II	
Investigação Empírica	
Cap. 5. Metodologia	
5.1. Instrumentos e Procedimentos Utilizados	40
5.1.1. A Entrevista	40
5.1.1.1. Guião de Entrevista	43
5.1.2. A Análise de Conteúdo	45
5.1.2.1. O Corpo de Análise	46
5.2. Validação dos Instrumentos	46
5.3. Recolha dos Dados	48
5.4. A Amostra	49
5.5. Tratamento dos Dados	53
Cap. 6. Apresentação dos Resultados	
6.1. Dados Globais	57
6.1.1. Processo da Reclamação	59
6.1.2. Frequência das Reclamações	61
6.1.3. Conteúdos das Reclamações	62
6.1.4. Grupos Profissionais / Relacionais	63
6.1.5. Especialidades ou Serviços / Relacionais	64
6.1.6. Características dos Reclamantes	65
6.1.7. Contra-Resposta do Utente	66
6.1.8. Medidas adoptadas pelos Serviços	67
6.1.9. Interpretação do Gabinete do Utente	68
6.1.10. Atendimento Presencial	71
6.1.11. Formação dos Funcionários	72
Cap. 7. Análise e Discussão de Resultados	73
Percurso e Análise da Reclamação	73
Frequência das Reclamações	77
Conteúdos das Reclamações	78
Grupos Profissionais / Relacionais	79
Especialidades ou Serviços / Relacionais	80
Características dos Reclamantes	81
Contra-Resposta do Utente	82
Medidas adoptadas pelos Serviços	83
Interpretação do Gabinete do Utente	84
Atendimento Presencial	87
Formação dos Funcionários	88
Conclusão	90

BIBLIOGRAFIA	98
LEGISLAÇÃO	103
	Pg.
ANEXOS	
Anexo 1 - <i>Carta de Direitos e Deveres dos Utentes na utilização do SNS</i>	105
Anexo 2 – Cópia de Folha de Registo do <i>Livro Amarelo</i>	109
Anexo 3 – Movimento de Reclamações entradas no Trimestre	111
Anexo 4 – Reclamações – Questionário – Estabelecimentos Hospitalares	113
Anexo 5 – STMR – Sistema de Tratamento e Movimento das Reclamações	116
Anexo 6 – Registos do Programa Sim-Cidadão	119
Anexo 7 – Guião de Entrevista	129
Anexo 8 – Grelha de Registo de Conteúdos	130

INDICE DE QUADROS

		Pg.
Quadro 1	Organização do Sistema Nacional de Saúde	26
Quadro 2	Cópias da Reclamação do <i>Livro Amarelo</i>	33
Quadro 3	Circuito Interno da Reclamação	34
Quadro 4	Tipologia das Reclamações segundo o STMR	35
Quadro 5	Movimento Trimestral de Reclamações	35
Quadro 6	Categorias de Reclamação no Relatório da DGS	36
Quadro 7	Valores Percentuais das Reclamações em 2003	37
Quadro 8	Matriz de Análise da IGS sobre as Reclamações	38
Quadro 9	Caracterização da Amostra	53
Quadro 10	Método de Cálculo da Fidelidade	47
Quadro 11	Indicadores para Análise de Conteúdo a partir do STMR	56
Quadro 12	Unidades de Registo apresentadas por Categoria	57
Quadro 13	Ficha de Codificação das Sub-categorias	58
Quadro 14	Unidades de Registo da Sub-categoria <i>Acolhimento</i> da Reclamação	59
Quadro 15	Unidades de Registo da Sub-categoria <i>Análise</i> da Reclamação	60
Quadro 16	Unidades de Registo da Sub-categoria <i>Categorização</i> da Reclamação	60
Quadro 17	Unidades de Registo da Sub-categoria <i>Tempo de Resposta</i> ao Utente	61
Quadro 18	Unidades de Registo das Sub-categorias de <i>Conteúdos das Reclamações</i>	62
Quadro 19	Unidades de Registo das Sub-categorias de <i>Comportamentos</i>	63
Quadro 20	Unidades de Registo da Categoria <i>Especialidades /Serviços</i>	64
Quadro 21	Unidades de Registo da Categoria <i>Reclamantes</i>	65
Quadro 22	Unidades de Registo da Categoria <i>Contra-Respostas</i>	66
Quadro 23	Unidades de Registo da Categoria <i>Medidas Adoptadas</i>	67
Quadro 24	Unidades de Registo da Categoria <i>Interpretação</i>	69
Quadro 25	Unidades de Registo da Categoria <i>Interpretação</i>	
	- sub-categoria – <i>Funcionários</i>	70
Quadro 26	Unidades de Registo da Categoria <i>Interpretação</i>	
	- sub-categorias – <i>Recursos e Factores circunstanciais</i>	71
Quadro 27	Unidades de Registo da Categoria <i>Atendimento Presencial</i>	71
Quadro 28	Unidades de Registo da Categoria <i>Formação</i>	72

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Tipologias mais frequentes nas reclamações	62
Figura 2	Unidades de Registo da Categoria “Grupos Profissionais” versus “Relacionais”	64

LEGISLAÇÃO

DENTIFICAÇÃO DO DIPLOMA

Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/87 (D.R. n.º 24, Série I, Suplem. 1987-01-29)
Presidência do Conselho de Ministros

Aprova normas relativas ao acolhimento e atendimento do público e à comunicação administrativa escrita, de natureza externa, a adoptar pelos serviços e organismos da administração central sempre que as circunstâncias o justifiquem e permitam.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/87 (D.R. n.º 156, Série I de 1987-07-10)

Presidência do Conselho de Ministros
Estabelece o sistema de recolha de sugestões para utentes da administração pública.

Lei n.º 48/90 (D.R. n.º 195, Série I de 1990-08-24)

Assembleia da República
Lei de Bases da Saúde.

Decreto-Lei 129/91 (D.R. n.º 76, Série I-A de 1991-04-02)

Presidência do Conselho de Ministros
Institui medidas de melhoria na receptividade dos serviços da Administração Pública aos utentes.

Decreto-Lei n.º 442/91 (D.R. n.º 263, Série I-A de 1991-11-15)

Presidência do Conselho de Ministros
Aprova o Código do Procedimento Administrativo.

Lei n.º 24/96 (D.R. n.º 176, Série I-A de 1996-07-31)

Assembleia da República

Estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores. Revoga a Lei n.º 29/81, de 22 de Agosto.

Resolução do Concelho de Ministros n.º 189/96 (D.R. n.º 276, Série I-B de 1996-11-28)

Presidência do Conselho de Ministros

Adopta medidas de modernização administrativa, designadamente institui o livro de reclamações com carácter obrigatório nos serviços e organismos da Administração Pública.

Portaria n.º 355/97 (D.R. n.º 123, Série I-B de 1997-05-28)

Presidência do Conselho de Ministros

Aprova o modelo do livro de reclamações a que se refere o n.º 12 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, de 28 de Novembro.

Decreto-Lei n.º 135/99 (D.R. n.º 94, Série I-A de 1999-04-22)

Presidência do Conselho de Ministros

Define os princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua actuação face ao cidadão, bem como reúne de uma forma sistematizada as normas vigentes no contexto da modernização administrativa.

Lei n.º 52/2006 (D.R. n.º 169, Série I de 2006-09-01)

Assembleia da República

Aprova as Grandes Opções do Plano da Saúde para 2007.

INTRODUÇÃO

Os modelos e as práticas em saúde estão relacionados com as transformações da organização política, das mudanças sociais e da concepção da relação Estado-sociedade civil. Em Portugal, na actualidade a Saúde é um sector controverso nas discussões das agendas políticas. A gestão da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde são consideradas prioridades. O reconhecimento da necessidade de se programar reformas na Administração Pública deu lugar a um novo quadro legal e à programação de reestruturações no Sistema Nacional de Saúde português. O Código do Procedimento Administrativo (Dec. Lei 442/91 de 15 de Novembro) que regula as relações entre a Administração Pública e os cidadãos confere maior qualidade às relações entre o cidadão e os serviços públicos.

As acções e programas para a saúde respeitam as metas e orientações dadas pela Organização Mundial de Saúde e possuímos um Plano Nacional de Saúde, o qual representa um “*instrumento fundamental de gestão*” que recomenda estratégias destinadas a sustentar o Sistema Nacional de Saúde.

Por outro lado, a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) estabeleceu a *Carta de Direitos e Deveres dos Utentes na utilização do SNS*). Neste documento oferece-se ao utilizador do Sistema Nacional de Saúde o direito a reclamar da entidade prestadora de serviços em saúde.

Estas medidas conferem um novo estatuto ao cidadão – o de participante activo na administração dos organismos públicos.

O cidadão é assim chamado a intervir e a avaliar as organizações e os profissionais através dos meios disponibilizados pelo Estado – o Gabinete do Utente, criado em 1986, e o *Livro Amarelo* introduzido em 1997. São assim introduzidas as primeiras práticas de comunicação em saúde em Portugal.

Vários organismos foram introduzidos, nas últimas décadas, com o objectivo de observar, avaliar e garantir a qualidade do funcionamento das instituições de saúde.

Verificamos a existência de organismos no sector da Saúde como sejam a Inspeção Geral da Saúde, a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, o Instituto da Qualidade (IQ), a Direcção Geral da Administração Pública (DGAP).

A inovação tecnológica tem sido também utilizada como veículo para favorecer a proximidade entre as entidades e o cidadão. Neste campo temos actualmente disponíveis variados sítios governamentais na *Internet* para divulgação de informação e comunicação directa com o cidadão.

Podemos hoje considerar que a organização dos sistemas públicos tem apresentado melhorias e aproxima-se cada vez mais do modelo de intervenção europeu. Não obstante, no Relatório da OMS sobre a Saúde Mundial em 2000, observa-se que o desempenho do Serviço Nacional de Saúde, em relação à “*equidade, eficiência, responsabilização e capacidade de resposta*” apresenta um nível deficiente de qualidade.

Efectivamente o Ministério da Saúde é aquele que apresenta maior número de reclamações dentro da Administração Pública e o estudo realizado pela Inspeção Geral da Saúde, em 2005, mostra que a utilização do *Livro Amarelo* tem vindo a crescer ao longo dos anos.

Quanto à qualificação das reclamações, o levantamento do ano de 2003 (DGS, 2004) demonstra que as reclamações mais frequentes são relativas “à falta de correcção e humanidade no atendimento e deficiente prestação de cuidados”. Também a análise desenvolvida pela Inspeção Geral de Saúde (IGS,2005) assinala que cerca que 30% das queixas registadas se enquadram na rubrica designada por “comunicação/informação” do utente com os profissionais e a organização de saúde.

No mundo académico variados estudos têm sido desenvolvidos no âmbito da saúde. Muitos autores apontam os benefícios da abordagem clínica centrada no doente e os resultados positivos na sua satisfação com os cuidados prestados. Os modelos mais recentes, aplicados à saúde, defendem práticas de intervenção que respeitam a dimensão *psicossocioecológica* do indivíduo.

Nesses modelos acentua-se as implicações e a importância da comunicação estabelecida entre o utente e os profissionais e instituições de saúde. Os modelos centrados na doença

são contestados. Começa a evidenciar-se que o delineamento de programas de melhoria do Sistema Nacional de Saúde requer a introdução dos aspectos comunicacionais nos projectos e planos para a saúde.

Do interesse por estas relações comunicacionais entre o utente e os prestadores de cuidados nasceu o delineamento deste trabalho de mestrado.

Os instrumentos e veículos formalizados para a comunicação utente/instituição, não foram ainda avaliados. O Gabinete do Utente conta com cerca de vinte anos de funcionamento e o *Livro Amarelo* está disponível há dez. Não obstante a sua utilização desconhece-se ainda o modo de rentabilização destes meios de comunicação para a melhoria das instituições e o seu contributo para a qualidade das relações entre o utilizador e o serviço. Também não temos dados qualitativos sobre a satisfação do utente com a orientação dada aos processos de reclamação apresentados na saúde.

De acordo com o problema formulado definimos os seguintes objectivos para o nosso estudo:

- a) Compreender e discutir o circuito do processo de reclamação nas unidades de saúde estudadas;
- b) Conhecer o método de análise e categorização das reclamações e a sua pertinência;
- c) Identificar a tipologia das queixas mais frequentes;
- d) Identificar focos de reclamação - especialidades ou áreas de atendimento e/ou grupos profissionais;
- e) Averiguar a frequência e qualificar os conteúdos das reclamações ligados à comunicação;
- f) Conhecer as relações entre a reclamação e as dinâmicas relacionais utente/funcionário;
- g) Delinear uma caracterização dos reclamantes;
- h) Conhecer o grau de satisfação do utente face à resolução dada à reclamação;

i) Compreender o uso do registo de reclamações na adopção de medidas de melhoria dos serviços.

Para a operacionalização destes objectivos utilizamos uma metodologia qualitativa. Elaboramos um guião de entrevista, aplicado a uma amostra de seis unidades de saúde públicas. Os representantes do Gabinete do Utente das instituições participaram no estudo, entre Junho de 2006 e Fevereiro de 2007 respondendo ao inquérito proposto. Os dados recolhidos foram analisados de acordo com as regras da técnica de Análise de Conteúdo.

Os resultados confirmam que as tipologias mais frequentes são a “organização e funcionamento dos serviços” seguida do “comportamento dos funcionários”. Aparecem muito associadas na mesma reclamação sendo que a segunda é decorrente da primeira. A sub-categoria “relacional” é transversal em vários grupos profissionais e áreas de atendimento. Nos hospitais verifica-se maior frequência de registos na Urgência.

Foram identificadas várias dificuldades no processo, desde a recepção ao tratamento estatístico e os dados apontam no sentido da diminuição gradual da qualidade do processo de reclamações ao longo dos anos. Os recursos físicos e humanos do Gabinete do Utente são insuficientes para as suas atribuições e o processo é considerado pelos técnicos como complexo e moroso. Na resolução dada aos processos, a introdução de medidas de melhoria nos serviços é pontual e frequentemente alheia a propostas do Gabinete do Utente. Não se identificou conteúdos claros para qualificar a avaliação do reclamante sobre a orientação dada à sua reclamação.

Concluimos que os mecanismos de comunicação que o Ministério da Saúde disponibiliza para interagir com o utente, através do Gabinete do Utente e do registo no *Livro Amarelo*, apresentam um esquema de funcionamento deficiente o qual não garante a sua qualidade e utilidade. Os recursos físicos e humanos disponibilizados para o tratamento das reclamações são escassos. Por fim, os registos daí provenientes são pouco rentabilizados para o estudo e adopção de mudanças, quer ao nível dos comportamentos individuais, quer na gestão do funcionamento das instituições do Sistema Nacional de Saúde.

Este trabalho é constituído por três segmentos. Na primeira parte apresenta-se os modelos e conceitos ligados à saúde. A revisão teórica faz o enquadramento do estudo na perspectiva

de vários autores da área da comunicação, nomeadamente em contexto de saúde e, por fim apresenta um levantamento dos estudos realizados. De seguida caracteriza-se o Sistema Nacional de Saúde português e os seus meios de comunicação com o utente, ou seja o Gabinete do Utente e o *Livro Amarelo*.

A segunda parte começa por descrever e justificar os materiais e procedimentos utilizados na investigação empírica. Em segundo lugar revela os dados obtidos e discute os resultados do estudo.

Por último pode consultar-se as conclusões deste trabalho nas quais se debate os objectivos iniciais mas também as opções metodológicas e os contributos para a continuação de iniciativas e trabalhos na área da comunicação em saúde.

PARTE I

REVISÃO DA LITERATURA

Cap. 1 – Saúde, Doença e Modelos de Intervenção

1.1. Conceitos de Saúde e Doença

O estudo de qualquer temática na área da saúde implica a delimitação dos conceitos de saúde e de doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) procurou uniformizar estes conceitos em 1948 referindo-se a “*um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade*”.

A definição foi alargada e a OMS salientou em 1986, na carta de Ottawa (OMS, 1986), os aspectos não apenas individuais mas também a dimensão “psicossocioecológica” da saúde. Nesta definição estão salientes a participação de vários factores – individuais, físicos e sociais, políticos e ecológicos. A promoção da saúde obtém desta forma um maior nível de co-responsabilização a) através da criação de ambientes físicos e sociais de suporte; b) pela definição de políticas públicas promotoras de saúde; c) pela participação activa de indivíduos e comunidade; d) pelo desenvolvimento de aptidões e competências individuais; e por fim, e) a reestruturação dos serviços de saúde.

Kleinman distinguiu os conceitos de *illness* e *disease*. Podemos dizer que *illness*, ou equivalente a “perturbação”, é a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, vivenciam, categorizam e dão atributos a esses sintomas. Articulam esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrem caminhos específicos em busca do tratamento. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. *Illness* será a resposta subjectiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente. Por outro lado, *disease* é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta no seu trabalho clínico.

É portanto, uma definição de disfunção, assente num substrato essencialmente biomédico. Uma das atribuições principais do médico é, então, “traduzir” o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença, ou seja, descodificar *illness* em *disease* (Kleinaman et. al, 1978; Kleinman, 1980).

Assim, como nos referimos a uma relação que se estabelece entre serviços e utentes, pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo procura o serviço de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes, entre *illness*, por um lado, e *disease*, por outro. Isto significa que quando nos referimos à comunicação paciente/profissional de saúde existe produção de significados de ambos os lados e devemos ter em conta a presença da cultura de cada grupo social.

Por último, o conceito de *sickness* transmite a identidade social ou o papel assumido por pessoas consideradas não saudáveis.

O modo como os utentes utilizam os serviços de saúde está relacionado com a sua satisfação com esses serviços mas também com as suas representações sobre a saúde e a doença (Gonçalves & Domingues, 2000).

Na perspectiva sociológica, a abordagem da doença tem sido reduzida à sua realidade orgânica (Adam & Herzlich, 1994) podendo contudo observar-se as suas significações sociais. Na opinião destes autores, quando um médico estabelece um diagnóstico, declara um indivíduo doente, ele faz um julgamento que ultrapassa o estado corporal, e assinala uma posição na sociedade.

O estudo da relação saúde-doença requer, na actualidade, a integração da abordagem sistémica dos modelos biopsicossociais, holísticos, ecológicos e multifactoriais (Ramos, 2004).

1.2. Modelos de Práticas em Saúde

A designação de “modelos em cuidados de saúde” refere-se frequentemente a “*um conjunto coerente de afirmações e objectivos associados a práticas de intervenção nos cuidados de saúde*” (Salmon, 2000, p.14).

Os modelos de referência para a saúde têm evoluído a par com o conhecimento proporcionado pela investigação científica e pelas mudanças sociais. Por sua vez a política para a saúde tem sido influenciada pelos modelos adoptados em cada época.

A par com o desenvolvimento histórico, político, social e científico, assim se observam diferentes modelos os quais introduzem diferentes critérios para a regulação das práticas em saúde.

Modelo Biomédico

Este modelo perdurou durante largo período de tempo na história ocidental e fundamentou as concepções e práticas em saúde. Ainda hoje os profissionais agem por referência a este modelo. Requer uma atitude profissional de neutralidade e total objectividade diante do diagnóstico e tratamento e demarca as doenças das suas representações e quase sempre das relações sociais. A doença pressupõe uma matéria objectivável e variados autores apontam a desvalorização das diferenças individuais e a vivência subjectiva da doença.

Assim se observou a evolução científica e tecnológica, que determinou para a medicina os papéis diagnóstico e terapêutico marcados pelo atendimento ao doente de forma *standartizada*.

“Os doentes são considerados em função da doença, privilegiando-se as tarefas em detrimento da comunicação. Do doente apenas se espera que passivamente aceite o que

lhes fazem sendo remetido ao papel de objecto em vez de sujeito dos cuidados” (Amaral, 2002, p.32).

No acto clínico predominam a racionalidade, o tecnicismo, a objectividade e o distanciamento relacional e deste modo as vivências do doente são neutralizadas.

Modelo Paternalista

Este modelo, introduzido por Parsons, em 1951, foi igualmente reconhecido como modelo “autoritário”, designação que decorre “*da obrigação do paciente obedecer às ordens médicas*” (Charavel, 2003, p.80). Neste tipo de práticas, o doente é um objecto/receptor passivo de informação clínica, sem qualquer participação, quer na doença quer no diagnóstico ou tratamento.

Modelo Informativo

Este modelo pressupõe maior implicação do doente. Cabe ao profissional em saúde disponibilizar o máximo de informação sobre a saúde e doença, bem como as terapêuticas existentes. Ao doente corresponde a tomada de decisão informada (Levine et al, 1992; Gafni et al, 1998, in Charavel, 2003, p.80).

Modelo de Decisão Partilhada

Este modelo configura maior cumplicidade na relação médico/doente. O paciente toma a decisão final com o auxílio do médico, ou seja, a decisão é conjunta. Este modelo integra uma dimensão interactiva entre os dois actores onde se formam “*a troca bilateral de informação, a decisão consensual e a discussão das opções terapêuticas*” (Elwyn et al, 1999, in Charavel, 2003, p. 84).

Modelo Holístico

Este modelo preconiza que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença. Considera a transformação de atitudes, representações e comportamentos de todos os envolvidos, ou seja, os utentes, os profissionais, os cidadãos e os decisores políticos.

Pressupõe o predomínio da valorização da relação interpessoal, pelo instrumento da comunicação e respeito pelos valores e cultura do utente e a promoção do auto-cuidado.

Os comportamentos e práticas terapêuticas são influenciados pelas concepções e representações que indivíduos e grupos constituem sobre a saúde sendo que diferentes influências culturais e modos de pensamento conduzem a dificuldades de comunicação entre profissionais e utentes (Ramos, 2004).

Kleinman (1980, in Ramos, 2004) identificou três modos coexistentes de assistência à saúde – a) o popular; b) o tradicional; o c) o profissional.

Os dois primeiros mais ligados à cultura e tradições dos grupos e no profissional a medicina ocidental. De acordo com o autor a maximização dos cuidados de saúde exige uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes e a compreensão das suas representações, crenças e valores culturais, nível de instrução, condições de vida, rede social de apoio e os seus contextos ecológicos.

Modelo Biopsicossocial

Este modelo abarca uma abordagem sistémica, integrativa do doente onde se admite que os processos emocionais, comportamentais e sociais estão conjuntamente implicados no desenvolvimento, evolução e prognóstico da doença (Stoudemire, 1998).

A investigação demonstra que a satisfação dos doentes resulta grandemente da dimensão biopsicossocial dos cuidados prestados, mais do que da avaliação da técnica ou outros factores instrumentais (Brody, Miller & Lerman, 1986).

Modelo Consumista

As formas mais recentes de políticas de organização dos serviços de saúde e suas práticas têm introduzido nas relações utente/profissionais de saúde duas noções – a de responsabilização do paciente pela sua própria saúde e a de exigência face ao sistema de cuidados. O conceito de satisfação face ao atendimento decorre da avaliação legítima de um cliente que utiliza os serviços de forma consumista (Silveira & Trindade, 1992).

Nesta perspectiva os aspectos comunicacionais tornam-se extremamente sensíveis na avaliação da relação prestador/cliente – a comunicação deficiente pode gerar desentendimentos que necessariamente se traduzem em insatisfação com os cuidados e por consequência na avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados (Salmon, 2000).

O modelo consumista critica a atitude paternalista ou autoritária consagrada no modelo biomédico. Neste padrão o técnico é presumivelmente o detentor de conhecimentos, é aquele que detém o poder sobre a técnica remetendo o doente a uma posição de dependência e aquiescência face aos procedimentos técnicos.

Não obstante, a consciência crescente de uma cidadania participante transformou estas expectativas mútuas. Tendemos, nos países ocidentais, para novos comportamentos onde o doente é um consumidor de serviços, passível de questionar, exigir esclarecimentos, e avaliar as técnicas utilizadas e a organização de saúde. De outro lado, é-lhe exigida maior responsabilização sobre o seu estado de saúde e adesão aos tratamentos.

Apesar da introdução desta lógica ainda verificamos a designação “utente”, que pressupõe direitos e deveres, ou seja obter a satisfação das suas necessidades e em simultâneo aceitar o serviço que lhe é oferecido . De outro lado, *o “cliente” não é sujeito a obrigações, mas exigências, concluindo-se que logo que haja acordo, o cliente deve ser satisfeito* (Silveira & Trindade, 1992, in Amaral, 2002, p.38).

Neste modelo consumista surge a medida da satisfação dos doentes para a avaliação dos cuidados de saúde, onde tem particular influência a componente relacional (Salmon, 2000).

Cap. 2 - A Comunicação

2.1. Definição do Conceito de Comunicação

A análise das dimensões comunicacionais inerentes às práticas em saúde leva-nos a definir *comunicação*. Este conceito apresenta grande complexidade e compreende em si próprio muitas outras variáveis conceptuais.

Teixeira (1997), ao elaborar uma sistematização teórica sobre as dimensões comunicacionais, refere que a comunicação *“só se define quando incorpora as dimensões não-dadas do evento comunicacional”*(p.8).

O mesmo autor considera que a noção de comunicação só se define completamente *“em uso”, “na relação concreta que pretendemos manter com os objectos e práticas que ocupam (constituindo) o espaço relacional e que efectivamente medeiam (condicionando) a nossa relação com os outros e com o-que-é-comum”*(p.8).

Em 1970, Dance (citado por LittleJohn, 1988, p. 37) analisou um conjunto de definições do conceito de «comunicação». Deste trabalho resultou a identificação de vários conteúdos, dos quais salientamos uma parte:

- os símbolos verbais (Hoben, 1954); a transferência (Ayer, 1955); o vínculo (Ruesch, 1957); a compreensão (Andersen, 1959); a interacção (Mead, 1963); o processo (Berelson & Steiner, 1964); estímulo (Newcomb, 1966); intenção (Miller, 1966).

Assim compreendemos a dificuldade na explicitação deste conceito.

Jean Claude Abric (1999) define a comunicação como o conjunto de processos pelos quais se realizam trocas de informações e de significações entre as pessoas numa dada situação social. Toda a comunicação é uma interacção entre dois interlocutores constituindo um acto social. Esta passa a ser o resultado de um processo em que o indivíduo interpreta, descodifica a situação e os comportamentos do outro em função da representação da

situação, onde jogam papel essencial a representação de si, a do outro e a do contexto social e cultural.

De acordo com Abric (1999), qualquer que seja a teoria de comunicação escolhida, todos os autores coincidem em considerar a eficácia da comunicação através do seu funcionamento circular. Toda a comunicação deverá analisar-se, organizar-se e realizar-se como uma interação dado que é o feed-back recíproco que garante as funções da comunicação.

2.2. Modelos de Comunicação

O trabalho de revisão teórica sobre a comunicação na área da saúde leva-nos a observar a existência de modelos comunicacionais aplicados à saúde e de modelos mais ligados às práticas em saúde. Não sendo fácil separar estas duas entidades, propomos ainda assim uma apresentação diferenciada, tendo por base que as políticas e as práticas em saúde são reguladas por modos de pensar que definem os seus próprios métodos e estratégias de aplicação nos referenciais teóricos da comunicação.

Os modelos da Comunicação são assim considerados como alternativas teóricas capazes de instrumentalizar as práticas.

Os modelos comunicacionais representam uma simultaneidade de paradigmas e neste trabalho consideramos aqueles que são mais pertinentes para a compreensão das dimensões comunicacionais envolvidas nas práticas de saúde.

Modelo “Unilinear”

O pressuposto deste modelo constitui-se pelo princípio da “unilinearidade“ do fluxo de informação e da causalidade *emissor-receptor*, veiculada por um *canal* (ou meio), e através de um *código* que chega ao receptor e produz uma *resposta* (efeitos).

Este modelo resulta das concepções da corrente *behaviorista* da Psicologia (E-R) e foi muito aplicado sobre o comportamento de grupo nos anos 30-40, na propaganda política durante a Segunda Grande Guerra, e também na publicidade comercial da indústria norte americana.

Este modelo deu lugar a variadas linhas de investigação e foi enriquecido a partir dos anos 50, contudo ele ainda é uma referência-matriz nas ciências da comunicação e em todas as áreas de estudo (Teixeira, 1997).

O mesmo autor, no seu estudo sobre Modelos Comunicacionais e Práticas de Saúde, considera que a relação entre o utente e os serviços de saúde ainda se apoia no “modelo linear” da comunicação e as experiências relacionais entre estes dois actores organizam-se de modo a reconhecer a “*soberania exclusiva da Tecnociência como centro dos sentidos no campo da saúde/doença*” (p.23).

Modelo Dialógico

O modelo dialógico pressupõe que a comunicação resulta de um “diálogo” entre os intervenientes. Ao contrário do modelo anterior, este considera que o diálogo participativo é um instrumento essencial porque assegura uma “eficácia retórica” que permite reconhecer e transformar os saberes. Resulta da comunicação um processo de transformação da realidade de um sujeito e da sua relação com outros intervenientes.

Opõe-se e critica a ética do modelo linear por considerar que este faz uso da comunicação para a aplicação de estratégias “persuasivas” (Rocha Pitta, 1994, in Teixeira, 1997, p.22).

Modelo Estrutural

Este modelo considera que o sentido da comunicação remete para as operações realizadas por emissores e receptores que podem ser reconstruídas a partir das próprias mensagens. “*O sentido que transmite (uma mensagem ou acção) está determinado pelas suas regras de codificação. Estas regras não se manifestam nunca na própria acção, é necessário reconstruí-las a partir da acção*” (Véron, 1970, in Teixeira, 1997, p. 24).

Neste esquema, o sentido é dado *a posteriori*, não se confundindo com o “conteúdo” dos pontos de vista dos emissores/receptores presentes no acto de comunicação. A compreensão dos processos comunicacionais dependeria das regras de codificação e decodificação que estão inscritos no próprio meio. Emissores e receptores são observados como “objectos” de uma rede de relações e trocas “estruturadas”.

Este modelo opõe-se aos dois anteriores por questionar a sua validade, uma vez que põe em causa o carácter da participação do sujeito nos processos de produção de sentido, nas trocas comunicacionais, tal como são concebidas nos modelos linear e dialógico.

Modelo Diagramático

A comunicação traduz um diagrama de uma rede da qual todos os intervenientes participam. O sentido da mensagem resulta da grande rede de objectos e práticas partilhada que é o “contexto” o qual corresponde ao próprio alvo dos actos de comunicação.

Segundo Lévy (citado por Teixeira, 1997, p.27) “*o jogo da comunicação consiste em, através de mensagens, precisar, ajustar, transformar o contexto partilhado pelos parceiros. Ao dizer que o sentido duma mensagem é uma função do contexto, não se define nada, já que o contexto, longe de ser uma dado estável, é algo que está em jogo, um objecto perpetuamente reconstruído e negociado*”.

A perspectiva da comunicação como um *sistema* trouxe outras formas de pensar sobre a relação entre os intervenientes e as influências no acto de comunicar, conduzindo à criação de modelos intermédios :

O Modelo de Comunicação Interaccionista Sistémico, desenvolvido por G. Mead em 1934, e actualizado em 1963 pelo mesmo autor, observa que uma interacção tem lugar quando uma unidade de acção produzida por um sujeito A age como estímulo duma unidade de resposta num outro sujeito B e vice-versa. Observa-se assim numa comunicação influências recíprocas e simultâneas que intervêm entre dois actores. Como uma interacção está enquadrada num conjunto, um “sistema de interacções”, possui características próprias

dos elementos isolados. Assim, o comportamento de cada interveniente decorre no conjunto de implicações mútuas, acções e retroacções. Compreender o significado dum comportamento, enquanto unidade de comunicação, exige recolocá-la no sistema total. Como modelo interaccionista e sistémico, a comunicação é definida como a “participação dum indivíduo a um sistema de interacções que o liga a outros”.

O “**Modelo da Orquestra**” tem a sua origem nas teorias do “colégio invisível” (Bateson, Jackson, Ericson, Watslawick...) que redefiniram, nos anos 70, os estudos sobre a comunicação. Esta é observável a vários níveis e desenrola-se em contextos múltiplos. O indivíduo participa num desempenho colectivo, como um músico que acompanha uma orquestra. Nesta participação do conjunto, o indivíduo orienta-se por regras ou códigos aprendidos por aculturação. Desta forma, a comunicação define-se como uma produção colectiva dum grupo que trabalha para essa finalidade, sob a orientação dum líder.

O chamado “**Modelo Situacional**”, na mesma época, propôs a divisão da comunicação em duas dimensões: o conteúdo (dimensão digital) e a relação (dimensão analógica). Esta abordagem alargou o enquadramento da comunicação ao integrar as “relações” entre os actores. O sentido da comunicação é traduzido pelos contextos implicitamente presentes na comunicação (espacial, temporal, relacional imediato, cultural, expressivo das identidades).

De acordo com o “**Modelo do Hipertexto**”, a comunicação é um “debate” que tem lugar entre actores ligados numa estrutura social e o conjunto de comunicações produzidas constitui a “negociação implícita” entre os actores.

O modelo permite identificar as formas sistemáticas como os actores organizam os seus argumentos e as suas intervenções assim como as soluções propostas, os jogos rituais e as motivações latentes.

Nos últimos anos o Sistema Nacional de Saúde tem dado importância às questões da comunicação. Em primeiro lugar o acesso à informação. Espera-se que a disponibilidade da informação possa suscitar um comportamento “participativo” do cidadão, quer no seu estado individual de saúde, quer na gestão do próprio sistema de saúde.

Mas a disseminação da informação, por si só, não tem demonstrado resultados significativos. Segundo R. Teixeira (1997), o Modelo Linear da comunicação tem sido o mais dominante e duradouro na saúde. Demonstra porém a sua insuficiência, e as simples acções de informação em saúde, não produziram as atitudes e comportamentos esperados pelas instituições. Cada vez mais se considera a dimensão participativa do utilizador dos serviços e aqui é o Modelo Diagramático que possibilita compreender os aspectos qualitativos da comunicação na saúde .

2.3. A Comunicação e a Saúde

C. Teixeira (1998) considera que a Comunicação em Saúde diz respeito “*ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde*”.

E assim, a necessidade, em vários países, de desenvolver linhas de investigação aplicadas a determinados sectores da sociedade, impulsionou a aplicação do conhecimento sobre a comunicação a áreas como a educação, a saúde, ou outras.

R. Teixeira (1997) diferencia as “*dimensões comunicacionais das práticas de saúde*” das “*práticas de comunicação em saúde*”. A primeira noção é mais abrangente e necessariamente inclui as próprias “*práticas de comunicação em saúde*”(p.15):

Dimensões comunicacionais - “*remete para o conjunto dos objectos e práticas vistos como autênticos meios comunicacionais, na medida em que deles nos servimos, entre*

outros objectos e práticas sociais, para colocarmos em movimento as nossas transmissões”.

Práticas de comunicação – “*um explicitador eminente do modus circulandi imperante neste especial sistema de objectos*”.

A articulação estabelecida entre o campo da comunicação e o da saúde está implícita na perspectiva deste autor e pode dizer-se que na interface destes campos encontramos a noção de *comportamento*.

Na saúde, os modelos da comunicação, e os métodos desenvolvidos a partir deles, são observados na identificação e mudança de comportamentos nocivos. A OMS preocupa-se em recomendar uma configuração para as práticas de saúde de modo a prevenir os “*comportamentos de risco das populações*”, o que se supõe ser viável apenas pela “*adopção de estilos de vida saudáveis*”.

2.3.1. Estudos realizados na Comunicação em Saúde

A Comunicação entre o prestador de cuidados de saúde e o doente tem sido objecto de variados estudos. Pode entender-se este binómio em dois níveis: - doente/profissional de saúde ou doente/organização de saúde.

Gonçalves & Domingues (2000) defendem que um programa de qualidade do serviço público assenta num compromisso entre as expectativas dos profissionais e o seu

envolvimento com as populações. Neste processo assumem um papel determinante as questões comunicacionais e culturais.

No estudo realizado por estes autores, sobre Práticas e Representações do Serviço Público de Saúde, os utentes inquiridos referem desejo de reclamar do atendimento prestado. Contudo, estas queixas não chegam a ser formalizadas. Referem como motivo a crença na passividade dos serviços face às reclamações e no seu receio de retaliações futuras. As reclamações existentes concentram-se no atendimento administrativo, no tempo de espera, e em alguns casos referem-se aos médicos.

De acordo com Carrachás (2003) a qualidade no atendimento ao utente envolve quatro aspectos: a) a rapidez do atendimento; b) o nível de aceitabilidade dos serviços prestados; c) a adequação entre o diagnóstico e o processo terapêutico e d) a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Todavia a qualidade de um serviço requer a participação e responsabilização de todos os envolvidos – profissionais, utentes e políticas – e a reclamação constitui não só um indicador de qualidade mas também uma ferramenta de análise e de mudança para os próprios serviços. De acordo com Carrachás (2003), a humanização do atendimento pressupõe a acessibilidade, a escuta activa do utente, uma resposta positiva e a responsabilidade partilhada pela solução do problema.

Segundo a perspectiva de Cruz & Carvalho (1998) a reclamação constitui uma oportunidade de melhorar, cumprir, compreender as falhas de um sistema e tentar melhorá-lo. A maioria das pessoas não reclama perante um serviço porque é desagradável apontar defeitos ao serviço que recebeu, ou não sabe a quem se dirigir para apresentar a reclamação, ou porque as reclamações não são tratadas levando o utente a pensar que não vale a pena reclamar. Ou em alguns casos pode ter receio de ter retaliações. É exemplo disto a assistência médica onde o paciente está numa situação debilitada e uma posição de inferioridade uma vez que necessita da ajuda do médico, logo tende à não reclamação ainda que se sinta insatisfeito.

Alguns autores defendem que estas medidas representam as primeiras propostas de práticas de comunicação em saúde, estipuladas entre os utentes e as instituições, formuladas pelos organismos políticos portugueses.

Em Portugal, na última década, tem-se discutido a necessidade de adoptar políticas de racionalização dos serviços, onde se introduz a lógica da gestão de tipo empresarial. Daqui partiram projectos, alguns a funcionar, sem que se conheça ainda se esta relação qualidade/custo contribui para a satisfação dos utentes.

Não obstante o insucesso apontado á organização institucional pode ainda atribuir-se aos profissionais a rotineira colaboração e aos utentes a inadequada utilização dos serviços (Gonçalves & Domingues, 2000).

Todos estes comportamentos e atitudes têm contribuído para o agravamento das relações entre os utentes e os profissionais das instituições públicas de saúde com a consequente insatisfação mútua. Na relação clínica a literatura tem dado preferência à díade médico/doente e actualmente variados trabalhos demonstram que a comunicação entre o paciente e o seu médico influencia a vivência de saúde e doença (Trindade, 1996) sendo as disfunções comunicacionais apontadas como geradoras de stress emocional para o paciente (Teixeira, 1996; Trindade, 1996). A eficácia da comunicação entre ambos, tem sido medida através de indicadores como a informação prestada, a satisfação verbalizada pelo paciente, e os níveis de ansiedade, por vezes relacionados com os estilos de *coping* do paciente.

De acordo com Onga et al.(1995) podem identificar-se três objectivos na comunicação médico-paciente : a) criar uma boa relação interpessoal; b) trocar informação clínica; c) tomar decisões terapêuticas. Identificam diferentes estilos comunicacionais – instrumental (orientado para o tratamento) e afectivo (orientado para os cuidados) - e os seus resultados como sejam a satisfação, a cumplicidade e aderência ao tratamento e recordação e compreensão da informação prestada pelo médico.

Barry et al. (2001) analisaram 35 entrevistas clínicas e identificaram os seguintes padrões de comunicação médico-paciente : a) ambos, médico e paciente, utilizavam exclusivamente a “linguagem da medicina” com acento nas queixas físicas; b) ambos incluíam aspectos da vida pessoal e quotidiana com acento nas vivências (problemas físicos e psicológicos); c) médico e doente usavam linguagens diferentes. Os dados sugerem que os resultados são mais pobres se o paciente utiliza a linguagem das vivências mas é ignorado ou impedido pelo médico e este usa a linguagem da medicina.

Uma comunicação satisfatória exige assim a partilha de significados por parte dos interlocutores.

Diversos estudos demonstram que a comunicação deficiente contribui para a insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde (Ferreira, 2003). Estes estilos comunicacionais reflectem-se nas atitudes e comportamentos dos técnicos de saúde e na adaptação do paciente à doença e adesão à terapêutica.

Não obstante, a aquisição de competências comunicacionais tem sido negligenciada, na formação dos profissionais de saúde, com perdas na qualidade, quer da relação com o doente, quer do processo clínico (Bertman, Wertheimer & Wheeler, 1986).

Uma forma de avaliação da satisfação do doente é a análise das queixas formalizadas pelos doentes. Levinson et al. (1997) compararam os registos das queixas dos doentes com os estilos comunicacionais dos clínicos. Concluíram que os médicos que nunca tinham sido alvo de uma queixa faziam consultas mais longas, apresentavam mais sentido de humor e facilitavam a participação dos doentes.

Por outro lado, a investigação desenvolvida por Speedling & Rose (1985) levou os autores a concluir que a satisfação manifestada pelos pacientes é uma medida insuficiente da qualidade da relação do paciente com o clínico. Os dados sugerem que ao encorajar a participação do doente nos cuidados de saúde aumenta o sucesso das terapêuticas. De acordo com estes autores uma forma de se favorecer a qualidade dos cuidados é pois incluir as preferências dos doentes no processo de decisão terapêutico.

Estudos posteriores (Flocke, Miller & Crabtree, 2002) apresentam resultados semelhantes e mostram que a satisfação do paciente aumenta quando o médico se centra no doente e as consultas são mais prolongadas.

Por outro lado, para avaliar a influência do estilo comunicacional do médico foram estudados 160 médicos da especialidade de oncologia, sujeitos a um treino específico de aptidões comunicacionais, e questionados os seus doentes quanto à satisfação, antes e após três meses de formação dos médicos. Os resultados do treino não foram significativos na satisfação dos pacientes (Shilling, Jenkins & Fallowfield, 2003).

Outros autores consideram que o melhor preditor da satisfação do paciente com os cuidados prestados é a confiança no médico (Kao, 1999; Thom, 2002). Estudos realizados em 414 pacientes de 20 médicos de família revelaram que os factores mais relacionados com a confiança estão associados a atitudes como sejam confortar, cuidar, encorajar, responder às questões do paciente e a competência técnica. Foram assinalados como menos importantes a discussão de opiniões ou o tratamento igualitário.

Bensing (1991) estudou um grupo de pacientes da consulta de hipertensão realizada por clínicos gerais com a preocupação de avaliar a qualidade dos cuidados psicossociais prestados aos pacientes. Em 95% dos casos encontrou variáveis ligadas à comunicação e os dados mostraram que a conduta afectiva não-verbal tinha elevada correlação com a satisfação dos pacientes.

Podem distinguir-se três componentes na prestação de cuidados de saúde – a técnica, a interpessoal e a das amenidades (Donabedian, 1989). A técnica refere-se ao nível de aplicação da ciência e tecnologia médica e é avaliada pela efectividade. A interpessoal reporta-se à interacção utente/prestador, e pode ser analisada em duas componentes: a instrumental que diz respeito à troca de informação e a sócio-emotiva que se refere à troca de conteúdo afectivo. As amenidades traduzem as características do estabelecimento como sejam o conforto, os equipamentos, a alimentação, etc.

A apreciação dos cuidados de saúde estaria, segundo este autor, dependente destas componentes percebidas pelos utentes.

Roter(1989), citado por McIntyre & Silva, 1999 elaborou e analisou 41 estudos sobre a relação satisfação do utente/comportamento médico e concluiu que receber informação sobre a doença e terapêutica era o factor mais importante para a satisfação. Outra categoria identificada foi a atitude de escuta, facilitação do diálogo e compreensão do problema por parte do clínico. Relaciona ainda com estes aspectos uma relação afectiva positiva entre ambos traduzida nos indicadores *simpatia, escuta, interesse, apoio emocional e inclusão de temas não-médicos* no diálogo médico/doente.

No estudo desenvolvido por Santos (1993) avaliou-se a importância das relações interpessoais com os prestadores na avaliação da qualidade global dos cuidados prestados, num grupo de 295 doentes. Foram consideradas questões relativas ao interesse, amabilidade e informação prestada pelos profissionais (médicos e enfermeiros). Concluiu-se que, embora os doentes discriminem as várias componentes dos cuidados, a sua opinião global é fortemente marcada pela avaliação que fazem das relações interpessoais.

A investigação levada a cabo por McIntyre & Silva (1999) relativa à satisfação de uma amostra de utilizadores do SNS da Região Norte apresenta taxas de insatisfação de 32% ao nível da comunicação/informação. Nas relações interpessoais os itens que produziram taxas de insatisfação mais elevadas (cerca de 40%) são o apoio emocional e o interesse pelo contexto psicossocial de vida do utente. Não se verificam diferenças significativas entre Centros de Saúde e Hospitais nestas dimensões referidas. Por fim, os preditores mais importantes da avaliação global do utente são as variáveis do acesso e da componente mais humana dos cuidados (relações interpessoais; comunicação/informação).

Nascimento & Jesuíno (2003) questionaram 425 sujeitos no sentido de avaliar a satisfação dos utentes e os factores associados. Os resultados obtidos revelaram que a satisfação geral é determinada pelas necessidades e desejos dos pacientes, pela qualidade dos serviços, pela *desconfirmação* das expectativas e, em menor grau, pela confiança depositada nas instituições de saúde. À semelhança do estudo referido anteriormente, é a componente relacional a principal determinante da satisfação geral com os serviços recebidos.

O nível macro da Comunicação compreende a perspectiva do prestador de cuidados de saúde enquanto estrutura, organização, sistema. Neste campo podemos referir as várias camadas da comunicação – começando nas políticas para a saúde (nacionais, europeias e internacionais) e as suas atribuições, passando pela organização administrativa regional e sub-regional do sistema de saúde, a gestão da instituição até à direcção e orientação dada a cada serviço.

Cap. 3 - O Sistema Nacional de Saúde Português

Portugal garante aos seus cidadãos, na Constituição da República, em 1976, “*o direito à protecção na saúde*” com a criação de um Serviço Nacional de Saúde “universal, geral e gratuito”. A primordial preocupação do Estado português foi durante as últimas décadas a questão da acessibilidade que obrigou à criação e expansão de infraestruturas e colocação de profissionais.

Mais recentemente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) acresce o desafio de não só proporcionar melhor acesso dos serviços às populações, mas também de desenvolver um funcionamento de maior qualidade onde coincidem a gestão rentável das instituições e a satisfação dos utentes.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 47/90, de 24 de Agosto), o SNS é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo Conselho de Administração da respectiva administração regional de saúde.

O SNS é o conjunto de instituições e serviços que têm por objectivo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

O conjunto de serviços divide-se em Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados e Cuidados de Saúde Mental.

Em 2001 a oferta de cuidados de saúde era assegurada por 363 Centros de Saúde (Portugal Continental) com 1797 extensões. A rede hospitalar era composta por 88 hospitais, dos quais 13 centrais, 40 distritais, 22 de nível um e 13 especializados (Min. Saúde, 2004).

O SNS abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em condições semelhantes aos oferecidos pelo SNS.

Fazem parte do SNS os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação jurídica; as unidades locais de saúde, os Centros de Saúde e os agrupamentos de centros de saúde. Os serviços públicos de saúde têm por objectivo prestar à população cuidados de: - prevenção e tratamento da doença; - reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes; informação sobre assuntos relacionados com a saúde e formas de a manter e promover; informação sobre o funcionamento dos serviços.

A porta de entrada do SNS pode considerar-se localizada nos Centros de Saúde sendo que os Hospitais estão vocacionados para as urgências e especialidades médicas.

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos oriundos de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, e os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal.

Quadro 1 – Organização do Sistema Nacional de Saúde

Ministério da Saúde		
<u>Hospitais</u>	<u>ARS / Centros de Saúde</u>	<u>Contratos / Convenções</u>
Regiões de Saúde do Norte; do Centro; de Lisboa e Vale do Tejo; do Alentejo; do Algarve.	Aveiro; Beja; Braga; Bragança; Castelo Branco; Coimbra; Évora; Faro; Guarda; Leiria; Lisboa; Portalegre; Porto; Santarém; Setúbal; Viana Castelo; Vila Real; Viseu.	Estabelecimentos privados e profissionais liberais.

Para além do SNS existem diversos subsistemas de saúde, criados no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de

cuidados de saúde aos seus trabalhadores e associados. Diversas instituições de saúde privadas e profissionais em regime liberal completam a oferta de cuidados de saúde.

3.1. Direitos e Deveres dos Utentes do SNS

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) estabeleceu a *Carta de Direitos e Deveres dos Utentes na utilização do SNS* (Min. Saúde, 1997). Em matéria de reclamações consagra-se ao utilizador do Sistema Nacional de Saúde o direito a reclamar e da entidade prestadora de serviços em saúde (Anexo 1).

Direitos dos Utentes

Os Utentes têm direito a a) escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras da organização; b) decidir, receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei; c) ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito; d) ter rigorosamente respeitada a confidencialidade dos dados pessoais; e) ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado; f) receber assistência religiosa; g) reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos; h) constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses; i) constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, formulada pelo Ministério da Saúde, e no que respeita aos pontos mais relacionados com este trabalho, podemos ler o seguinte:

1. “ Respeito pela dignidade humana”

“Deve ser respeitado por todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados quer no que diz respeito à prestação técnica, quer ao acto de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes que deve efectuar-se dentro de uma perspectiva humanizada”.

12. Sugestões e reclamações”

“Deve ser reconhecida a capacidade do doente para, por si, ou por organizações representativas, avaliar a qualidade das prestações e apresentar sugestões e reclamações. As informações assim obtidas devem ser objecto de análise e constituir um conjunto de dados susceptível de introduzir correcções na organização, de forma a adequá-la a uma maior garantia da satisfação da comunidade em que actua. Esta interacção obriga a que aos doentes seja sempre dado conhecimento, em tempo útil, do seguimento das suas sugestões ou reclamações.”

Deveres dos Utentes

Segundo a mesma Lei de Bases, os utentes do SNS devem a) respeitar os direitos de outros utentes; b) observar as regras de organização e funcionamento dos serviços; c) colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação; d) utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas; e) pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

A participação do utente do SNS na avaliação da qualidade dos cuidados e serviços de saúde pode resultar de várias formas – individual, através do preenchimento de uma queixa, ou colectiva, associando-se a grupos ligados aos estabelecimentos de saúde. A lei prevê ainda a participação dos cidadãos em órgãos consultivos dos Hospitais e Centros de Saúde, se organizados em Ligas de Utentes ou Amigos do Hospital, ou serem elementos das autarquias.

3.2. A Utilização dos Serviços de Saúde pelos Utentes

De acordo com a pesquisa realizada por Béresniak & Duru, em 1999, na população portuguesa, a procura dos serviços de saúde reparte-se de forma heterogénea na população variando de acordo com a idade e o sexo e é influenciada por factores socioculturais. São os idosos quem, em geral, utiliza mais os serviços de saúde (consultas médicas, serviços de enfermagem, medicamentos, análises laboratoriais ou internamentos). Estes números estão associados a um acréscimo de enfermidades proporcional à idade e devido ao aumento da esperança média de vida.

As mulheres recorrem mais aos cuidados de saúde que o sexo masculino facto que aparece relacionado com uma maior vigilância sobre sinais e sintomas mas também pelo acompanhamento da gravidez e maternidade.

As crianças são também responsáveis por muito do acesso às instituições de saúde. Devido à sua fragilidade, pelas doenças infecto-contagiosas e pela sua exposição a acidentes domésticos e rodoviários.

Os indivíduos enquadrados em categorias socioprofissionais mais diferenciadas, assim como os do sector agrícola utilizam menos os serviços de saúde. Pelo contrário, os grupos ligados às actividades da indústria recorrem frequentemente ao sistema de saúde.

Cap. 4 - A Reclamação e a Sugestão dos Utentes

Em Portugal dispomos de dois sistemas para o registo das queixas; o “Livro Amarelo” e o “Livro de Reclamações”. O primeiro é disponibilizado para utilização dos utentes dos Hospitais e Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O segundo é o meio ao dispor dos utentes das unidades privadas de saúde.

Os utentes das unidades de saúde têm o direito de, quando se sintam descontentes com a sua actuação, o comunicarem àquelas entidades e às instâncias superiores, utilizando os mecanismos de registo e tratamento das reclamações legalmente estabelecidos.

No SNS as reclamações podem ser registadas no “Livro Amarelo” o qual deve encontrar-se disponível em todos os locais de atendimento público. Também o Gabinete do Utente, através de um representante da unidade de saúde, deve acolher verbalmente a reclamação ou disponibilizar impresso próprio para o efeito (Anexo 2). O utente pode ainda optar por dirigir carta à Direcção da instituição ou a organismos superiores como sejam a Direcção Geral da Saúde, a Inspeção Geral da Saúde ou o Gabinete do Ministro da Saúde.

Outra forma de comunicar uma reclamação pode ser por via das organizações profissionais. Estas podem recepcionar, analisar e encaminhar as queixas dos doentes se possuírem um órgão responsável por estas competências. É o caso da Ordem dos Médicos (O.M.) que dispõe do Gabinete do Doente. Tem a função de analisar as queixas dos doentes face aos médicos, e avaliar a existência de negligência profissional, numa perspectiva ética e deontológica. A reclamação começa por ser recebida por escrito e é posteriormente solicitado ao doente que apresente presencialmente a sua queixa. Para este efeito é

destacado um médico da especialidade em causa para receber a queixa. Nos casos em que há matéria para considerar a negligência profissional, o caso é encaminhado para o Conselho Disciplinar da O.M. Se não existe fundamento para uma participação o atendimento é mais orientado para a informação e apoio ao doente, recorrendo por vezes à mediação entre o doente e o clínico.

De acordo com Escalda (2006) este órgão recebeu, no ano anterior, 260 reclamações que retratam variados tipos de situações, nem sempre directamente relacionadas com os objectivos deste organismo, sendo portanto encaminhadas para os serviços mais adequados. Cerca de 25% das queixas resultaram em procedimento disciplinar. Das restantes, a maior parte refere-se a atrasos do médico.

As reclamações são mais frequentes nas especialidades de ginecologia/obstetrícia, relacionadas com os partos, ortopedia e clínica dermoestética.

Em cerca de 25% das queixas escritas os queixosos não comparecem na O.M.

Escalda (2006) considera que a importância deste gabinete passa pela escuta presencial, o reconhecimento dos motivos do queixoso e não tanto o procedimento disciplinar formal. Refere ainda que é cada vez mais frequente o tipo de queixa em que o doente manifesta a explícita intenção de mudança da atitude do médico, “*que não seja tão rude*” na relação com o doente. Nestes casos, o Gabinete do Doente contacta o médico envolvido, e eventuais testemunhas, e medeia a conciliação com o doente.

4.1. O Gabinete do Utente

O Gabinete do Utente foi criado pelo Despacho Ministerial de 26/86, de 24 de Julho. Funciona, em cada distrito, na sede da Sub-região de Saúde e também nos Centros de Saúde e nos Hospitais.

De acordo com as determinações formuladas pelo Ministério da Saúde, tem as seguintes competências:

- Informar os utentes sobre os seus direitos e deveres relativos aos serviços de saúde;

- receber as reclamações e sugestões sobre o funcionamento dos serviços ou o comportamento dos profissionais;
- redigir as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, na impossibilidade do utente;
- receber as sugestões dos utentes.

Compete ainda ao Gabinete do Utente o acompanhamento diário dos registos no **Livro Amarelo**, o preenchimento de mapas estatísticos e a elaboração periódica de relatórios de actividades.

4.2. O Livro Amarelo

De acordo com a aprovação da Portaria 355/97, de 28 de Maio, o Livro Amarelo foi introduzido nos locais de atendimento público *“Tendo em vista assegurar uma melhor administração, com mais cidadania, garantindo que os utentes dos serviços públicos tenham um meio célere e eficaz de exercer o seu direito de reclamação, sempre que entenderem que não foram devidamente acautelados os seus direitos ou que não foram satisfeitas as expectativas no que diz respeito às exigências de atendimento definidas por lei (...)”*.

O *Livro Amarelo*, ou de Reclamações, tem carácter obrigatório para os serviços da administração pública. Foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º189/96 e tem por objectivo prevenir eventuais conflitos entre os cidadãos e a administração.

Nos Centros de Saúde e Hospitais públicos, o Livro de Reclamações deve estar disponível em todos os locais onde se efectue atendimento público e a sua existência ser divulgada de forma visível.

O *Livro Amarelo*, é modelo exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda (Anexo 2). As folhas do Livro Amarelo dispõem de original e três vias destacáveis de cores diferenciadas. Os procedimentos foram actualizados através do Dec. Lei n.º135/99 e, no caso de reclamações no âmbito do Ministério da Saúde, utiliza-se o seguinte procedimento:

- entrega ao utente da via verde;
- envio, no prazo de 30 dias úteis, da via amarela ao Gabinete do Sr. Ministro da Saúde;
- envio simultâneo, em 30 dias úteis, da via azul ao Gabinete do Sr. Director Geral da Administração Pública;
- no prazo referido os serviços e estabelecimentos devem, sempre que tal se justificar, adoptar medidas rectificativas das situações objecto de reclamação;
- no envio das vias amarela e azul as mesmas deverão ser acompanhadas da resposta dos Serviços e Estabelecimentos face à referida reclamação, através de modelo próprio;
- na mesma data o reclamante deve ser também informado pelo serviço ou estabelecimento, da resposta que recaiu sobre a reclamação apresentada, através do mesmo modelo.

Todo o processo administrativo e averiguação interna da reclamação, assim como a elaboração da resposta final ao utente são veiculados pelo Gabinete do Utente.

Os procedimentos relativos ao tratamento das reclamações, registadas no respectivo livro, foram actualizados através do Dec. Lei n.º135/99. Este diploma estabelece que a autenticação do livro compete ao dirigente máximo do serviço e ainda a obrigatoriedade de remeterem cópias do livro ao gabinete do membro competente e ao Secretariado para a Modernização Administrativa, acompanhadas da respectiva informação, medidas correctivas adoptadas pelo serviço e resposta ao reclamante.

Quadro 2 – Cópias da Reclamação no Livro Amarelo

Utente	Gabinete do Ministro da Saúde	Direcção Geral da Administração Pública
--------	----------------------------------	---

A Resolução do Conselho de Ministros n.º6/87, de 29 de Janeiro, estabelece por sua vez que para facilitar o processo de reclamações e sugestões devem ser colocados à disposição dos utentes impressos próprios, e ainda que todas as reclamações apresentadas devem ser objecto de uma resposta por escrito. Estas normas são posteriormente alargadas a todos os serviços de saúde através do Despacho 27/87 do Ministério da Saúde. A Resolução do

Conselho de Ministros 36/87, de 10 de Julho e o Dec.Lei 129/91, de 02 de Abril acrescentam ainda a obrigatoriedade de se colocar em todos os serviços caixas para a recolha de opiniões e sugestões.

Quadro 3 – Circuito Interno da Reclamação

Utente	- Participa a Reclamação no serviço onde se encontra ou no Gabinete do Utente - Regista no Livro Amarelo
Gab. Utente	- Remete cópia da Reclamação ao Director de Serviço; Conselho de Administração ou Director do Centro de Saúde
Direcção	- Analisa e dirige reclamação ao serviço respectivo para se pronunciar sobre a situação registada
Chefe Serviço	- Analisa e solicita ao funcionário envolvido (se for o caso) para dar parecer sobre a situação exposta.
Gab. Utente	- Recebe a queixa e elabora resposta final para o utente - Envia cópias às entidades respectivas

As unidades de saúde têm a obrigatoriedade de envio de mapas estatísticos para as entidades competentes. São remetidos trimestralmente os registos da data, hora e tipologia da queixa à tutela de cada instituição, Ministério da Saúde ou ARS, conforme se trate de Hospital ou Centro de Saúde (Anexo 3). Anualmente os dados são também remetidos à Inspeção Geral da Saúde (Anexo 4).

As reclamações, depois de analisadas, remetidas á Direcção, e respondidas ao utente, são categorizadas de acordo com as tipologias propostas pelo programa informático criado para o tratamento das reclamações, o STMR (Anexo 5).

Esta estatística é introduzida no programa informático STMR, no final de cada ano pela instituição de saúde e os dados globais nacionais recebidos nos organismos governamentais.

O programa STMR permite enquadrar as reclamações em três grupos os quais são subdivididos em sete sub-grupos, conforme se observa no Quadro 4:

Quadro 4 - Tipologia das Reclamações segundo o STMR

Grupo	Sub-grupo
- Atitudes / Comportamentos	- Relacionais
- Leis / Normas / Regras	- Técnico-profissionais
- Organização / Gestão	- Leis / Normas/ Regras
	- Acesso
	- Amenidades
	- Estrutura/ instalações/ equipamentos / pessoal
	- Funcionamento

No mapa relativo ao “Movimento de Reclamações entradas no trimestre” (Anexo 3) constam os elementos referidos no Quadro 5 referentes à tipologia da reclamação, ao grupo profissional envolvido, a decisão proferida e o tempo de resposta, quer ao utente quer à Inspeção Geral de Saúde (IGS).

Quadro 5 – Movimento Trimestral de Reclamações

Assunto / Categoria	Despacho do órgão de gestão	Resposta ao Utente
1- Organização / funcionamento 2 - Assistência 3 - Comportamento funcionários 4 – Outro	- 1.º Despacho - Despacho Final (datas)	- 1.ª resposta - resposta final (datas)
Grupo Profissional	Decisão	Envio à IGS
1 – Médico 2 – Enfermagem 3 – Administrativo 4 – Outro	1- arquivamento 2 - averiguações 3 - inst. processo disciplinar 4 - inquérito 5 – outro	- 1.º envio - último envio

Encontra-se em fase experimental um sistema informático em rede, o SIM-Cidadão (Anexo 6), que vai introduzir algumas modificações no processo de reclamações dos utentes.

Destina-se á “recolha, tratamento e monitorização das exposições dos utentes do SNS de modo a facultar indicadores de gestão relacionados com o grau de satisfação dos cidadãos e com o funcionamento dos serviços” (In Portal da Saúde, 2007).

As reclamações continuam a ser registadas, analisadas e respondidas pelo Gabinete do Utente nas instituições de origem. O processo pode ser consultado, *online*, quer pelo utente quer por todas as entidades envolvidas na reclamação.

A Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004) publicou um Relatório relativo às reclamações dirigidas directamente pelos utentes a este organismo, durante o ano de 2003.

O Relatório agrupou as reclamações em quatro categorias, descritas no Quadro 6. A categoria respeitante ao “*comportamento dos funcionários*” é aquela que mais se relaciona com o nosso estudo. Este grupo de comportamentos compreende, de acordo com a definição da DGS, a conduta considerada como “*falta de correcção e humanidade no atendimento e deficiente prestação de cuidados*”.

Quadro 6. - Categorias de Reclamação no Relatório da DGS

Comportamento dos Funcionários	- relativo à falta de correcção e humanidade no atendimento e deficiente prestação de cuidados.
Organização, Funcionamento e Instalações	- relacionado com a organização, funcionamento e equipamentos, amenidades das instalações, sinalização e carência de recursos humanos.
Acessibilidade	- referente a listas de espera para cirurgia e consultas, espera em sala e dificuldade de marcação de consultas, dificuldade de acesso geográfico, livre escolha/direito de opção dos utentes e direito de acesso a cuidados.
Outros Assuntos	- motivos não enquadráveis nas categorias anteriores, p.ex. ilegalidade de funcionamento e exercício profissional, publicidade enganosa e falta de Livro de Reclamações.

Fonte: D.G.S., 2004

Os registos da DGS totalizam 114 reclamações e são referentes a Hospitais (30,7%), Centros de Saúde (31,6%) e Unidades Privadas de Saúde (34,2%). Cerca de metade (49%)

provêm de utentes de instituições da Sub-Região de Saúde de Lisboa, seguidas da Sub-Região do Porto (13%) e de Setúbal (11%). A maioria diz respeito a instituições do sector público (66%), com uma distribuição idêntica entre os hospitais (47%) e centros de saúde (48%). No sector privado as unidades com internamento e/ou sala de recobro dão origem a mais reclamações (36%) seguidas das clínicas dentárias (18%).

Enquadram-se na categoria “comportamento dos funcionários” 46% das queixas e 31% estão associadas à organização, funcionamento e amenidades das instalações das unidades prestadoras de cuidados. O grupo profissional mais referido é o pessoal médico (38%) quer no domínio da “correção e humanidade” (13%) quer na “prestação de cuidados” (25%). Observados os dados dos serviços públicos apresentados no Quadro 7 reconhece-se a prevalência da insatisfação com a conduta dos funcionários nos hospitais (69%) enquanto que nos Centros de Saúde são apontadas falhas funcionais e organizativas (47%).

Quadro 7 – Valores Percentuais das Reclamações em 2003

	Hospitais SNS	Centros Saúde
Comportam. Funcionários	69%	47%
- Grupo médico		
- Grupo enfermagem	59%	34%
- Grupo administrativo	9%	6%
	0%	7%
Organização e funcionamento das instalações	17%	47%

Fonte: Direcção Geral de Saúde, 2004.

Nas unidades privadas de saúde a atenção dos utentes recai sobretudo sobre a categoria de “organização, funcionamento e instalações” (33%), seguida das matérias de “ilegalidade de funcionamento” (28%) e por último são observadas as “condutas dos funcionários” (26%). O Relatório do Ano de 2003 da DGS concluiu que o número de processos terminados (41%) é reduzido, apenas seis chegaram a uma resolução satisfatória para o utente e uma única situação foi objecto de processo de averiguações pela entidade reclamada. Neste

documento a DGS recomenda uma alteração dos procedimentos até então adoptados para resolução das situações apontadas pelos utentes.

O Relatório do Gabinete do Utente realizado sobre o ano de 2004 pela Inspeção Geral de Saúde (IGS,2005) é mais representativo que o da DGS (2004) quanto à percepção dos utentes portugueses pois é constituído por 26228 registos, dos quais se analisaram 45% das reclamações em Portugal Continental.

Concluiu este documento que os resultados globais, verificados entre 2002 e 2004 mantêm tendência crescente desde a criação do Gabinete do Utente em 1986 e do Livro de Reclamações em 1997.

Nesse estudo agrupou-se os conteúdos das reclamações dos utentes em cinco categorias das quais a) assistência médica; b) acessibilidade; c) aspecto físico do acolhimento; d) comunicação/informação; e) sem referência/outros assuntos.

Quadro 8 - Matriz de Análise sobre as Reclamações

Assistência Médica	Inclui as reclamações sobre os aspectos técnicos da prestação de cuidados de saúde
Acessibilidade	Inclui as reclamações sobre os tempos de espera em todas as fases de assistência aos utentes
Aspecto Físico do Acolhimento	Inclui as reclamações sobre espaços físicos, comodidade, salubridade, higiene, alimentação, espólio e outras
Comunicação / informação	Inclui as relações de comunicação e informação com os profissionais de saúde e/ou organização
Sem referência/outros assuntos	Todos os assuntos não enquadráveis nos restantes.

Fonte: Inspeção Geral de Saúde, 2005.

Pode observar-se neste inquérito que o principal motivo de queixa dos reclamantes dos hospitais (30,8%) e das sub-regiões da saúde e centros de saúde (33,1%) se enquadra na categoria “comunicação/informação” na relação com os profissionais e os estabelecimentos de saúde. O grupo profissional mais atingido nestes registos é o médico, com valores semelhantes no meio hospitalar e sub-regiões de saúde (41%). A maior parte das reclamações refere os serviços de urgência dos hospitais (49,8%), ao contrário dos centros de saúde, onde as consultas são mais visadas (51,7%).

Cap. 5 - Metodologia

No âmbito dos objectivos deste trabalho situamos a nossa metodologia no **paradigma qualitativo** o qual pressupõe uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista e orientada para o processo (Reichardt & Cook, 1986 citado por Carmo & Ferreira, 1998). A escassa produção de trabalhos sobre esta temática levou-nos a considerar o carácter **exploratório** do estudo, o qual deveríamos iniciar pelo levantamento de material e a identificação de conteúdos com relevância para o tema. Apesar de termos conhecimento das estatísticas anuais de 2003 e 2004 divulgadas pela IGS e DGS, não possuíamos ainda material qualitativo e contextualizado sobre as reclamações categorizadas.

De acordo com a opção referida utilizamos a técnica da **Entrevista** para recolha de dados e a técnica de **Análise de Conteúdo** como instrumento de exploração e análise dos mesmos.

5.1. Instrumentos e Procedimentos Utilizados

5.1.1. A Entrevista

O estudo dos métodos e técnicas nas ciências sociais e humanas conduziu-nos á selecção do método de entrevista para a exploração dos objectivos formulados neste trabalho.

Gil (1991, p:113) define a entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao sujeito com o objectivo de *“formular perguntas com vista à obtenção dos dados que interessam à investigação”*.

A entrevista é definida por Carmo & Ferreira (1998, p:123) como *“um tipo de inquérito que possibilita a recolha de dados para responder a um determinado problema. Este material pode ser quantificado se responder a um modelo de análise com variáveis e indicadores significativos e ao registo rigoroso das observações efectuadas, para por fim proceder a operações de tratamento e análise dos dados de acordo com o modelo previamente construído”*.

Diferentes tipos de abordagem pelo método da entrevista são evidenciados por diversos autores. O critério do **grau de estruturação** de uma entrevista é assinalado por Fortin (2000) e estes autores consideram, à semelhança de outros, dois grandes tipos de entrevista, as estruturadas e as não estruturadas. Nas primeiras o investigador orienta-se por guião com questões fechadas e previamente definidas. Nas segundas os sujeitos são encorajados a falar mais livremente sobre o tema, e o investigador imprime menor orientação às questões.

O critério anterior conduz necessariamente à reflexão sobre outra qualidade da entrevista, a **directividade**, ou seja, o grau de condução e orientação do investigador durante a colheita de dados.

Sobre esta característica Ghiglione & Ramond (1993) distinguem três formas de entrevista: não directiva ou livre, directiva ou standartizada e semi-directiva porque conjuga a utilização de um guião previamente estruturado, mas flexibilizado ao longo do diálogo com o entrevistado.

Considerado o enquadramento exploratório desta pesquisa, inquirimos informadores qualificados, considerados especialistas no campo da presente investigação.

Optámos pela pesquisa sistemática de dados para responder ao problema que suscitou este estudo. Utilizámos a técnica de entrevista semi-estruturada (Fortin, 2000) ou semi-directiva (Ghiglione & Ramond, 1993), orientada por guião, por nós delineado de modo a estruturar a recolha de informação mas também por forma a garantir a maior introdução possível de novos dados fornecidos pelo entrevistado (Anexo 7).

Relembramos que os objectivos iniciais que motivaram esta opção são:

- a) Compreender e discutir o circuito do processo de reclamação nas unidades de saúde estudadas;
- b) conhecer o método de análise e categorização das reclamações e a sua pertinência;
- c) identificar a tipologia das queixas mais frequentes;
- d) identificar focos de reclamação - especialidades ou áreas de atendimento e/ou grupos profissionais;
- e) averiguar a frequência e qualificar os conteúdos das reclamações ligados à comunicação;
- f) conhecer as relações entre a reclamação e as dinâmicas relacionais utente/funcionário;
- g) delinear uma caracterização dos reclamantes;
- h) conhecer o grau de satisfação do utente face à resolução dada à reclamação;
- i) compreender o uso do registo de reclamações na adopção de medidas de melhoria dos serviços.

Partimos do modelo de categorização utilizado pelos Gabinetes do Utente através do programa informático STMR ao qual acrescentámos variáveis de análise, ora pressupostas por nós previamente de modo a enriquecer a informação já disponibilizada por este organismo, ora manifestadas espontaneamente pelos entrevistados no decurso do inquérito.

O planeamento da entrevista requereu as seguintes fases de estruturação: a) explicitar os objectivos deste trabalho; definir as variáveis operativas por forma a elaborar o guião de entrevista; b) seleccionar e preparar os entrevistados (Carmo & Ferreira, 1998).

Durante o inquérito o investigador colocou questões directas, mais fechadas, outras abertas, tendo optado pelo método de entrevista misto de modo a estimular a comunicação livre e favorecer a análise em profundidade dos conteúdos solicitados.

5.1.1.1. Guião de Entrevista

Para a operacionalização dos objectivos deste estudo elaborámos o guião de entrevista aqui apresentado (Anexo 7), com as seguintes questões:

Item 1 – “Qual é o percurso de uma reclamação?”

Esta primeira questão serviu para introdução de um tema mais neutro e de resposta formal, que pudesse incentivar o entrevistado a descontrair-se e a ganhar confiança.

O Item 1 foi delineado com o objectivo de compreender o circuito de uma reclamação nas unidades de saúde estudadas. Este processo constitui o veículo de comunicação entre o

utente e as estruturas que tutelam os serviços de saúde. Por este facto, considerámos relevante recolher e discutir toda a informação sobre os procedimentos utilizados.

Item 2 - “Como é que se faz a análise das reclamações?”

Nesta questão procurou-se avaliar o próprio sistema interno (do Gab. Utente ou Direcção) na análise e categorização dos registos escritos no Livro Amarelo. Também aqui nos propomos a discutir os métodos utilizados que resultam no conjunto de dados publicados pela Inspeção Geral de Saúde.

Esta questão foi colocada em todos os casos em que o entrevistado não evocou espontaneamente o seu conteúdo na sequência do item anterior.

Item 3 - “Que categorias de reclamação são mais frequentes?”

Neste item referimo-nos à categorização utilizada nas estatísticas preenchidas pelo Gabinete do Utente para envio às entidades respectivas. Esta questão teve por objectivo dar a conhecer as categorias de reclamação mais significativas no universo de reclamações.

Item 4 - “Que situações/argumentos se registam ao nível das Atitudes/Comportamentos?”

Esta questão permite qualificar os conteúdos das reclamações ligados à comunicação. Pretendemos aqui conhecer melhor a pertinência do estudo das dinâmicas relacionais e da comunicação entre os utentes e os visados pelas reclamações na saúde. Neste item fizemos referência à categoria designada “Atitudes/comportamentos” pelo próprio sistema

informático STMR. Optámos por manter o conceito pré-definido pelo programa por duas razões. Em primeiro lugar facilitámos ao entrevistado o reconhecimento da categoria em estudo.

Item 5 - “Que grupos profissionais são mais referidos na categoria dos comportamentos?”

Esta questão, mais directa, procura identificar os profissionais mais visados nas reclamações na categoria referida.

Item 6 - “Identifica especialidades/ serviços mais propensos a reclamações na categoria do comportamento?”

Nesta questão propomos a localização de áreas de atendimento mais problemáticas na área da comunicação/informação.

Item 7 - “Que características identifica nos reclamantes?”

Alguma literatura faz referência a factores de facilitação e de constrangimento na apresentação de reclamações por parte dos utentes na saúde em função das suas características. Esta questão permite-nos conhecer melhor este universo de indivíduos que comunicam as suas insatisfações através do Gabinete do Utente.

Item 8 - “Há contra-respostas?”

Esta questão contribui para conhecermos o posicionamento dos utentes reclamantes face ao Gabinete do Utente e, de forma indirecta, sobre a percepção e avaliação que fazem sobre a sua intervenção.

Item 9 - “Há adopção de medidas correctivas após análise das reclamações? De que modo?”

Esta questão tem o objectivo de analisar a utilização do registo de reclamações na adopção de medidas de melhoria dos serviços.

5.1.2. A Análise de Conteúdo

A **Análise de Conteúdo** é considerada uma técnica indirecta que permite aceder a uma descrição objectiva, sistemática, qualitativa ou quantitativa dos conteúdos manifestos e simbólicos de um corpo de análise (Cartwright, 1953; Stone, 1966, citados por Carmo & Ferreira, 1998, p. 251).

Foi desenvolvida nos anos 30, e aplicada durante a 2.^a guerra mundial. Inicialmente destinava-se a cumprir critérios quantitativos e a registar a frequência dos conteúdos expressamente formulados nas comunicações. Nos anos 60 foi reconhecido o seu valor qualitativo e surgiu o interesse pelo contexto das produções registadas. No fim do séc. XX a sua aplicação era generalizada à investigação em ciências humanas.

A primeira etapa desta técnica é a descrição, seguida da inferência que permite a interpretação do material produzido. De acordo com Bardin (1977), citado por Carmo &

Ferreira, 1998, p. 252, “*esta técnica de pesquisa pode considerar-se como a articulação entre as características do texto descrito e analisado e os factores que determinaram essas características, deduzidos logicamente, encontrando-se nestes factores a especificidade da Análise de Conteúdo*”.

Após o registo escrito das entrevistas procedemos à sua análise de conteúdo. Nesta investigação seguimos a matriz de análise utilizada pelo Gabinete do Utente no programa informático STMR que se apresentou no Quadro 4.

5.1.2.1. O Corpo de Análise

Os dados referentes a este estudo resultam dos elementos fornecidos em entrevista por parte de informadores qualificados pertencentes ao Gabinete do Utente. Participaram neste estudo seis unidades de saúde públicas portuguesas - dois hospitais e quatro centros de saúde. Os Hospitais, sob a tutela directa do Ministério da Saúde, pertencem à Região de Saúde do Porto e à Região de Saúde de Lisboa. Os Centros de Saúde estão sob a tutela da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-região de Saúde de Lisboa sendo aqui localizados.

5.2. Validação dos Instrumentos

Os problemas decorrentes dos métodos qualitativos prendem-se essencialmente com a segurança oferecida sobre a sua validade e fiabilidade (Carmo e Ferreira, 1998).

A validade de um instrumento refere-se à sua pretensão, ou seja, a intenção de medir aquilo a que se propõe. Fortin (2000, p.229) refere-se ao “*grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida*”.

A **validade interna** representa a garantia de correspondência entre a realidade e os resultados obtidos. Devemos reconhecer esta limitação neste estudo a qual procurámos atenuar recorrendo à utilização de dois avaliadores no processo de categorização da análise de conteúdo e na discussão de resultados.

A **validade externa** diz respeito à representatividade dos procedimentos e resultados e, por consequência, a generalização destes últimos a outras amostras, à população em geral ou a outras condições e situações reais.

A **fiabilidade** corresponde à necessidade de assegurar que os resultados obtidos numa replicação do estudo seriam idênticos. Quanto a esta exigência procurámos ser pertinentes na contextualização teórica do tema em estudo assim como exaustivos na exposição dos procedimentos que conduziram o nosso trabalho.

Para reduzir os efeitos utilizámos um segundo codificador, com alguma experiência na técnica de análise de conteúdo, com o objectivo de melhorar a fidelidade deste estudo. Obtivemos um grau de concordância de 98% entre os dois codificadores, tendo-se concluído que obtivemos um nível de acordo aceitável para assegurar a confiança na classificação dos nossos registos.

Quadro 10 – Método de Calculo da Fidelidade

Método	Tipo de fidelidade	Variância de erro	Procedimento	Estatística
Acordo inter-observadores	Equivalência	Treino dos Observadores	1 situação/ 1 registo/ 2 observadores	% de acordos

Fonte: Almeida & Freire, 1997.

Por outro lado a técnica de Entrevista, trouxe-nos uma mais valia considerável. Sendo a informação desejada de carácter qualitativo, mas também quantitativo, e uma vez que os dados registados estão submetidos a uma categorização muito constricta, há elementos a que só temos acesso no inquérito presencial.

5.3. Recolha dos Dados

Partimos do inicial projecto de aceder ao universo de reclamações registadas na DGS, relativas aos anos de 2002-2004, pelo que solicitámos autorização a este organismo para as poder consultar e analisar em Fevereiro de 2005. O requerimento que fizemos ainda não obteve resposta por parte desse organismo até à presente data. Apesar de muitas insinências da nossa parte, obtivemos apenas declarações verbais onde a DGS alega dificuldades jurídicas ao nível da confidencialidade para com os utentes envolvidos.

Assim fomos obrigados a optar por outra metodologia, onde se acedeu a um menor grupo de dados, mas ganhámos uma fonte qualificada de informação qualitativa sobre as reclamações dos utentes.

Solicitámos autorização aos respectivos órgãos competentes para realizar entrevista qualificada aos responsáveis pelos Gabinetes do Utente em seis unidades de saúde.

Obtivemos autorização directa aos Conselhos de Administração de dois hospitais, um dos quais localizado na Região de Saúde de Lisboa e o segundo na Região de Saúde do Norte. A escolha destas unidades de saúde deu-se pela facilidade em aceder aos respectivos

responsáveis pelos Gabinetes do Utente, por possuímos contactos pessoais nestas unidades.

Solicitámos ainda autorização em quatro Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa. Num dos casos o Director do Centro respondeu positivamente de imediato, e os restantes remeteram o pedido para a coordenação da Administração Regional de Saúde (ARS), sub-região de Saúde de Lisboa. Obtivemos mais tarde autorização por parte da coordenação da Sub-Região de Saúde de Lisboa para entrevistar os responsáveis pelos Gabinetes do Utente nos três restantes serviços de saúde.

Obtidas as autorizações necessárias para prosseguir com este trabalho, foi estabelecido contacto telefónico com os Gabinetes do Utente e agendadas as entrevistas que decorreram em instalações das unidades de saúde estudadas. As entrevistas decorreram entre 28 de Junho de 2006 e 15 de Fevereiro de 2007.

O entrevistador identificou-se e apresentou o problema de pesquisa de modo a fazer compreender ao entrevistado o seu papel e os objectivos do trabalho e a obter a sua colaboração activa. Garantimos o anonimato, quer dos entrevistados, quer das instituições envolvidas.

As entrevistas foram orientadas por guião, previamente concebido, e actualizado sempre que se verificou a introdução de elementos pertinentes não previstos inicialmente. A ordem e a forma das questões foram alteradas de modo a fazer um melhor aproveitamento da informação expressa.

Solicitou-se autorização para gravação de voz durante as entrevistas, e uma vez concedida, procedeu-se à recolha dos dados. As entrevistas decorreram com uma duração variável entre 2 e 3h de desenvolvimento.

Na maioria dos casos o entrevistador foi bem recebido e foi dado a observar pelo entrevistado o seu entusiasmo e empenho, e por vezes verbalizado o seu interesse no aprofundamento da temática das reclamações. Apenas num caso, sentimos grande defensividade nas respostas, dando lugar a variadas reformulações das questões de modo a

assegurar respostas válidas. Neste inquérito estiveram presentes na entrevista dois elementos do Gabinete do Utente, e nem sempre concordantes entre si na formulação das respostas. Por estas razões sentimos necessidade de investir mais na conquista de confiança e levámos mais tempo na realização da entrevista e na análise dos dados.

5.4. A Amostra

Utilizámos uma amostragem não probabilística por duas razões principais. De um lado o reconhecimento dos caracteres exploratório e qualitativo deste estudo, por ausência de investigação específica sobre este tema. De outro lado foi ponderado o custo em tempo e recursos humanos de uma amostra probabilística cuja mais valia poderia tornar-se reservada.

O critério da amostragem aqui utilizada foi, por conseguinte, o de conveniência. Três dos indivíduos inquiridos foram integrados na amostra de forma voluntária, após contacto directo com as instituições. Os restantes foram seleccionados de acordo com o critério de proximidade geográfica do investigador e participaram por resposta ao ofício da ARS.

A determinação da dimensão da amostra em estudo resultou ainda da ponderação entre os factores tempo e relevância. De um lado, o desejo de conclusão deste estudo em tempo útil. De outro, a demora na obtenção das autorizações oficiais para a realização de entrevistas. O tempo foi assim factor de constrangimento que nos forçou à restrição do número de casos estudados.

Igualmente, o prolongamento do estudo no tempo poderia introduzir enviesamentos e até mesmo diminuir a sua actualidade. Se nas primeiras entrevistas os entrevistados tendiam a reportar-se aos registos do ano de 2005, dados cujo tratamento tinham recentemente concluído, já nas últimas entrevistas os dados de 2006 eram aqueles que estavam mais presentes na memória dos participantes.

Este estudo desenvolveu-se portanto sobre uma **amostra** de seis unidades de saúde, representadas pelos respectivos mandatários dos Gabinetes do Utente seleccionados, formadas por duas unidades hospitalares e quatro Centros de Saúde.

Caracterizamos a amostra quanto à sua localização, estrutura que a tutela, áreas de atendimento, número de funcionários responsáveis em cada Gabinete do Utente estudado, a função e antiguidade na função do entrevistado (Quadro 9).

Hospital - E1

O primeiro hospital desta amostra é, do ponto de vista da natureza jurídica, uma pessoa colectiva de direito público empresarial (EPE). Tem a sua área de influência na Região do Norte do país e abrange uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

Presta assistência ao nível das especialidades médicas e cirúrgicas, disponibiliza atendimento em consulta externa e internamento e possui serviço de urgência em Pediátrico e de Adultos, assim como variados meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Hospital – E2

A segunda unidade hospitalar tem a sua área de influência na Região de Lisboa.

Este hospital apresenta os mesmos serviços que o anterior, na prestação de cuidados nas especialidades médicas e cirúrgicas. Estas são disponibilizadas através da consulta externa e internamento assim como serviço de urgência de Adultos. Também oferece variados serviços de diagnóstico e terapêutica.

Centro de Saúde – E3

Esta unidade de saúde agrupa três unidades de atendimento, a principal e duas extensões. Localizada num Concelho limítrofe da Capital, a sua área de influência abrange zonas residenciais que viram o seu crescimento urbano a partir dos anos 70/80. Apresenta uma população heterogénea constituída por indivíduos residentes em freguesias mais antigas, maioritariamente idosos, e outras freguesias onde a faixa etária predominante ronda os 50 anos. Na última década o desenvolvimento urbanístico em certas áreas trouxe de concelhos vizinhos uma “franja” populacional que evidencia um nível socioeconómico elevado.

Presta assistência nas áreas de enfermagem, clínica geral, e especialidades de nefrologia, cirurgia, pediatria, estomatologia, psiquiatria e saúde pública. Tem atendimento complementar em horário mais alargado. Possui ainda uma unidade de saúde familiar com autonomia funcional e de gestão.

Centro de Saúde – E4

Está localizado em Lisboa com uma área de influência sobre duas freguesias do centro da cidade. Em virtude da diminuição da ocupação residencial na capital a área de influência é reduzida e esta zona da cidade tem vindo a ser ocupada pelos sectores de actividade administrativo e comercial. Presta atendimento em medicina geral e familiar.

Centro de Saúde - E5

Inserido numa área extensa de Lisboa presta assistência a apenas uma freguesia. A densidade populacional é elevada e a maioria dos seus utentes é proveniente de bairros sociais. Apresenta elevada percentagem de indivíduos pertencentes a minorias étnicas e descendentes de população com origem africana.

As suas valências de intervenção na saúde são a clínica geral, saúde pública, pediatria, enfermagem e psicologia. Possui atendimento complementar.

Centro de Saúde – E6

Esta unidade de saúde oferece assistência a três freguesias da cidade de Lisboa. A população utente é maioritariamente idosa com um nível de escolaridade médio/alto. Nas últimas décadas esta população perdeu o seu prestígio social e nível de vida e apresenta actualmente situações de carência económica.

O Centro de Saúde intervém nas áreas de clínica geral, pediatria, saúde materna e planeamento familiar, ginecologia, estomatologia e higiene oral e saúde pública. Possui atendimento complementar.

Os Centros de Saúde são dependentes da Administração Regional de Saúde, Sub-Região de Saúde de Lisboa. São geridos por um Director.

Os Hospitais dependem directamente do Ministério da Saúde e são geridos por um Conselho de Administração.

Observa-se no Quadro 9 que todas as unidades estudadas iniciaram as actividades do Gabinete do Utente em 1998. Na maior parte dos casos, o Gabinete era no início constituído por uma equipa alargada multidisciplinar, tendo conhecido uma redução gradual de técnicos envolvidos. Actualmente respondem pelas tarefas do Gabinete do Utente apenas um elemento (excepto E4 e E6), que articula directamente com a Direcção. Nalguns casos obtêm apoio pontual ou regular, de funcionários administrativos, ou de colegas da mesma carreira, em períodos excepcionais como as férias ou fora do seu horário de trabalho.

Os representantes dos Gabinetes estudados possuem níveis de antiguidade diferentes, quer como funcionários da unidade de saúde, quer como elementos do Gabinete do Utente. Três deles encontram-se nesta função desde a criação do Gabinete, num caso há 4 anos, e dois deles apenas há um ano respondem pelas reclamações.

São na maior parte dos casos Técnicos de Serviço Social, e encontramos num deles um médico e noutro um funcionário administrativo. Todos estes elementos acumulam estas responsabilidades com as suas funções habituais na unidade de saúde.

Quadro 9 - Caracterização da Amostra

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Localização	Região Saúde Norte	Região Saúde Lisboa	Sub-Região Saúde de Lisboa			
Estrutura / Tutela	Hospital / Min. Saúde		Centro de Saúde / ARS			
Composição Gab. Utente	1 elemento + Director Serv. Doentes	1 elemento + Conselho Administração	1 elemento + Director C.S.	3 elementos + Director C.S.	1 elemento + Director C.S.	2 elementos + Director C.S.
Outra função do Entrevistado	Técnico Serviço Social	Técnico Serviço Social	Médico	Técnicos Serviço Social	Técnico Serviço Social	Técnico Serv. Social Administrativo
Tempo na função	- 8 anos	- 8 anos	- 8 anos	- 8 anos - 6 meses - 1 semana	- 1 ano	- 1 ano - 4 anos

5.5. Tratamento dos Dados

A Análise de Conteúdo requer, de acordo com Vala (1986), a observância de um conjunto de operações que procurámos assegurar neste estudo. A primeira etapa é constituída pela definição de objectivos por referência a um quadro teórico que deu lugar à constituição do corpo de análise, o elemento central da grelha. Daqui resultaram a definição das categorias. De acordo com Lacour et al (1995) , “*as categorias permitem inventariar, classificar e reagrupar os elementos do conteúdo. O tipo e número de categorias disponíveis são ilimitados, e a sua determinação está directamente ligada ao problema de investigação*” (p. 7).

Num segundo momento contabilizámos as unidades de registo identificadas.

O **corpo de análise** consistiu na totalidade de informação verbalizada pelos entrevistados como resposta às questões colocadas e que resultou da transcrição integral das entrevistas.

Definimos as **unidades de registo**, neste caso as asserções produzidas pelos entrevistados, que serviram à classificação dos dados na **grelha de análise**, instrumento que permitiu submeter o conteúdo das entrevistas a uma análise objectiva e sistemática

Esta grelha de análise (Anexo 8) resultou de um processo misto de determinação de **categorias**. Uma parte das categorias foi determinada *à priori*, a partir da tipologia construída pelo programa informático STMR utilizado pelo Gabinete Utente. Todavia, o corpo de análise demonstrou maior possibilidade de classificação de dados, permitindo acrescentar outras categorias também significativas para o nosso estudo, estas já definidas *à posteriori*, não contempladas pelo referido programa informático.

De acordo com Lacour et al (1995, p.7) “*as categorias definidas são o próprio fundamento da grelha elaborada, e o seu valor determina o desenvolvimento da análise de conteúdo*”. Estas categorias devem apresentar qualidades específicas e absolutas que asseguram a fidelidade do instrumento e do estudo de modo a respeitar os seguintes critérios:

- a exaustividade, ou seja, o conjunto das categorias deve reproduzir a totalidade do corpo de análise ;
- a exclusividade, por forma a que cada elemento corresponda a uma única categoria;
- a evidência, isto é, a classificação dos mesmos elementos deve fazer-se sem dificuldade nas mesmas categorias;
- a pertinência, ou seja , a observância da relação directa entre as categorias e os objectivos do estudo;
- a neutralidade, garantia de refutação de qualquer categoria assente em opiniões ou julgamentos.

As categorias foram definidas por **indicadores** (Quadro 11) de modo a possibilitar a categorização por diferentes investigadores (fidelidade intercodificadores) e em diferentes momentos da análise (intracodificador).

A análise de conteúdo comporta ainda um **tratamento quantitativo** que nos conduziu à contabilização dos dados e que resulta na construção da grelha de análise. As unidades de enumeração utilizadas são as **frequências** de cada categoria e sub-categorias, ou seja, o número de vezes que um elemento de conteúdo aparece no corpo de análise.

As unidades de análise consideradas são constituídas por segmentos de texto significativos, relativos ao mais pequeno segmento de entrevista, assim considerados por correspondência à categorização. De acordo com Lacour et al (1995) estas unidades podem apresentar-se em parágrafos, frases ou sequência de parágrafos retirados do corpo de análise.

Acrescentámos, em algumas situações palavras que não sendo obtidas no texto original, foram por nós colocadas de modo a contextualizar os segmentos de texto e auxiliar na compreensão do seu significado, sem lhes alterar o sentido.

Encerrámos esta etapa com a elaboração de uma “*ficha de codificação*” (Quadro 13) a qual constitui o instrumento de registo dos nossos dados e que será apresentada no capítulo que corresponde aos “Resultados”.

A codificação e classificação dos dados foi realizada por dois codificadores e obtido o grau de concordância de 98%.

Quadro 11 – Indicadores para Análise de Conteúdo a partir do STMR

Categoria	Indicadores
	<p>1 – Percurso da Reclamação – corresponde a todo o processo da reclamação, desde a recepção da reclamação, o seu tratamento, intervenientes, até se concluir o circuito, ou seja, a resposta escrita ao utente.</p>
	<p>2 – Análise das Reclamações – diz respeito à metodologia utilizada para analisar e classificar o corpo ou redacção da reclamação registada no “<i>Livro Amarelo</i>”.</p>
	<p>3 - Tipologia das Reclamações – equivale á classificação ou categorização atribuída ao conteúdo da reclamação e o seu enquadramento em tipos pré-definidos pelo sistema informático utilizado pelo Gab. Utente, o STMR:</p>
	<p>3.1. - Comportamentos – referente às relações de comunicação e informação inclui a manifestação de condutas e/ou atitudes, verbalizadas ou não, decorrentes da interacção entre dois interlocutores, neste caso o utente e o funcionário da unidade de saúde. Remete para a falta de correcção e humanidade no atendimento. Inclui ainda as reclamações sobre os aspectos técnicos da prestação de cuidados de saúde.</p>
	<p>3.2. - Organização / Gestão dos Serviços – compreende as reclamações relativas à forma como se organiza o funcionamento do atendimento, a sinalização dos serviços, e se processa a gestão do acesso aos serviços, a qualidade das amenidades, equipamentos e instalações e restantes recursos, incluindo os humanos.</p>
	<p>4 – Conteúdos na categoria dos Comportamentos – referente às situações assinaladas pelos reclamantes no acto, ou registo de reclamação desde que enquadráveis na tipologia referida no ponto 3.1. .</p>
	<p>5 – Grupos Profissionais atingidos na categoria dos Comportamentos – considerados os grupos profissionais médico, de enfermagem, administrativo, auxiliares de acção médica, funcionários e agentes da carreira técnica e não técnica e ainda outros grupos em prestação de serviços nas unidades de saúde estudadas.</p>
	<p>6 – Especialidades / Serviços mais referidos na categoria dos Comportamentos – refere-se a todas as áreas de atendimento e/ou de apoio às unidades de saúde estudadas, sejam administrativas, ou de intervenção diagnostica ou terapêutica ou outros.</p>
	<p>7 – Características dos Reclamantes – são todas as características de género, etárias, étnicas, escolares, socioprofissionais ou outras evocadas pelos entrevistados.</p>

8 – Contra – respostas – considera-se qualquer contacto estabelecido pelo utente após ter recebido a “resposta final” produzida pelo Gabinete do Utente, com o objectivo de contra-argumentação.

9 – Aplicação de medidas Correctivas – corresponde a todas as medidas adoptadas nos serviços de saúde, decorrentes das reclamações dos utentes e cuja intervenção resulte na eliminação ou melhoria do argumento da queixa.

Cap. 6 – Apresentação dos Resultados

6.1. Dados Globais

No resultado da análise do conteúdo das entrevistas seleccionámos o conjunto de categorias já definidas à priori, acrescidas daquelas que foram espontaneamente produzidas pelos entrevistados e que demonstraram interesse para a análise e concretização dos objectivos deste estudo. A exposição dos dados globais permite observar os somatórios, em unidades de registo (U.R.), dessas mesmas categorias, através do Quadro 12.

Quadro 12 - Unidades de Registo apresentadas por Categoria

Categoria	U.R.	Categoria	U.R.
Processo da Reclamação	44	Contra-Respostas	13
Conteúdos das Reclamações	24	Medidas Adoptadas	14
Frequência das Reclamações	10	Interpretação	49
Grupos Profissionais	14	Atendimento presencial	17
Especialidades / Serviços	14	Formação	12
Reclamantes	16		

Verificamos que a categoria com maior referência é a *Interpretação* (U.R. = 49) dos entrevistados quanto aos factores motivacionais para as reclamações de tipo relacional. Esta categoria é precedida pelos conteúdos referentes á descrição do *Processo da Reclamação* (U.R. = 44) e de seguida aparece os Conteúdos das Reclamações com menos referências U.R.=24). Obtiveram a menor unidade de enumeração as categorias *Frequência das Reclamações* (U.R.=10) e *Formação* (U.R.).

Os dados registados com mais detalhe, pela observação das sub-categorias identificadas em cada categoria, levam á elaboração da Ficha de Codificação apresentada no Quadro 13.

Quadro 13 - **Ficha de Codificação das Sub-categorias**

Categoria	Sub-categorias	U.R.
Processo da Reclamação	Acolhimento	21
	Análise	11
	Categorização	6
	Tempo de Resposta	6
Conteúdo das Reclamações	Organização / Gestão /Funcionamento	13
	Comportamentos Funcionários	11
Frequência	Organização /Gestão em 1.º lugar	5
	Comportam. Funcionários em 2.º lugar	5
Grupos Profissionais	Administrativo	4
	Médico	4
	Enfermagem	2
	Auxiliar de acção médica	1
	Outros	2
	Indiferenciado	1
Especialidades /Serviços	Urgência/ atendim. Complementar	2
	Especialidades	2
	Equipas	1
	Indiferenciado	2
Reclamantes	Idade	4
	Género	1
	Escolaridade	2

	Situação sócio-profissional	1
	Etnia / cultura	1
	Outras	7
Contra-respostas	Frequência	6
	Motivo	3
	Procedimento	4
Medidas	Procedimentos	5
	Situações	9
Interpretação	Utente	18
	Funcionários /Geral	6
	Administrativos	7
	Médicos	5
	Enfermeiros	1
	Direcção/Chefias	6
	Recursos	3
	Factores circunstanciais	3
Atendimento presencial	Benefícios	16
	Prejuízos	1
Formação	Gab. Utente - escassa	6
	Outros funcionários – nenhuma	6

6.1.1. Categoria – *Processo da Reclamação*

Analisamos com maior detalhe os dados apresentados em cada uma das categorias, observando-se igualmente a expressão das sub-categorias.

Na primeira categoria, o Percurso da Reclamação, apresentada no Quadro 14, identificamos três etapas nos procedimentos do processo de reclamação nas unidades de saúde estudadas – o acolhimento, a análise da situação apresentada pelo utente, a categorização e tratamento estatístico dos registos. Por fim considerámos o factor “tempo

de resposta” por se tratar de um conteúdo referido pelos entrevistados e ser pertinente na discussão deste processo.

Quadro 14 – **Unidades de Registo da Sub-categoria *Acolhimento da Reclamação***

Sub-categoria – Acolhimento	U.R.
Registo Escrito sem atendimento presencial	6
Atendimento presencial seguido de registo escrito	4
Atendimento presencial sem pedido de registo escrito	3
Via mail, fax, carta	5
Enviado pelos Organismos	3
	$\Sigma = 21$

No Quadro 15 observamos que a maior parte das reclamações são registadas no Livro Amarelo, disponibilizado pelos funcionários, sem contacto presencial com o Gabinete do Utente (U.R.=6). Quanto maior é a organização de saúde mais necessidade tem de disponibilizar o Livro, em locais como a urgência, ou em horários prolongados, fora do horário laboral dos responsáveis pelas reclamações.

O atendimento presencial dá lugar a dois procedimentos, ou o utente mantém a sua intenção de registo (U.R.=4), ou desiste da queixa depois do acolhimento e recepção verbal da sua queixa (U.R.). Esta modalidade é muito pouco frequente, contudo é referido pelos entrevistados que em certos casos pode haver desistência da reclamação quando acolhidos no Gabinete do utente, e se este contacto der lugar a um esclarecimento da situação e o utente se mostrar satisfeito (E2;E5;E6).

Existem ainda as reclamações dirigidas por fax, mail ou carta (U.R.= 5), que são tratadas de igual maneira, ou reclamações veiculadas pelas estruturas superiores (U.R.=3), na medida em que o utente faz a exposição directamente para esses Organismos (a ARS, a Dir. Geral de Saúde ou outros).

Quadro 15 – **Unidades de Registo da Sub-categoria *Análise* da Reclamação**

Sub-categoria - Análise	U.R.
Esclarecimento directo com o profissional envolvido	3
Esclarecimento através de representante do serviço	4
Esclarecimento por escrito	1
Complexidade da análise da queixa	3
	$\Sigma=11$

Na sub-categoria da *Análise* da reclamação, na maior parte dos casos a exposição do utente é entregue ao representante da área ou serviço referido na reclamação (U.R.=4), para que este analise e se pronuncie sobre a situação exposta. Contudo, quase todos os entrevistados referem que têm apenas um, ou no máximo dois, representantes designado para este efeito, e nos restantes serviços ou grupos profissionais há necessidade de contactar directamente o profissional envolvido (U.R.=3), de uma forma informal. Apenas num caso (E1), por se tratar de um hospital com grande dimensão, este processo dá-se sob a forma escrita (U.R.=1). Os elementos entrevistados avaliam estes procedimentos directos como complexos, e demorados (U.R.=3).

Quadro 16 – **Unidades de Registo da Sub-categoria *Categorização* da Reclamação**

Sub-categoria - Categorização	U.R.
Enquadra os conteúdos em uma única categoria	1
Sub-divide o conteúdo em 2 ou mais categorias	3
Complexidade no preenchimento do STMR	2
	$\Sigma=6$

A Categorização dos conteúdos registados numa reclamação são objecto de análise para posterior classificação e lançamento no programa estatístico, o STMR. Observamos no Quadro 16 que em dois casos foi referida a complexidade deste procedimento (U.R.=2), e questionados sobre a forma de classificação dos dados, encontrámos métodos diferentes de

análise dos conteúdos das reclamações. A maior parte dos inquiridos selecciona tantas tipologias de reclamação quantas as manifestas pelo utente, no mesmo registo (U.R.=3), enquanto um deles refere seleccionar apenas uma categoria que parece de maior relevo na totalidade da reclamação (U.R.=1).

Quadro 17 – **Unidades de Registo da Sub-categoria *Tempo de Resposta* ao Utente**

Sub-categoria - Tempo de Resposta	U.R.
Tempo de resposta elevado por demora nos serviços	4
Tempo de análise do registo muito elevado	2
	$\Sigma=6$

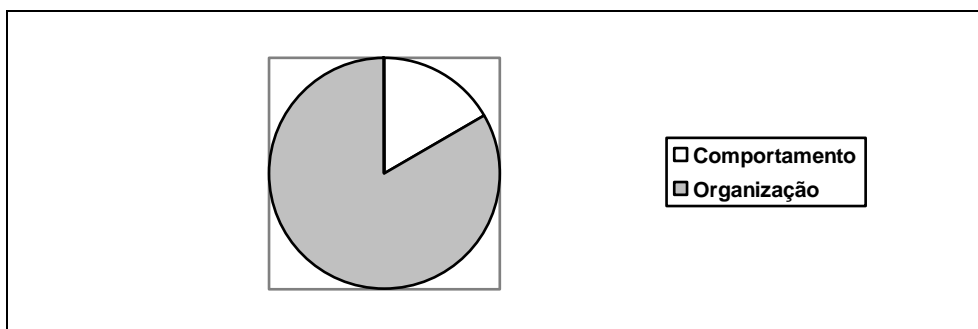
O Quadro 17 indica que todos os respondentes caracterizaram o *Tempo de Resposta* ao Utente como elevado (Σ U.R.=6), sendo que dois deles atribuem esta demora ao tempo dispendido na análise de conteúdo do registo da “Folha Amarela” (.R.=2), enquanto os restantes localizam o atraso na resposta fora do gabinete do Utente, ou seja, no percurso que a reclamação faz até ao parecer do representante ou profissional envolvido, e posterior devolução ao Gabinete do Utente (U.R.=4).

6.1.2. Categoria – ***Frequência das Reclamações***

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que as tipologias de reclamações mais salientes referem-se aos indicadores “*Organização / Gestão do Funcionamento dos Serviços*” e “*Comportamento dos Funcionários*”. A Figura 1 mostra a diferença entre estas duas sub-categorias e podemos aí verificar que apenas num caso os *Comportamentos dos Funcionários* são a causa mais frequente para a reclamação dos utentes (E5). Nas restantes

unidades de saúde o primeiro lugar é ocupado por questões ligadas à gestão e organização dos serviços (U.R.=5).

Figura 1 – **Tipologias mais frequentes nas reclamações**



6.1.3. Categoria – **Conteúdos das Reclamações**

Na sub-categoria “Organização e Gestão do Funcionamento dos Serviços”, representada no Quadro 18, os conteúdos mais referidos estão ligados ao acesso aos serviços, nomeadamente o tempo de espera (U.R.=3); a inadequação dos horários praticados face às necessidades dos utentes (U.R.=3) e a diminuição dos recursos humanos técnicos (U.R.3) em faltas por doença ou férias.

Quadro 18 – **Unidades de Registo das Sub-categorias de Conteúdos das Reclamações**

Sub-categoria - Organização / Gestão	U.R.
Divulgação de informações	1
Desconforto/insuficiência de instalações ou equipamentos	2
Tempo de espera	3

Inadequação de horários	3
Falta de profissionais técnicos	3
Transporte	1
	$\Sigma=13$

As reclamações visando as instalações e equipamentos são também argumento de queixa (U.R.=2) e num caso é apontada a insatisfação com a divulgação de informações e sinaléticas (U.R.1).

Na sub-categoria de *Comportamento dos Funcionários* (Quadro 19), dividida em duas sub-categorias, as *Relacionais* e as *Técnico-profissionais*, observamos um total de 11 U.R., sendo apenas uma referente aos procedimentos clínicos e todas as restantes relacionadas com a dimensão da relação entre o utente e o profissional (U.R.=10).

Quadro 19– Unidades de Registo das Sub-categorias de Comportamentos

Sub- categoria - Comportamentos dos Funcionários	U.R.
Relacionais	$\Sigma= 10$
Falta de amabilidade ou cortesia, desrespeito, má educação	5
Falta de empatia com o doente e a sua situação; desinteresse	3
Prestação de informação desadequada ou inexistente	2
Técnico-profissionais	$\Sigma=1$
Má orientação do processo clínico	1
	$\Sigma=11$

As sub-categorias de tipo relacional que apresentam mais unidades de registo são a “Falta de amabilidade ou cortesia, o desrespeito ou má educação” no trato interpessoal (U.R.=5) seguidas do “Desinteresse ou falta de empatia com o doente e a sua situação” (U.R.=3), sendo a “inexistência ou deficiência da informação prestada” a menor (U.R.=2).

As sub-categorias que recaem sobre as competências técnico-profissionais são menos referidas, das quais apenas foi assinalada a má orientação do processo clínico (U.R.=1), ainda que acrescentado que são argumentos raros nas reclamações desta categoria (E5).

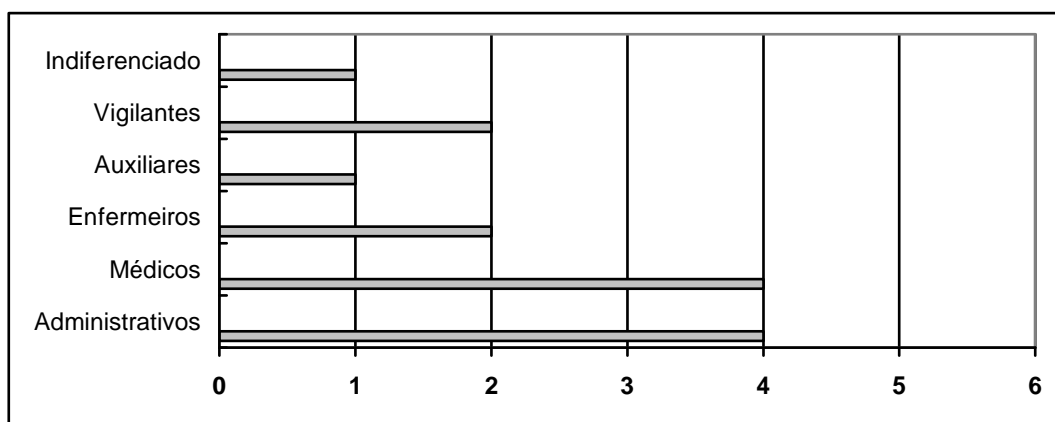
6.1.4. Categoria – *Grupos Profissionais* / sub-categoria *Relacionais*

Observamos na Figura 2 que os grupos profissionais mais apontados nas reclamações da tipologia “*Comportamento dos Funcionários*”, sub-categoria “*Relacionais*” são o grupo da medicina e o pessoal administrativo (U.R.=4). Este último é quem acumula mais queixas, por uma margem pequena, relativamente aos médicos.

São depois referidos os profissionais de enfermagem (U.R.=2), os vigilantes (U.R.=2), e por fim os auxiliares de acção médica (U.R.=1).

Apenas numa entrevista se refere que não sobressai qualquer grupo profissional no conjunto das reclamações que visam a categoria dos “*Comportamentos*” (E6).

Figura 2 – **Unidades de Registo da categoria “Grupos Profissionais” versus “Relacionais”**



6.1.5. Categoria - *Especialidades ou Serviços / Relacionais*

No Quadro 20 verificamos que as sub-categorias relacionais são transversais, isto é, aparecem em todas as áreas de intervenção, independentemente do serviço ou especialidade médica. São no entanto observáveis algumas unidades de registo que se destacam nestas entrevistas.

Quadro 20 – **Unidades de Registo da Categoria Especialidades /Serviços**

Categoria - Especialidades ou Serviços / Relacionais	U.R.
Urgência ou atendimento complementar	2
Especialidade – psiquiatria, pediatria, estomatologia	2
Equipas	1
Não identifica serviços ou áreas de intervenção nesta sub-categoria	2
	$\Sigma=7$

O serviço de urgência (U.R.=2) foi referido em duas entrevistas como um local privilegiado para as reclamações, e algumas especialidades médicas tendem a ser mais apontadas nesta sub-categoria (U.R.=2), como sejam a psiquiatria, a pediatria e a estomatologia. Numa entrevista (E2), refere-se que há equipas que tendem a apresentar mais queixas neste grupo dos comportamentos, relacionando mais a características da dinâmica interna das equipas do que à área de intervenção da mesma. Em duas unidades de enumeração não se atribui a quaisquer áreas ou serviços específicos de saúde .

6.1.6. Categoria - *Reclamantes*

Nesta categoria foram evocadas algumas características dos utentes que apresentam reclamações nos Gabinetes do Utente entrevistados, como se observa no Quadro 21.

Quadro 21 – Unidades de Registo da Categoria *Reclamantes*

Categoria - Características dos Reclamantes			
	U.R.		U.R.
Idade		Sócioprofissional	
20 – 40 anos	2	Funcionário sector privado	1
Acima dos 50 anos	2		
Género		Etnia/cultura	
Feminino	1	Cigana	1
Escolaridade		Outras	
Baixa	1	Atitude agressiva, reivindicativa	3
Elevada	1	Utilizador esporádico	1
		Familiares ou acompanhantes	1
		Toxicodependente	1
			1
$\Sigma=17$			

As características dos utilizadores do “Livro Amarelo” mencionadas neste estudo mostram uma certa dispersão. O maior número de unidades de registo é referente ao tipo de interacção e de atitude “agressiva” e “reivindicativa” (E3;E4;E5) dos reclamantes. A idade é apontada em igual frequência (U.R.=2) em dois grupos etários diferentes, excluindo-se os idosos. Num caso caracteriza-se o reclamante como sendo do sexo feminino (E3). Em duas entrevistas, a escolaridade é mencionada, de um lado caracterizando o reclamante como pouco escolarizado e de outro como muito escolarizado (E2;E4).

É referido o enquadramento sócio-profissional dos reclamantes, como oriundo do sector privado das actividades económicas (E3).

Em dois casos menciona-se que os familiares e acompanhantes são muitas vezes os autores das reclamações e não o próprio utente (E1;E6), e noutro caso indica que o utilizador esporádico tende a apresentar mais reclamações (U.R.=1) que o utente mais regular nos serviços.

Quanto á origem étnica, é apontado o indivíduo de etnia cigana (U.R.=1) e noutras situações, mas na mesma unidade de saúde, identificado como toxicodependente (E5).

6.1.7. Categoria – *Contra-Resposta do Utente*

Nesta categoria, os conteúdos manifestos nas entrevistas conduziram à divisão em três sub-categorias de resposta – a frequência, o procedimento e o motivo para a elaboração de contra-resposta do utente (Quadro 22).

Quadro 22 – Unidades de Registo da Categoria *Contra-Respostas*

Categoria - Contra-resposta	U.R.
Sub-categoria – Frequência	
Raramente	4
Frequentemente	2
Sub-categoria – Procedimento	
Reavaliação da situação	4
Sub-categoria – Motivo	
Por insatisfação	1
Por agradecimento	1
Para sugestão	1
	$\Sigma=13$

Na categoria de “*Contra-resposta*” é referido por quatro dos sujeitos inquiridos que são pouco frequentes (U.R.=4) e em duas unidades de saúde são muito frequentes.

Nos casos em que o utente envia uma contra-resposta ao Gabinete do Utente reavalia-se a situação que deu origem à queixa e reinicia-se todo o processo U.R.=4), se o utente se manifestou desagrado com a resposta final do Gabinete do Utente.

Quanto aos argumentos que motivam os utentes reclamantes, são registados três enunciados com igual número de registos (U.R.=1), a insatisfação com a resolução dada ao processo, o agradecimento pela análise e tratamento da reclamação e, por fim, para dar sugestões aos serviços consideradas pelo reclamante como resolução da situação.

6.1.8. Categoria – **Medidas adoptadas**

Na categoria Medidas adoptadas pelos serviços face às reclamações registadas, apresentada no Quadro 23, seleccionámos duas sub-categorias no corpo de análise – a competência para a formulação de propostas de melhoria dos serviços nas situações expostas no “Livro Amarelo” e os critérios que dão lugar á introdução destas modificações nos serviços.

Quadro 23 – Unidades de Registo da Categoria Medidas Adoptadas

Categoria - Medidas	U.R.
Sub-categoria – Competência	
O Gabinete Utente não propõe medidas	1
O Gabinete do Utente propõe medidas	3
O gabinete do Utente tem a obrigatoriedade de propor medidas	1
Sub-categoria – Situações	
Por sugestão dos utentes	1
Por iniciativa dos representantes de cada serviço	2
Queixas muito bem fundamentadas	1
Soluções pontuais	3
Resolução fora das competências da organização	2
	$\Sigma=14$

O Quadro 23 mostra-nos as unidades de registo que constam nesta categoria. Quanto à “*Competência*” do Gabinete para analisar, discutir e propor medidas de alteração dos serviços, as referências dividem-se. Em três entrevistas (E2;E3;E4) é considerado que esta diligência é conduzida pelos responsáveis do gab. Utente e transmitida às chefias. Um dos entrevistados reforça esta sub-categoria dizendo que é “da competência do Gabinete do Utente” a análise e proposta de implementação de medidas nos serviços para resolução dos problemas identificados nas reclamações (E2). Por outro lado, é afirmado por um participante neste estudo a “incompetência” do Gabinete do Utente para a formulação de medidas (E1).

Quanto às “situações” enunciadas para a introdução de medidas de alteração dos serviços, na maior parte dos casos afirma-se que apenas se adoptam “soluções pontuais” (U.R.=3), excepto nos casos em que a responsabilidade não é daquela unidade de saúde, ou não é das suas competências solucioná-la (U.R.=2). Num caso observa-se que são as queixas “muito bem fundamentadas” que conduzem a reestruturações dos serviços (E3), e que muitas vezes o estudo destas mudanças parte da iniciativa dos representantes de cada sector (U.R.=2), em especial quando a reclamação incide sobre a categoria de “Organização e Funcionamento” dos serviços.

Podem ainda ser adoptadas soluções a partir de sugestões formuladas pelos utentes (E6).

6.1.9. Categoria – *Interpretação das Reclamações*

Nesta categoria identificou-se um conjunto de referências subjectivas relativas à interpretação dos entrevistados sobre as reclamações dos utentes. Estes enunciados foram produzidos espontaneamente, não correspondendo a qualquer questão directamente formulada pelo entrevistador. Traduzem o resultado da experiência e observação individual, na interacção com a população de cada unidade de saúde. A sua relevância para o estudo que aqui desenvolvemos mereceu a sua inclusão na nossa análise dos resultados.

A categoria “*Interpretação*” foi dividida em sub-categorias, para melhor leitura dos conteúdos expressos. São elas, a interpretação sobre as características intrínsecas ao utente e ao cidadão, e as interpretações relativas aos profissionais, à Direcção e Chefias, assim como outros fundamentos evocados como sejam os recursos existentes e factores circunstanciais que possam influenciar o registo de reclamações.

Nesta categoria, as unidades de saúde com uma área de influência mais ampla, como é o caso dos hospitais da amostra, expressam pouco elementos subjectivos sobre os utentes. Não é viável a um indivíduo conhecer uma população com elevada dimensão e heterogeneidade como aquela que é assistida num hospital. No entanto os centros de Saúde são unidades mais reduzidas, com utilizadores mais constantes, e nessa medida a enumeração de enunciados sobre os utentes foi aparecendo ao longo das entrevistas.

No Quadro 24 podemos verificar que asserções diversas (U.R.=1) relativas ao comportamento dos utentes. Identificamos conteúdos ligados às expectativas, ao modo de utilização dos serviços, á atitude face a funcionários e também quanto à mentalidade e participação na cidadania

Com maior frequência verificamos a existência de observações sobre a passividade do utente quando o agente de insatisfação é o médico (U.R.=3).

Também estão mais presentes referências a uma atitude de menor empatia do utente para com os serviços (U.R.=2) e a tendência a reclamar quando é percebida maior simetria com o funcionário (U.R.=1).

Quadro 24 – Unidades de Registo da Categoria *Interpretação*
- sub-categoria - *Utente*

	U.R.	Σ
Sub-categoria – Utente	1	
Alta percepção dos direitos em detrimento dos deveres	1	
Centração nas necessidades próprias e pouca empatia com os serviços	2	
Pouco respeito pelas regras de funcionamento	1	
Aproveitamento da desorganização dos serviços	1	

Pessoas mais informadas, mais exigentes	1	
Papéis sociais alteraram-se	1	
Elevada exigência com a organização e funcionamento dos serviços	1	
Expectativa de máxima disponibilidade dos funcionários	1	
Os utentes, em geral, têm fundamento nas suas queixas	1	
O utente sente-se num plano simétrico ao funcionário	2	
O grau de agressividade do utente com o administrativo é muito alto	1	
O doente não reclama do médico; receio de retaliação	3	
Expectativa alta face às obrigações morais e psicológicas do médico	1	18

No Quadro 25 podemos observar que o enunciado mais frequente (U.R.=3) está relacionado com a interacção entre a organização dos serviços e o comportamento dos funcionários. Os conflitos entre utentes e funcionários são motivados pela má orientação do funcionamento dos serviços, em geral, para todos os funcionários. Também aqui é referida a deficiente organização por parte dos gestores e chefias das unidades de saúde (U.R.=2). Igualmente enunciadas são as características de personalidade que evidenciam baixa capacidade para resolução de conflitos e atitude pouco assertiva (U.R.=2). A falta de formação dos funcionários para as relações interpessoais é também associada à instalação e manutenção de conflitos com os utentes (U.R.=2).

Quadro 25 – **Unidades de Registo da Categoria *Interpretação***
- sub-categoria – ***Funcionários***

	U.R.	Σ
Sub-categoria – Funcionários		
Em geral		
É o mau funcionamento que fomenta os desentendimentos	3	
Mau funcionamento na dinâmica da equipa	1	
Atitude pouco assertiva e capacidade de gestão do conflito	2	6
Pessoal Administrativo		
Ausência de formação para a gestão das relações interpessoais	2	
Resistência às reestruturações do serviço; “funcionalismo público”	1	

Má formação pessoal	1	
Má organização do atendimento	1	
Cansaço, desgaste	1	
Não têm estímulos	1	7
Pessoal Médico		
Pouca delicadeza no trato interpessoal	1	
Postura de superioridade hierárquica e estatuto social	1	
Percepção de imunidade	1	
Recusa da legitimidade da reclamação	1	
Má formação pessoal	1	
O médico está protegido por outros funcionários	1	6
Enfermeiros		
O número de reclamações tem vindo a crescer	1	
Má formação pessoal	1	2
Direcção /Chefias		
Má gestão; instabilidade da Direcção	2	
Pouca divulgação e introdução brusca de novos procedimentos	1	
Baixas competências de chefia nos chefes de equipa	1	
Perturbações na dinâmica interna da equipa	1	5

O Quadro 26 apresenta os restantes elementos evocados pelo Gabinete do Utente. Aqui aponta-se factores como a maior afluência (U.R.=2), em especial no serviço de urgência, ou a falta de pessoal (U.R.=2), ou ainda condições de desconforto das instalações (U.R.=2).

Quadro 26 – **Unidades de Registo da Categoria *Interpretação***
- sub-categorias – ***Recursos e Factores circunstanciais***

	U.R.	Σ
Sub-categoria - Recursos (Humanos ou físicos)		
Falta de pessoal	2	
Espaço de espera insuficiente e/ou desconfortável	2	4
Sub-categoria – Factores circunstanciais		
Em períodos de maior afluência	2	
Em situações de stress muito acentuado	1	
Em períodos de férias ou obras de remodelação/ampliação	1	4

6.1.10. Categoria – *Atendimento Presencial*

O Quadro 27 mostra as unidades registadas na categoria *Atendimento Presencial*. Esta categoria permitiu compreender a perspectiva dos entrevistados quanto ao acolhimento presencial do utente no momento da reclamação. Foi sub-dividida em duas sub-categorias, de um lado os benefícios (U.R.=2) e de outro os prejuízos (U.R.=15).

Quadro 27 – **Unidades de Registo da Categoria *Atendimento Presencial***

Categoria - Atendimento presencial	U.R.	Σ
Sub-categoria – Benefícios		
Melhor exposição e esclarecimento da reclamação	3	
Facilitação da análise e tratamento da reclamação	2	
Redução da ansiedade do utente e observadores	1	
Menor interferência nos locais de atendimento público	1	
Presta informação sobre funcionamento dos serviços	2	
Resolução imediata do motivo de insatisfação	2	
Evita ou reduz um conflito relacional	1	
Diminui a insatisfação do utente	1	
Reduz o número de reclamações	2	15
Sub-categoria – Prejuízos		
O atendimento da reclamação é muito desgastante	2	2
	$\Sigma=$	17

A maior parte dos enunciados atribui um sentido positivo ao acolhimento presencial da queixa, dos quais sobressaem a possibilidade de melhor explanação da reclamação por parte do utente (U.R.=3), e consequente facilidade na análise e tratamento dessa queixa (U.R.=2), pode assim diminuir-se a insatisfação do reclamante (U.R.=2) e prestar esclarecimentos sobre o funcionamento dos serviços (U.R.=2) de onde resultará uma redução das reclamações registadas em “Livro Amarelo” (U.R.=2).

O único atributo negativo deste tipo de atendimento é relativo ao desgaste produzido sobre o/s funcionários designados para essa função (U.R.=2).

6.1.11. Categoria – **Formação dos Funcionários**

A categoria relativa à Formação de Funcionários corresponde à sua preparação para a Gestão de Relações Interpessoais, e nesta rubrica todos os entrevistados foram unânimes nas suas respostas (Quadro 28). Os responsáveis pelos Gabinetes do Utente receberam alguma formação nesta área (U.R.=6), o mesmo não se verifica com outros funcionários cuja preparação é inexistente neste campo (U.R.=6).

Quadro 28 – **Unidades de Registo da Categoria Formação**

Categoria - Formação <i>em Gestão Relações Interpessoais</i>	U.R.	Σ
Sub-categoria – Gab. Utente		
Muita	0	
Suficiente	0	
Pouca	6	
Nenhuma	0	
		12
Sub-categoria – Outros		
Muita	0	
Suficiente	0	
Pouca	0	
Nenhuma	6	
		12

Cap. 7 - Análise e Discussão de Resultados

Os objectivos iniciais deste trabalho são analisados neste capítulo no qual vamos ter a oportunidade de analisar, em cada categoria estudada, a expressão qualitativa de cada um dos indicadores subjacentes a esta categorização. Utilizamos citações retiradas do corpo de análise para melhor contextualização e compreensão dos enunciados e da sua utilização quantitativa.

Categorias – *Percurso e Análise das Reclamações*

Objectivos – *Compreender e discutir o circuito do processo de reclamação nas unidades de saúde estudadas ; conhecer o método de análise e categorização das reclamações.*

Não obstante as orientações dadas por Diploma legislativo, o percurso de uma reclamação difere conforme os ajustamentos necessários e mais adequados a cada estrutura. No caso do Hospital, e em especial na E1, por se tratar de Hospital Central com maior dimensão e complexidade, o processo necessita de ser mais formal, burocratizado e com resultados mais demorados para a conclusão da acção do Gabinete do Utente.

Também verificamos que há responsáveis por Gabinetes do Utente que têm uma acção mais autónoma, e eles próprios dirigem todo o processo de reclamação (E2; E5), e redigem a resposta final ao utente. Noutros casos a sua intervenção é apenas veículo do processo e na devolução escrita da direcção ou chefia, a resposta final já vem determinada.

E1 - (...) “*é de facto um processo burocraticamente muito pesado*”.

No **Acolhimento** da reclamação todos os entrevistados referem o registo no “Livro de Reclamações”, contudo o atendimento presencial do utente pode conduzir a uma desistência do registo, em especial nos casos em que aí é prestada informação que o utente considera como esclarecedora da situação reclamada.

E1 – (...) *“há situações que acabem por se esclarecer (...) e se houver disponibilidade para os ouvir (...) as pessoas entenderam que não houve informação”*.

E2 – (...) *“vêm alguém que se interessa pelo problema (...) se acompanhamos a pessoa ao local, e falamos com os envolvidos, e se se resolve, não chegam a fazer queixa (...) a pessoa quer é ver o problema resolvido e não reclamar”*.

Gostaríamos de aqui observar que das seis unidades estudadas apenas duas possuem instalações próprias para o atendimento do Gabinete do Utente. Das restantes, não tendo um gabinete próprio, o atendimento é realizado em instalações pontualmente disponíveis, frequentemente na presença de outros profissionais.

Por outro lado, os recursos humanos disponíveis para o atendimento do Gab. Utente são muito reduzidos, e todos eles acumulam estas com as funções da sua categoria profissional dentro da organização de saúde. Por este motivo não possuem um horário de atendimento específico para realizar o acolhimento aos utentes que desejam expor uma reclamação.

Quando a reclamação chega por via indirecta (mail, fax, carta), ou por via de um organismo superior, segue o mesmo percurso, todavia nestas últimas a resposta final é dirigida ao organismo e este encarrega-se da resposta ao utente.

A etapa de **Análise** da reclamação requer que o Gab. Utente desloque a reclamação até junto dos intervenientes e/ou responsáveis na situação exposta para esclarecimentos. É um processo tão mais difícil quanto maior e complexa seja a unidade de saúde.

De acordo com os enunciados produzidos, o Gabinete do Utente era, no início da sua constituição, formado por vários elementos, representantes de cada área profissional. O número de funcionários envolvidos nestas funções foi diminuindo ao longo dos anos por variadas razões. Actualmente os entrevistados dos hospitais fazem chegar aos aos Directores de Serviço ou Chefes de equipa uma cópia da reclamação.

E4 – (...) *temos de ouvir as pessoas que são visadas e isto é muito complicado*”.

Dois Centros de Saúde também têm designados alguns representantes, mas nos restantes, ou não há mandatários, ou existem apenas para um ou dois grupos profissionais. Por esta razão, muitos dos entrevistados afirmam que têm de se deslocar até junto do profissional envolvido na reclamação para aí poder obter feed-back sobre a exposição do utente. Este processo é feito de forma informal em todos os casos excepto num Hospital (E1) que optou por comunicar por escrito com os profissionais envolvidos.

Nas condições referidas pelos entrevistados, na sua avaliação, a falta de mandatários em cada área ou serviço de saúde para mediar este processo é uma condição que sujeita a análise da queixa a dificuldades e demoras inevitáveis.

E1 - (...) *“prefiro fazer isso por escrito e até ficar com cópia do processo”* [contacto com os directores de serviço]

O factor **Tempo** é evocado pelos entrevistados como uma consequência das etapas anteriormente referidas. Dois consideram que é no momento de *análise* da reclamação que o tempo é mais sacrificado. Quatro sujeitos referem que a demora situa-se fora do Gab. Utente, ou seja, quando se encontra nas mãos dos serviços e profissionais para análise e formulação de resposta ao Gabinete.

E1 – (...) *“ o Gabinete não demora nas respostas, estão é penduradas nos serviços (...)*

E2 – (...) *“tudo isto demora realmente muito tempo”*.

E5 – (...) *“e não consigo manter as estatísticas em dia, é impossível (...) e eu estou muito esgotada!”*.

O processo de **Categorização** da reclamação é um requisito para o preenchimento de mapas trimestrais e anuais sobre as reclamações registadas. Os enunciados produzidos traduzem a complexidade do sistema informático (STMR) utilizado para o registo de dados. Também a análise de conteúdo das queixas dá lugar a muitas dificuldades. Parte delas estão ligadas a aspectos mais formais, como a escrita de difícil leitura, a má qualidade de exposição da situação. Parte dos dados obtidos são reconhecidamente enviesados pelo próprio sistema, ou noutros casos ignorados, como as características dos reclamantes.

E2 – (...) *“uma reclamação que nos chega, com um conteúdo confuso (...) porque às vezes é incrível, não se entende o que se passou”* (...).

O próprio método de análise de conteúdo utilizado parece pouco sistematizado.

E4 – (...) *muitas dessas queixas [mau funcionamento] são registadas como visando o pessoal dirigente, mas por lacuna do programa informático”*.

Alguns entrevistados, por inerência à sua formação, dominam melhor o método de análise de conteúdo. Noutros casos, não é utilizado qualquer método, mas apenas uma leitura o mais rigorosa possível, com critérios mais arbitrários de interpretação do texto. Não obstante a formação recebida pelos elementos do Gabinete do Utente para esta tarefa, os procedimentos não são comuns. Num caso (E6) é referido que uma reclamação corresponde a uma categoria registada no sistema, seleccionada com a sua importância. Nos restantes, um registo dá lugar a tantas categorias quanto o número de situações referidas no mesmo documento.

E4 – (...)”são duas ou mais reclamações apresentadas numa exposição, aliás o programa permite fazer isso”.

E6- (...)”é complicado, se formos 4 pessoas a avaliá-las [reclamações] serão se calhar 4 classificações (...) tentamos ver mas é sempre complicado (...) tento seleccionar o assunto em que a pessoa faz mais insistência, talvez”.

Categoria – Frequência das Reclamações

Objectivo – Conhecer as reclamações mais frequentemente apresentadas pelos utentes.

No universo de tipologias de reclamações possíveis, apenas duas foram referidas pelos entrevistados e identificadas como as mais frequentes – são elas a *Organização e Gestão do Funcionamento dos Serviços* e o *Comportamento dos Funcionários*. A primeira é considerada a mais frequente em cinco dos seis entrevistados e a segunda apenas num caso aparece como a categoria mais apontada pelos utentes.

E1 – (...) “os mais frequentes talvez não sejam, mas têm alguma importância [comportamento] (...) o funcionamento dos serviços” [mais frequente].

E2 – (...)”eu considero que 70-80% das reclamações têm a ver com a comunicação que se estabelece” [contudo] (...)”não há grandes registos” [sobre o comportamento].

E3 – (...)”continua a ser a organização dos serviços, logo seguida da relação interpessoal”.

E4 – (...)”estão relacionadas com a Organização e Funcionamento em 1.º lugar, e a seguir é o grupo das relações, Atitudes e Comportamentos”.

E5 – “Na área comportamental e relacional, sim”.

No item que propõe a resposta a esta questão (Item 3 – “Que categorias de reclamação são mais frequentes?”) os enunciados produzidos pelos entrevistados levantaram uma nova questão. Observamos no corpo de análise que, os entrevistados consideram que estas duas categorias surgem muitas vezes ligadas nos registos do “Livro Amarelo”. Em algumas respostas encontramos conteúdos onde se afirma que em grande parte dos casos é a insatisfação com o funcionamento dos serviços que gera o conflito relacional, sendo por vezes difícil discriminar a “atitude” ou “comportamento” isoladamente como queixa sobre o “indivíduo”.

E1 – (...) “muitas vezes há um desagrado com um funcionário mas a queixa até não tem nada a ver com ele, tem a ver com a espera” (...)”eu penso que é realmente o funcionamento da organização que condiciona o comportamento individual (...)”

E2 – (...)”parece que é no médico que recai mas na verdade é sobre o tempo de espera do atendimento, mas é o médico que é referido, mas nem sempre é manifesto no texto (...)”

E5 – (...)”tem mais a ver com a organização do atendimento mas depois vai para a relação”.

Categoria – Conteúdos das Reclamações no Comportamento

Objectivo – Qualificar os conteúdos das reclamações na área dos Comportamentos.

Os conteúdos produzidos neste trabalho ao nível da sub-categoria *Técnico-profissionais* mostram que apenas uma minoria revela insatisfação com os procedimentos técnicos dos prestadores de saúde. Estes comportamentos são mais difíceis de avaliar pelos utentes, na medida em que pressupõem o domínio de métodos e técnicas a que não acedem.

Na dimensão do *Comportamento* dos profissionais face ao utente, este último tende a apresentar mais reclamações sobre o aspecto relacional da interacção entre ambos. O doente queixa-se da falta de empatia, desinteresse, atitude pouco amável ou descortesia, por vezes a má educação na resposta dos profissionais das unidades de saúde.

E1 – (...)“*queixas porque as pessoas não foram atentas, não se esforçaram, fizeram má cara, fizeram o utente andar de serviço em serviço desnecessariamente (...) é porque a funcionária foi mal educada porque nem olhou para mim, pode ter falado mais alto*” (...)

E3 – (...)”*estamos a falar de atitudes, posturas, a falta de cortesia à cabeça, é a educação, a compreensão*”

E4 – “*Falta de cortesia, desrespeito no trato(...)*”.

E5 – (...)”*são mal educados ou não são cuidadosos a falar(...)*”

Categoria – Grupos Profissionais /Relacionais

Objectivo – *Identificar focos de reclamação sobre grupos profissionais na sub-categoria dos comportamentos “Relacionais”.*

De acordo com os enunciados os grupos profissionais mais frequentemente assinalados nas reclamações dos utentes são o grupo profissional administrativo e o grupo médico, com uma pequena diferença entre ambos.

E1 – (...) *“são os médicos e os administrativos (...)*.

E2 – (...) *”os administrativos, mas por uma margem muito pequena relativamente aos médicos”*

E4 – (...) *“Médicos e administrativos”*

Os enfermeiros estão mais distanciados, contudo é enunciado que nos últimos anos as reclamações face a este grupo estão a aumentar (E3).

O pessoal de enfermagem era, até há pouco tempo, tecnicamente dependente dos médicos e só recentemente começa a apresentar reclamações, em virtude da sua autonomia, que anteriormente não sendo percebida pelo doente, era também mais atribuída ao médico.

Os vigilantes são um grupo considerado “vulnerável” pelos entrevistados porque muito expostos e assumindo um papel de “escudo” de outros grupos profissionais”.

E1 – (...) *”é porque lidam com toda a gente (...) por vezes pode estar a cumprir o regulamento por ordem superior ao dificultar uma entrada indevida (...)*.

Os auxiliares de acção médica também têm vindo a apresentar mais reclamações, é uma carreira que também foi redefinida recentemente, com a atribuição de funções mais autónomas. Também foi referido que é um dos profissionais que está mais próximo do doente, pelos cuidados de higiene.

E2 – (...) *“o grupo mais vulnerável começa a ser o de auxiliares de acção médica”*.

Categoria – Especialidades ou Serviços /sub-categoria Relacionais

Objectivo – *Identificar focos de reclamação sobre áreas de atendimento na sub-categoria “Relacionais”*.

Os conteúdos referentes a esta questão imprimem pouca expressão às reclamações efectuadas em áreas específicas de atendimento. São todavia referidas, nos Centros de Saúde algumas especialidades, como a psiquiatria (E2), pediatria e estomatologia (E3). Na psiquiatria, são evocados conteúdos inerentes á condição do próprio doente psiquiátrico, que na sequência da sua disfunção apresenta insatisfação face á dinâmica relacional com os profissionais. A pediatria é uma especialidade que requer alguma delicadeza pela expectativa de protecção à infância, sendo esta apresentada como geradora de ansiedades e frustrações dos pais potenciadoras de conflitos relacionais. A estomatologia é focalizada no comportamento do profissional, que em particular apresenta repetidas reclamações nesta sub-categoria da interacção relacional, mas também por se tratar de uma especialidade com muita procura, e manifestamente insuficiente para a população utente, sendo também este motivador para a instalações de dinâmicas conflituosas nesta especialidade.

A Urgência no Hospital, assim como o atendimento complementar são nichos mais favoráveis de insatisfações para os utentes, que pela expectativa de observação clínica imediata, mas também porque estão acompanhados por familiares, estes disponibilizam-se para a apresentação da reclamação em nome do doente.

E2 – (...) “é na urgência que se observam mais situações independentemente das especialidades, mas parece-me que a psiquiatria tem bastantes”.

Em dois casos a frequência da reclamação na urgência / atendimento complementar é favorecida pelas más condições das instalações, ou por factores circunstanciais, como por ex. períodos de maior afluência.

E1 – (...) ”na urgência há sempre mais casos (...) por ex. no ano passado que o Inverno foi muito rigoroso, a afluência aumentou e foi horrível”.

É referido numa única entrevista, que a organização da própria equipa, na sua dinâmica interna, aliada a características de chefia menos eficazes, também remete para um desequilíbrio nas interacções, verificando-se aí um terreno propício ao conflito relacional.

E2 – (...)”*depende também do grau de persuasão do chefe de equipa (...) há chefes de equipa que são verdadeiros chefes e que sabem o que está a passar-se em todas as frentes e que resolvem logo as situações (...) nas divergências conseguem logo gerir (...).*

Categoria – Características dos Reclamantes

Objectivo – *Delinear uma caracterização dos utentes reclamantes.*

Nesta categoria verificámos que os indivíduos que registam no “Livro Amarelo” não são caracterizados, sendo esta informação totalmente ignorada pelo programa de categorização das reclamações. Assim, os entrevistados mostraram alguma dificuldade em responder ao item que identifica os reclamantes. Não obstante, de acordo com a sua experiência e percepção, evocaram alguns elementos pertinentes que mantivemos na análise desta categoria.

E4 – (...)”*isso nem sequer se regista!*”.

E6 – (...)”*isso não é registado, o programa nunca pediu essa caracterização*”.

A idade e o nível de escolaridade foram referidas, mas as respostas dividem-se de forma equitativa. Para metade dos entrevistados os reclamantes têm “entre 20 e 40 anos” (E4), e outra metade considera-os mais velhos, “acima dos 50 anos”(E3), assim como três entrevistados consideram tratar-se de pessoas com um nível escolar elevado(E4), ao contrário das outras três que pensam o oposto. Foi referido que a maior parte dos registos são efectuados por utentes do sexo feminino (E3) e também que a etnia cigana, ou os

toxicodependentes, tendem a dirigir-se frequentemente ao Gab. Utente. Os reclamantes são indivíduos com actividade profissional no sector privado(E3), onde se enumera a comparação com os padrões de desempenho das organizações privadas. São utilizadores esporádicos (E3) e por isso desconhecedores da organização interna da estrutura, e muitas vezes são familiares ou acompanhantes quem se dirige ao Gab. do Utente (E1;E6).

Mais frequente é a resposta sobre a atitude dos utentes, que são caracterizados como agressivos (E3;E5) e reivindicativos (E4) ou com maior poder de argumentação(E4).

A dispersão da frequência de respostas não permite validar ilações sobre as características dos utilizadores do “Livro Amarelo”. As respostas, são pouco seguras e podem transmitir somente a informação mais facilmente retida. Esta tentativa de caracterização parece mais associada ás características dos utilizadores de cada uma das unidades de saúde, que é representada em amostra, no grupo de reclamantes. Se o Centro de Saúde A é mais utilizado por utentes do sexo feminino ou idosos é natural que nas reclamações também se observe a mesma proporção.

Categoria – *Contra-resposta do Utente*

Objectivo – *Conhecer o grau de satisfação do utente face à resolução dada à reclamação.*

Os enunciados produzidos pelos entrevistados revelam que a maioria dos utentes não contesta a resolução dada à sua reclamação pelo Gabinete do Utente (U.R.=4).

A insatisfação, o agradecimento pela atenção dispensada, ou a tentativa de oferecer sugestões para a reorganização dos serviços são enunciados num Centro de Saúde (E6). Os restantes referem apenas que são raros os contactos do utente após o desfecho do processo de reclamação, mas quando sucede a contra-resposta dá lugar a uma reavaliação do processo.

Os elementos expressos nestas entrevistas não nos permitem identificar indicadores sobre a satisfação do utente perante a acção do Gab. Utente.

E1 – (...) *“apenas 5/6 casos e aí reavalia-se a situação (...) as pessoas não ficando satisfeitas com a resposta vêm falar com a direcção clínica, por ex. (...) e as pessoas ficam mais satisfeitas porque ficam a saber exactamente por que é que se passou(...)”*.

E2 – (...) *“desde o início só tivemos 4 contra-respostas”*.

E3 – (...) *“Normalmente não há.”*.

E6 – (...) *“as pessoas agradecem ou então é uma insistência numa sugestão que já tinham feito”*.

Categoria – Medidas adoptadas

Objectivo – *Compreender o uso do registo de reclamações na adopção de medidas de melhoria dos serviços.*

Encontrámos nesta categoria alguma contradição quanto à competência do Gabinete do Utente nesta matéria. Apenas um entrevistado assinalou a obrigatoriedade de introdução de propostas de alteração nos serviços, na sequência da análise das reclamações. Em três casos foram referidas mudanças pontuais, recorrentes das situações expostas pelos utentes. Não obstante, um dos entrevistados considerou não ser tarefa do Gabinete do utente sujeitar os dados do “Livro Amarelo” à elaboração de propostas por parte do gabinete do utente.

E1 – (...) *“há alguns procedimentos que vão sendo alterados, há uma preocupação em tentar alterar, mas não há nenhuma obrigatoriedade determinada”* (...).

E2 – (...) *“como está previsto como objectivo para o Gab. Utente analisar as reclamações e fazer propostas de alterações, nunca ninguém mas pediu, mas individualmente ponho certas questões ao Cons. Administração e geralmente dão resposta”*.

E3 – (...)”há aquelas [reclamações] muito bem fundamentadas e que nos faz reflectir, e que nos obriga a mudar”.

E4 – (...)“na medida do possível faz-se (...) com os recursos disponíveis”.

E6 – (...)”não dá lugar a nenhuma reunião, são coisas resolvidas na hora (...) de forma verbal, entre mim e a directora”.

Esta diversidade de registos, nesta categoria leva-nos a observar, em primeiro lugar, que não estão completamente estabelecidas as orientações para o Gabinete do Utente. Por outro lado, no pressuposto de que este Gabinete tem apenas funções de recepção e lançamento de dados, levantamos várias questões. Para que temos aqui recursos humanos tão qualificados, se a principal tarefa deste gabinete consiste em realizar um tratamento administrativo destes dados?

Em alternativa, a Direcção, ou o organismo que tutela o serviço de saúde, produz análises de resultados através do estudo das reclamações?

Categoria – *Interpretação das Reclamações pelo Gab. do Utente*

Objectivo – *Conhecer a dimensão mais qualitativa das reclamações através das percepções e interpretações dos responsáveis pela análise das mesmas.*

Não sendo este um objectivo de estudo inicial, as produções relativas a esta categoria, formulada à posteriori, mostraram pertinência pelo que aqui são analisadas.

Porque reclamam os utentes do SNS? Analisámos os enunciados que nos levaram a considerar três vertentes para o esclarecimento desta categoria: motivações dos utentes; características dos funcionários de cada grupo profissional e outros desencadeantes, como os recursos da própria estrutura assim como os factores circunstanciais.

Em primeiro lugar, a associação entre a má organização percebida pelo utente e o conflito relacional são novamente evocados (E1;E2;E5). O mau funcionamento pode ocorrer intra-equipa, no seio de um serviço e aparece relacionado com as dinâmicas relacionais entre colegas. Aqui são enumeradas as boas qualidades de uma chefia “assertiva” e competente para a resolução de conflitos (E2).

De outro lado, também é assinalada a instabilidade da Direcção e consequente desorganização dos serviços que não apresentem autonomia funcional (E5).

Os períodos de maior tensão são os mais favoráveis ao desentendimento entre funcionários e utentes com consequências na qualidade do atendimento. Toda a dimensão organizativa da estrutura, se apresenta anomalias, tem repercussões sobre a sua eficácia. Daqui a interpretação do Gab. Utente de que a maioria dos conflitos relacionais estão associados a falhas organizativas. Existem inúmeros constrangimentos organizacionais a que os funcionários têm de dar resposta, mantendo o funcionamento. Certamente que sujeitando a qualidade do atendimento. O médico, por ex., tem orientações para realizar uma consulta num tempo máximo de 15 minutos.

Da parte do utente é reconhecida maior informação e maior exigência perante os prestadores de cuidados de saúde.

E4 – (...)“*as pessoas são mais informadas, exigem mais e isso entra em conflito com um grupo ou com uma instituição ainda pouco virada para satisfazer estas necessidades dos cidadãos*”.

O utente é também visto como um mau utilizador dos serviços que apresenta desrespeito perante as regras de funcionamento das unidades de saúde (E5).

E5 – (...)“*acham que só têm direitos e não têm deveres, só olham para os problemas delas [utentes]*”.

Também do lado do utente a interacção é influenciada pelo seu estilo comunicacional. São reconhecidas características de agressividade para com funcionários, nomeadamente o pessoal administrativo (E3; E4).

E4 - (...)”*não sei como eles [administrativos] aguentam. Do ponto de vista humano é indescritível*”.

E3 - (...)”*o grau de agressividade dos utentes para os administrativos é muito grande, muito grande!*”

Sobre os administrativos são apontadas características ditas do “funcionalismo público”(E5), como sejam a resistência à mudança, mas também outros condicionantes como o desgaste provocado pelo contacto constante com o público e a não utilização de prémios ou outros incentivos na sua carreira (E4).

Para o grupo médico observamos registos ligados ao “estatuto social” deste grupo profissional, que vai de encontro a várias referências literárias. Aqui são referidos os comportamentos deste grupo como resultantes do modelo biomédico, a atitude mais centrada na doença e na técnica descurando a relação com o doente.

E4 - (...)”*tem por detrás uma atitude do profissional [médico] muito relacionada com um estatuto social que as pessoas consideram já ultrapassado*”.

E5 - (...)”*o médico tem uma postura muito diferenciada do ponto de vista hierárquico em relação aos doentes, é o pode dos médicos, sabem que a eles não lhes acontece nada*”.

Por outro lado, a sua imunidade face á insatisfação do utente (E5), a passividade do doente face ao médico (E6), ou porque é escudado pelos funcionários que fazem o primeiro nível de atendimento (E2).

E2 – (...)”*de certo modo o médico está protegido*”.

E4 – (...)”*os médicos (...) não reconhecem as exigências das pessoas como direitos*”.

E6 – (...)”*dos médicos, eles não gostam muito de reclamar, não é?(...) às vezes há ali incompatibilidades no guichet (...), mas depois entram(...) ao Sr. Dr. já não se disse nada*”.

As queixas relativas a outros profissionais na dimensão da comunicação têm vindo a aumentar, porque também a sua autonomia funcional tem crescido, como é o caso de enfermeiros (E3;E5) e auxiliares (E2).

Outros factores, como a insuficiência ou inadequação dos recursos, também favorecem a baixa de qualidade do atendimento em saúde (E1;E2). E sobre esta questão são referidos a falta de pessoal bem como as más condições das instalações.

Por consequência, os serviços entram em ruptura em situação de maior afluência, o stress aumenta e quando diminuem os recursos, habitualmente escassos, o descontentamento aumenta e com este as reclamações.

E1 – (...) “*eram uns contentores provisórios, isso também favorecia o descontentamento(...)*”

E6 – (...)”*pode confirmar que fica na cave [sala espera atend. complementar] e isso desagrade aos utentes*”.

Categoria – Atendimento Presencial

Objectivo – *Conhecer a opinião do Gabinete do Utente quanto à utilidade do atendimento presencial da reclamação.*

Esta categoria foi seleccionada à posteriori, a partir da primeira unidade de registo produzida sobre esta dimensão e incluída nas entrevistas subsequentes.

Os enunciados produzidos revelam que a maioria dos Gabinetes do Utente estudados não possuem instalações próprias para desenvolver as suas funções. Deste modo, o atendimento presencial, quando disponibilizado, decorre em instalações “cedidas” por outros serviços, muitas vezes com outros profissionais a escutar o diálogo.

Não obstante, se pedido pelo utente, ou se possível, o acolhimento da reclamação faz-se pela apresentação verbal da queixa, seguida do registo no “Livro Amarelo”.

O acolhimento é considerado pelos entrevistados como benéfico, porque possibilita muita qualidade em todo o processo das Reclamações. Viabiliza uma melhor análise da situação reclamada e maior rigor no tratamento da reclamação (E2;E5). Possibilita a introdução de informações sobre o funcionamento dos serviços ao utente (E2;E5;E6), diminui a sua ansiedade (E5), reduz a interferência no normal funcionamento dos outros serviços (E5). Em certos casos, favorece a satisfação do utente, este sente-se escutado, comunica os seus argumentos (E2). O impacto da insatisfação diminui, reduz o número de reclamações (E4;E6) e evita a instalação e aumento de conflitos relacionais (E5). Acrescentamos que pode ter o seu efeito preventivo, nos utentes utilizadores frequentes da unidade de saúde.

E2 – (...) *“vêm alguém que se interessa pelo problema”*.

E5 – (...) *“muitas vezes é preciso auxiliá-los a organizar a sua queixa (...) amortece as situações (...) e eu consigo percebê-las”*.

Por outro lado, este tipo de atendimento é muito desgastante (E5) e exige uma preparação sólida para a gestão de conflitos (E4).

Categoria – *Formação dos Funcionários*

Objectivo – *Conhecer o grau de preparação dos funcionários para a gestão das relações interpessoais.*

O atendimento ao público efectivamente induz um desgaste emocional muito discutido, e cujo desenvolvimento não tem aqui lugar. Ainda assim, o investimento na formação de funcionários para as relações interpessoais é praticamente nulo, e certamente que uma maior ampliação destas competências poderia reduzir a insatisfação dos utentes com a dimensão comunicacional.

De outro lado, no decurso destas entrevistas, foi referido por todos os elementos entrevistados, a escassa formação recebida por eles para a gestão de conflitos, pelo que a sua acção no atendimento presencial é necessariamente mais desgastante e menos efectiva.

E3 – (...) *“a absoluta ausência de formação dos profissionais para o contacto com o público”.*

E4 – (...) *“Eu já fiz em gestão de conflitos (...) não têm formação há montes de tempo [administrativos]” .*

E5 – (...) *“e a formação que recebi foi muito pouca, quase nenhuma”.*

Mas não só a dimensão relacional é pouco investida. O aspecto técnico da análise das reclamações requer também que os responsáveis pelo Gabinete do utente dominem melhor a técnica de análise de conteúdo, para reduzir a subjectividade da interpretação das reclamações e introduzir aí maior validade de procedimentos.

A criação do Gabinete do Utente em 1986, e a introdução do Livro Amarelo em 1997 nos serviços de saúde, foram medidas bem recebidas pelos utentes. Estes foram chamados à intervenção na Administração Pública. O estudo realizado pela IGS em 2005 mostra que a utilização do Livro Amarelo tem vindo a crescer ao longo dos anos.

O investimento na reforma legislativa e na reestruturação dos estabelecimentos, assinalava o início de uma abordagem qualitativa na Saúde.

Com estas medidas o cidadão formou expectativas quanto à sua nova condição de participante na avaliação da qualidade dos cuidados. Tornou-se utilizador dos meios oferecidos para manifestar o seu descontentamento e as suas sugestões para a melhoria dos serviços.

Contudo, os dados obtidos neste estudo levam-nos a deduzir que os resultados destas medidas não são ainda evidentes ao fim de vinte anos de utilização.

Os profissionais participantes no nosso estudo confirmam que as tipologias mais identificadas no Livro Amarelo são, em primeiro lugar ligadas à insatisfação com o a organização e o funcionamento dos serviços, e em segundo lugar, as queixas referem-se ao “comportamento dos funcionários”. A maioria dos casos estudados aponta no mesmo sentido que a informação já publicada pelo Ministério da Saúde.

Este tipo de queixas é transversal, isto é, são referenciadas em vários sectores de funcionamento e grupos profissionais. Não obstante, nos hospitais, a urgência tende a apresentar mais registos.

A caracterização dos reclamantes não foi possível, em parte por não se efectuar o levantamento destes dados no Gabinete do Utente. Ainda assim, parece-nos relevante conhecer este grupo de indivíduos, e oferecer alguma utilidade a estas informações. Actualmente, as grandes organizações preocupam-se em caracterizar e conhecer as suas expectativas e necessidades. Com base nestes dados, projectam-se as relações públicas prevenindo assim muitos conflitos com o “utilizador” dos serviços.

Ainda na área do utente, observámos que o número de contra-respostas é insignificante. Querirá isto significar que o utente reclamante ficou satisfeito com a acção do Gabinete do Utente e a resolução dada ao processo? Ou podemos tirar outras ilações sobre este dado? Poderia ser pertinente realizar inquéritos de satisfação aos utentes que utilizaram o *Livro Amarelo*. Alguns autores referem que o doente não contesta por não crer na utilidade das queixas ou por recear penalizações (Gonçalves & Domingues, 2000). Numa pequena estrutura, como é o Centro de Saúde, em que a identificação do utente pode comprometê-lo, é compreensível que o doente evite envolver-se num processo de reclamação.

Os dados fornecidos por este trabalho permitem também identificar algumas deficiências no processo de recepção, análise e tratamento das reclamações.

Os primeiros anos de implementação deste sistema deram lugar à constituição de equipas e de procedimentos necessários à garantia do processo. Mas com o passar dos tempos têm vindo a restringir o seu investimento. As equipas alargadas foram reduzindo o número de elementos destacados e hoje o Gabinete do Utente é praticamente dinamizado por uma única pessoa.

Os conteúdos identificados neste estudo revelam que os recursos, quer físicos quer humanos, disponibilizados para este Gabinete não garantem completamente as suas atribuições. A quantidade de funcionários no Gabinete é notoriamente insuficiente e, para estes, o acumular de funções representa uma sobrecarga de trabalho muito elevada.

Na maior parte dos casos o Gabinete do Utente não possui sequer instalações próprias para o seu funcionamento. A propósito deste facto, ao contactar um Centro de Saúde que compõe a nossa amostra, no sentido de aceder ao Gabinete do Utente, a funcionária não reconhecia o sector em questão. A dúvida foi constrangedora para ambas as partes, até que consultado outro funcionário, se esclareceu a situação.

Devido à escassez de recursos, o Gabinete do utente, mostra muita dificuldade em realizar um atendimento presencial. Apesar de este estar previsto nas suas atribuições, é compreensível que se sacrifique a qualidade do mesmo. Os profissionais deste estudo reconhecem os vários benefícios do atendimento presencial, mas fazem referência ao desgaste produzido no mesmo.

Por outro lado, o tratamento das reclamações tem sido até à data, realizado de forma muito rudimentar. Os mapas estatísticos, requeridos pelos organismos competentes, são preenchidos manualmente. Certamente que numa estrutura hospitalar, um funcionário administrativo, a tempo inteiro não desperdiçaria o seu tempo na realização deste trabalho. Não obstante, observamos funcionários qualificados nestas funções, geralmente Técnicos de Serviço Social, mas completamente desaproveitados em virtude de ocuparem o tempo com a carga administrativa do processo. Foi referido em entrevista o peso da densidade burocrática do tratamento da reclamação.

Desta forma perde-se o sentido de oportunidade de reflexão dos dados acumulados. O gabinete do Utente dedica uma pequena parte das suas funções à análise das reclamações.

Por outro lado, a análise dos registos requer a categorização dos seus conteúdos e também aqui encontramos falhas metodológicas muito consideráveis. Este procedimento é praticado por técnicos que, por inerência à sua formação, dominam a técnica de análise de conteúdo. Mas nem sempre assim acontece e este processo está também nas mãos de funcionários que fazem uma análise não sistematizada das exposições dos utentes. Este procedimento não equivale a qualquer método, mas a uma leitura subjectiva bem intencionada, mas cuja validade é questionável.

Os procedimentos para a categorização das queixas não são coincidentes e foram referidas diferentes formas de introdução dos dados no sistema informático utilizado (STMR). Sobre este sistema foram também apontadas falhas causadoras de enviesamentos do próprio programa informático.

Este aspecto levanta-nos ainda mais uma questão. No universo de dados tratados pelos Gabinetes do Utente do nosso país, quantos resultam deste procedimento?

Os dados divulgados pelos organismos do Ministério da Saúde foram categorizados, introduzidos no sistema informático e quantificados de acordo com estas regras de análise?

Estes dão lugar à avaliação dos serviços e ao estudo de novas políticas de administração pública?

A complexidade do processo é também um dado relevante. O processo da reclamação, dentro da instituição, percorre muitos sectores, em poucos casos existem representantes dos grupos profissionais ou áreas de atendimento para responder pela queixa. O tempo dispendido na averiguação da reclamação, para além do desgaste produzido no funcionário, leva à impossibilidade de cumprimento dos prazos legalmente estabelecidos para a resposta ao utente. Pensamos que o legislador é cego ou ingénuo quanto ao quotidiano numa instituição pública.

Por último, as medidas adoptadas pela organização. Constituem o resultado do processo e são introduzidas de forma pontual. O Gabinete do Utente raramente é chamado a reunir

com a Direcção dos serviços para a discussão de propostas. E a obrigatoriedade de participação do Gabinete do Utente nesta matéria não está completamente estabelecida para todos os colaboradores neste estudo.

Quanto à resolução dada aos processos, que entendemos ser o garante da rentabilização efectiva de todo o processo, ela é a «possível» dentro dos recursos da instituição.

Os conteúdos das reclamações mais ligados a condições objectiváveis da organização dão lugar a modificações, entendendo-se aqui que há uma resposta satisfatória face à exposição do utente, se a mudança for da competência da instituição.

Todavia, os conteúdos ligados à interacção entre o utente e o funcionário, representados pela categoria “comportamentos” são de muito difícil resolução. Desconhece-se aqui quais são as medidas utilizadas. Uma das medidas referidas pelos entrevistados é a formação dos funcionários na área comportamental, em particular na gestão das relações interpessoais.

A formação técnica dos profissionais clínicos tem sido assegurada, não pelo Estado, mas por empresas comerciais, designados laboratórios, ou outros interessados em oferecer a actualização técnica de alguns grupos profissionais.

Não obstante, a eficiência técnica não tem sido questionada pelos doentes, segundo os dados disponíveis. É o aspecto comportamental e relacional que motiva as suas queixas.

O atendimento público pressupõe a capacidade para gestão das relações interpessoais, em qualquer grupo profissional. A importância da dimensão comunicacional nas interacções entre o utente e o prestador de cuidados (indivíduo ou organização) está comprovada na investigação científica. Não obstante o reconhecimento da necessidade de maior qualificação dos recursos humanos no Plano Nacional de Saúde, não se destina verbas para a formação profissional.

Consideramos pois fundamental valorizar o percurso formativo dos profissionais com acções de sensibilização e formação na área da comunicação em contexto de saúde.

Outro aspecto importante que resulta deste trabalho é o reconhecimento, pelos entrevistados, de uma relação directa entre a insatisfação com a organização dos serviços e a instalação de conflitos relacionais utente/funcionário. Estas duas categorias surgem frequentemente na mesma exposição no Livro Amarelo.

Resulta daqui a observação de que, a ineficiência do funcionamento dos serviços é percebida por ambos intervenientes na relação clínica. De um lado, o utente que vê frustradas as suas necessidades e expectativas. De outro, o funcionário também ele esmagado por um sistema ineficiente. A comunicação do mal-estar e da insatisfação são traduzidas em atitudes e comportamentos. São referidas pelos colaboradores deste estudo a indelicadeza e a falta de empatia recíproca.

Gostaríamos de aqui referir que, segundo variados autores a comunicação é circular e resulta da interacção entre dois ou mais actores, de mensagens verbais e infra-verbais. A comunicação é relacional e reporta-se ao sistema.

A organização comunica as suas disfunções através dos procedimentos e comportamentos dos seus representantes e o doente comunica a sua insatisfação face às disfunções percebidas. Quem comunica a organização ao utente é o funcionário, ele próprio esmagado pelo sistema, e é quem recebe e projecta o descontentamento. Por sua vez, o utente, confirmadas as suas expectativas negativas na comunicação do funcionário, passa ele próprio a comunicar as suas.

Tomámos conhecimento, no decorrer desta investigação, que os médicos, por exemplo, receberam orientações para realizar a consulta num tempo médio de 15 minutos. Como pode a prestação de cuidados centrar-se no doente com estes condicionalismos? Seguramente que a rentabilização deste tempo é suficiente para que se comuniquem sintomas de uma forma breve e muito objectiva e se elabore um diagnóstico para por fim produzir uma receita médica. Contudo não nos parece haver lugar à explicitação de muitos mais conteúdos de comunicação nesta relação clínica.

Neste estudo foram apontadas várias características, quer dos utentes, quer dos profissionais, que corroboram esta perspectiva.

Os entrevistados assinalam esta relação e acrescentam que as queixas exclusivamente incidentes sobre comportamentos individuais são pouco frequentes. Em geral há todo um contexto evolutivo de desentendimento do utente com a organização que vem, num segundo momento, personalizar-se na atitude do funcionário.

Os dados expostos conduzem-nos à observação de que devemos analisar a qualidade das queixas mais do que a sua quantidade. A frequência das reclamações, em qualquer categoria, não é indicador suficiente para se concluir sobre o grau de satisfação do utente, em qualquer sector de actividade da organização. Nos conteúdos ligados à comunicação, apenas o estudo qualitativo pode ampliar os conhecimentos sobre a relação entre o utente e a instituição.

Pela primeira vez se abordou o Gabinete do Utente e grande parte dos dados obtidos neste estudo não consta das estatísticas publicadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

Assim, como avaliação das nossas opções metodológicas, consideramos que a análise qualitativa, pela técnica de entrevista e análise de conteúdo, foi a mais adequada para a operacionalização dos objectivos iniciais.

Reconhecemos que a validade interna apresenta alguma fragilidade, por não ter sido testado previamente o guião de entrevista. Quanto à validade externa, a amostra é muito reduzida e recomendamos a determinação de uma amostra mais significativa face ao universo em estudo, no caso de replicação deste trabalho.

Desejamos ter incentivado o interesse na exploração deste tema e em particular contribuir para a reflexão dos mecanismos que o Ministério da Saúde disponibiliza para a auto-avaliação do atendimento das suas instituições.

Dentro em breve estará a funcionar o programa Sim-Cidadão que vem, de acordo com os dados levantados neste trabalho, aperfeiçoar o processo de tratamento das reclamações e garantir maior utilidade na gestão dos serviços. Parece-nos interessante conhecer a sua operacionalização quando estiverem constituídos registos com o novo programa informático.

Por fim, pretendemos que deste trabalho resulte a ponderação das medidas economicistas recentemente propostas nas agendas políticas. A racionalização, a rentabilidade dos serviços de saúde não pode colidir com a satisfação da qualidade. Existe concordância geral quanto à necessidade de melhorar a eficiência da Administração Pública, todavia não podemos sacrificar as relações, e a comunicação, entre os intervenientes do Sistema Nacional de Saúde.

E ainda que as instituições da Administração Pública agilizem as suas respostas às solicitações da comunidade científica. De acordo com as regras do Código do Procedimento Administrativo (Dec. Lei 442/91 de 15 de Novembro) defende-se a desburocratização e a transparência dos processos administrativos e da relação com o cidadão, deseja-se que ajam em conformidade, no que respeita à disponibilização dos dados dos quais se apoderam como exclusivos proprietários. A este propósito relembramos que as “Orientações Estratégicas para 2004-2010” do Plano Nacional de Saúde (Min. Saúde, 2004) reconhece a importância do “diálogo intersectorial” com o meio académico para a concretização dos objectivos em saúde, sendo esta uma das abordagens estratégicas do Plano.

Segundo o Plano Nacional de Saúde serão consideradas áreas prioritárias as de investigação nomeadamente o “*estudo das percepções e da satisfação do cidadão em*

relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação”, contudo estes controlados pelo Ministério da Saúde.

(...) “A cultura herdada leva a que na administração pública, tal como em muitas entidades privadas, o reflexo imediato, a atitude natural, perante qualquer informação, consiste em considerá-la confidencial, e a sua divulgação parece ser autorizada apenas quando produz resultados benéficos para o seu proprietário” (OCDE, 2001)

Por conseguinte, quanto à acção do Gabinete do Utente, e ao Livro Amarelo, deseja-se que melhorem a sua própria qualidade e que, vencido o impacto produzido nos primeiros anos, não venham a tornar-se em meras operações de cosmética no rosto da Saúde portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, J. (1998). **Comunicação e Medicina**. Coimbra: Virtualidade.

Abric, J. (1999). **Psychologie de la communication : théories et méthodes**. Armand Colin: Paris.

Adam, P, Herzlich, C. (1994). **Sociologie de la maladie et de la médecine**. Nathan: Paris.

Barry, C., Stevenson, F., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. (2001) Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. **Social Science & Medicine**, 53, 487-505.

Bateson, G. et al. (1981). **La nouvelle communication**. Seuil: Paris.

Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. **Social Science & Medicine**, 32, 1301-1310 .

Béresniak, A., Duru, G. (1999). **Economia da saúde**. Climepsi: Lisboa.

Bertman, S., Wertheimer M., Wheeler H. (1986). Humanities in surgery, a life threatening situation: communicating the diagnosis. **Death Studies**, 10 (5), 431-9.

Brody, D., Miller, S. & Lerman (1989). Patient perception on involvement in medical care: relationships to illness attitudes and outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, 4, 506-511.

Carrachás, M. Eds. (2003). **As expectativas e responsabilidades dos cidadãos**. Actas do XVIII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde – Plano Nacional de Saúde , Fátima.

Charavel, M. (2003). La relation médecin-patient vers la decicion partagée, un nouveau champ d'investigation en psychologie de la santé. **Bulletin de Psychologie**, 56(1), Jan/Fev, 79-88.

Cruz, C., Carvalho, O. (1998). **Qualidade – uma filosofia de gestão** (3.^a ed). Lisboa. Texto Editora.

Direcção Geral de Saúde (DGS). (2004). **Reclamações 2003**. Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Maio, 2004.

Donabedian, A. (1989). Institutional and Professional responsibilities in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, 1(1), 3-11.

Escalda, A. (2006). Á conversa com Prof. Alberto Escalda. **Medi.com - Boletim Informativo da Seleção Regional da Ordem dos Médicos**, 6, 104, 8-11.

Ferreira, M. (2003). Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery. **The Pain Clinic**, 15, 87-101.

Flocke, S., Miller W. & Crabtree, B. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. **Journal. Fam. Practice**, 51., 835–840.

Fortin, M. Fabienne (2000). **O desenho da Investigação – O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociências.

Ghiglione, R., Matalon, B. (1993). **O Inquério. Teoria e prática**. Oeiras, Celta.

Gil, A. (1991). **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlassa.

Gonçalves, H., Domingues, I. IV Congresso Português de Sociologia. Passados Recentes, Futuros Próximos Comunicação Intitulada **Deuses e Demónios no Sector da Saúde Pública**. Questões de Cultura e Comunicação? Coimbra, 17 a 19 de Abril de 2000.

Kao, A., Green, D., Davis, N. Koplan, J. & Cleary, P. (1998). Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. **Journal. Gen. Int. Med.**, 13, 681–686.

Kleinman, A, Eisenberg, L., Good, B. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann. Int. Med.**, 88, 2, p.251-8.

Kleinman, A. (1980). **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California.

Lacour, L., Prouost, J, Saumier, A. (1995). L'Analyse de contenu. **Methodologie de la recherché en sciences humaines – une initiation par la pratique**. Canada, ERPI.

Levinson, W.. et al. (1997). **Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons**. JAMA, 277, 553–559.

LitleJohn, S. (1988). **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara.

McIntyre, T. & Silva, S. (1999). **Estudo aprofundado da satisfação dos atentes dos serviços de saúde na região norte**. Relatório final sumário. ARS Norte/ Universidade do Minho, Junho, 1999.

Ministerio da Saúde (1997). **Carta dos direitos e deveres dos doentes**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministerio da Saúde (2004). **Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2004-2010. Mais saúde para todos**. Lisboa: Ministerio da Saúde.

Morgan, C., Murgatroyd, S. (1994). **Total quality manegement in the sector in the public sector**. Open University Press, Philadelphia.

Nascimento, J.& Jesuíno, J. (2003). Atitudes e representações sociais em saúde. **Representações Sociais – teoria e prática** (2 ed). Universitária João Pessoa, Paraíba.

OCDE (2001). **Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-making**. OECD, Paris.

OMS (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion**. Health and Wealfare Canada, Cannadian Public Health Association, Ottawa.

Onga, L., de Haesa, J., Hoosa, A. & Lammesb, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. **Social Science & Medicine**, 40, 903-918.

Rocha Pitta, A. (1994). **A comunicação serviços de saúde/população. Modelos explicativos e desafios a partir das discussões recentes**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

Ramos, N. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa. Universidade Aberta.

Salmon, P. (2000). **Psychology of medicine and surgery – a guide for psychologists, counsellors, nurses and doctors**. Chistester: Jonh Wiley & Sons.

Santos, Margarida (1993). Avaliação da Qualidade na perspectiva do utente – importância dos aspectos não técnicos da prestação. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 11(4), 29-45.

Shanon, C.F. (1952). **The mathematical theory of communication**. University of Illinois Press: Urbana.

Shilling, V., Jenkins, V., Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction? **Psycho-Oncology**, 12, 599-611.

Silveira, P., Trindade, N. (1992). **A gestão na moderna administração pública: uso e costumes, manias e anomalias**. Lisboa: Editorial Presença.

Speedling, J., Rose, D. (1985). Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. **Social Science & Medicine** , 21, 115-120.

Stoudemire, A (1998). **Human behaviour: an introduction for medical students**. Philadelphia: Lippincott-Rave.

Teixeira, J. (1996) Comunicação e cuidados de saúde – desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, 1 (XIV), 135-139.

Teixeira, R. (1997). Models of communication and health practices. **Comunicação, Saúde, Educação**, 1 (1), 7-31.

Thom, D. Kravitz, R., Bell, R., Krupat, A. & Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: relationship to patient requests. **Familiar Practice**, 19 , 476–483.

Trindade, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação dos serviços de saúde. **Análise Psicológica**, 2/3 (XIV), 363-366.

Vala, J. (1986). **A análise de Conteúdo**. In Silva, A.; Pinto, J.. Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Afrontamento p.101-128.

CONSULTA ELECTRÓNICA

Portal da Saúde. Ministério da Saúde. 14/09/2006

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteúdos/apoio+ao+utente/gabinete+do+utente>

Site governamental português. 02/11/2005

<http://www.portugal.gov.pt>

Site informativo da Direcção Geral da Saúde. 2004/02/10

<http://www.dgsaúde.min-saude.pt>