

Universidades Lusíada

Matela, Susana Isabel Tavares, 1973-

A qualidade nos serviços de saúde : o papel do Gabinete do Cidadão

<http://hdl.handle.net/11067/3864>

Metadados

Data de Publicação	2018-07-16
Resumo	<p>Num contexto social em que a racionalidade dos recursos surge como grande preocupação, pensar na promoção de respostas que fomente a acessibilidade aos cuidados de saúde com qualidade é um desafio. O presente trabalho nasce da necessidade pessoal de aprofundar conhecimentos na área da saúde e pretende conhecer a atividade do Serviço Social no Gabinete do Cidadão e o seu papel na promoção da melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, nomeadamente: Aferir o contributo do Serviço Soci...</p> <p>In a social context in which the rationality of resources arises as a major concern, thinking about the promotion of responses that provide accessibility to health care with quality is a challenge. The present work is born from the personal need to deepen the knowledge in the area of health, and intends to know the activity of Social Work in the citizen's office and also its role in promoting better access of citizens to health care, namely: What is the scope of the intervention carried out by ...</p>
Palavras Chave	Acesso aos serviços de saúde - Portugal, Serviços nacionais de saúde - Controlo da qualidade - Portugal, Serviço social médico - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-13T09:26:27Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**A qualidade nos serviços de saúde:
o papel do Gabinete do Cidadão**

Realizado por:
Susana Isabel Tavares Matela

Orientado por:
Prof.^a Doutora Paula Isabel Marques Ferreira

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar
Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Isabel Marques Ferreira
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva

Dissertação aprovada em: 16 de Julho de 2018

Lisboa

2018



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

A qualidade nos serviços de saúde:
O papel do Gabinete do Cidadão

Susana Isabel Tavares Matela

Lisboa

Junho 2018



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**A qualidade nos serviços de saúde:
O papel do Gabinete do Cidadão**

Susana Isabel Tavares Matela

Lisboa

Junho 2018

Susana Isabel Tavares Matela

A qualidade nos serviços de saúde:
O papel do Gabinete do Cidadão

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Isabel Marques Ferreira

Lisboa

Junho 2018

Ficha Técnica

Autora Susana Isabel Tavares Matela
Orientadora Prof.^a Doutora Paula Isabel Marques Ferreira
Título A qualidade nos serviços de saúde: o papel do Gabinete do Cidadão
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MATELA, Susana Isabel Tavares, 1973-

A qualidade nos serviços de saúde: o papel do Gabinete do Cidadão / Susana Isabel Tavares Matela; orientado por Paula Isabel Marques Ferreira. - Lisboa: [s.n.], 2018. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - FERREIRA, Paula Isabel Marques, 1971-

LCSH

1. Acesso aos serviços de saúde - Portugal
2. Serviços nacionais de saúde - Controlo da qualidade - Portugal
3. Serviço social médico - Portugal
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Health care accessibility - Portugal
2. National health services - Quality control - Portugal
3. Medical social work - Portugal
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA399.P6 M38 2018

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora pela disponibilidade manifestada e paciência dada a irregularidade do meu percurso.

Aos meus pais que me transmitiram o valor do trabalho.

À minha irmã pelo incentivo mesmo nas fases mais conturbadas.

Ao meu companheiro que assumiu grande parte das minhas tarefas durante a realização deste trabalho.

O lugar o Serviço Social na área da saúde, é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares.

(Martinelli, 2003, p. 12)

APRESENTAÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde: O papel do gabinete do cidadão

Susana Isabel Tavares Matela

Num contexto social em que a racionalidade dos recursos surge como grande preocupação, pensar na promoção de respostas que fomente a acessibilidade aos cuidados de saúde com qualidade é um desafio.

O presente trabalho nasce da necessidade pessoal de aprofundar conhecimentos na área da saúde e pretende conhecer a atividade do Serviço Social no Gabinete do Cidadão e o seu papel na promoção da melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, nomeadamente:

Aferir o contributo do Serviço Social nos cuidados de saúde primários inserido no Gabinete do Cidadão? E identificar estratégias que possam fomentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários de qualidade.

Qualidade em saúde tendo por base a definição de Palmer, que defende a qualidade como “um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos” (*apud* Pisco, Biscaia, 2001, p. 44).

Para dar respostas a estas questões foi realizado um estudo de caso numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da área metropolitana de Lisboa (UCSP da Póvoa de Santa Iria), em que se procurou, através da análise das reclamações em livro amarelo apresentadas ao longo do ano de 2016, encontrar características pertinentes, padrões e singularidades quer no perfil do utente que reclama, nas razões que o levaram à reclamação, quer no tipo de resposta concedida.

Palavras-chave: Serviço Social, Gabinete do Cidadão; Qualidade na Saúde.

PRESENTATION

The quality on health services: the function of the citizen's office

Susana Isabel Tavares Matela

In a social context in which the rationality of resources arises as a major concern, thinking about the promotion of responses that provide accessibility to health care with quality is a challenge.

The present work is born from the personal need to deepen the knowledge in the area of health, and intends to know the activity of Social Work in the citizen's office and also its role in promoting better access of citizens to health care, namely: What is the scope of the intervention carried out by the Social Worker to improve the provision of the service? What strategies could be adopted to promote good practices and quality health care? Health quality based on Palmer's definition of "quality" as a set of activities aimed at ensuring affordable and equitable services with optimal professional performance, taking into account available resources and achieving user compliance and satisfaction care received "(apisco Pisco, Vizcaya, 2001, page 44).

In order to answer these questions, a case study was carried out in a Personalized Health Care Unit located in the metropolitan area of Lisbon.

The study focused in the analysis of complaints presented during the year 2016 using the "yellow book", and their relevant characteristics, contents, patterns and singularities, considering the profile of the patient who claims, the reasons which led to the complaint, and the type of answer provided.

Keywords: Social Work, Citizen's Office; Quality; Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Distribuição em % das reclamações recebidas em ERS. (ERS- Síntese Descritiva, 2016)	54
Ilustração 2 - Número de reclamações da USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por meses	64
Ilustração 3 - Número de reclamações da USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por género.....	65
Ilustração 4 – Distribuição etária Feminina.....	66
Ilustração 5 – Distribuição etária Masculina	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Temas visados nos processos REC submetidos à ERS em 2016	53
Tabela 2 - Os utentes do ACES Estuário do Tejo distribuídos por concelho	62
Tabela 3 - Reclamações registadas nas unidades de saúde do ACES em 2016.....	62
Tabela 4 - Distribuição de Utesntes no concelho de Vila Franca de Xira	63

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	-	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	-	Administração Regional de Saúde
CE	-	Comissão Europeia
CSP	-	Cuidados de Saúde Primários
DGS	-	Direção Geral de Saúde
EQUAS	-	European Quality Assurance in Social Services
ERS	-	Entidade Reguladora de Saúde
FMI	-	Fundo Monetário Internacional
GC	-	Gabinete do Cidadão
IGAS	-	Inspeção Geral das Atividades em Saúde
ISSO	-	International Organization for Standardization
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPSS	-	Observatório Português do Sistema de Saúde
PNS	-	Plano Nacional de Saúde
SGSR	-	Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações
SIGA	-	Sistema Integrado de Gestão de Acesso
SIM	-	Sistema de Informação e Monitorização
SNS	-	Serviço Nacional de Saúde
TMRG	-	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UCC	-	Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP	-	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

SUMÁRIO

Introdução.....	21
1. Serviço Social na saúde	23
2. Políticas Sociais em Saúde.....	39
3. A qualidade na saúde e o papel do Gabinete do Cidadão.....	45
3.1. Discussão teórica sobre a qualidade	45
3.2. Surgimento e ação do Gabinete do Cidadão	49
4. Metodologia de investigação.....	55
5. Estudo de caso.....	61
5.1. Análise do ACES Estuário do Tejo.....	61
5.2. Análise das reclamações da UCSP Póvoa de Santa Iria.....	63
6. Conclusão	75
Referências	75

INTRODUÇÃO

Este trabalho partiu de uma necessidade profissional decorrente da integração laboral na área da saúde. No decurso da intervenção foram surgindo variadíssimas questões, nomeadamente: Qual o alcance da intervenção realizada pelo Assistente Social com vista à melhoria da prestação do serviço? Que estratégias poderão ser adotadas no sentido de promover boas práticas e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde? Que papel assume o Assistente Social neste contexto? Como pode contribuir para a promoção do acesso aos cuidados primários? E como pode garantir o acesso a todos? Como desbloquear entraves no acesso aos serviços/recursos? Como mediar as aspirações dos utentes, as diretivas da organização e os recursos/serviços disponíveis? Esta expressão de cidadania promove o direito à saúde com qualidade? Qual a sua função e que impacto produz? Em que medida o Serviço Social contribui para a proposta de medidas e/ou ações preventivas e corretivas?

Perante as dúvidas, e numa tentativa de delimitar o objeto de estudo, particularizou-se a reflexão em torno na intervenção do Assistente Social no tratamento das reclamações dos utentes no Gabinete do Cidadão, entendido como instrumento que poderá contribuir para a promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde primários.

Recorreu-se, num primeiro momento, à construção do enquadramento teórico da realidade, tendo sido estudada a relação entre o Serviço Social e a Saúde, partindo da evolução do conceito de saúde, passando pela história do Serviço Social e a evolução das Políticas Sociais na Saúde.

Num segundo momento foi analisada a questão da qualidade em saúde e caracterizados alguns dos sistemas de certificação da mesma. Neste contexto, deu-se conta do surgimento dos Gabinetes do Cidadão, uma resposta que tende a prestar um serviço com vista à melhoria da prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, procurou-se encontrar critérios de qualidade que permitissem direcionar a intervenção do Assistente Social no Gabinete do Cidadão.

Num terceiro momento foi apresentada a metodologia, tendo sido adotada a realização de um estudo de carácter exploratório na medida em que se pretendeu construir um modelo descritivo da realidade, através do levantamento de questões de análise.

Seguidamente foi apresentado o estudo de caso, nomeadamente a análise das reclamações recebidas em Livro Amarelo, da Unidade Cuidados de Saúde Personalizados da Póvoa de Santa Iria, durante o ano de 2016, no Gabinete do Cidadão,

do Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo. Pretendeu-se realizar a análise das exposições recebidas, caracterizando as mesmas tanto em relação ao seu motivo e perfil dos exponentes, quer no tipo de resposta concedida.

Por último, foi realizada uma reflexão em torno da intervenção social tendo em conta os motivos que originaram o descontentamento dos utentes, numa tentativa de projetar práticas profissionais que permitam fomentar uma prestação de serviço de qualidade.

1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo pretende-se fazer uma resenha histórica do Serviço Social na Saúde tendo como pano de fundo a evolução dos conceitos de saúde e doença que configuram o campo de intervenção do Assistente Social.

As redefinições dos conceitos têm acrescentado à dimensão física da saúde/doença o estudo das características sociais e psicológicas dos cidadãos, numa perspetiva dinâmica como salienta Goldim, ao afirmar que “a introdução da noção de que a saúde é um processo continuado e interdependente de preservação de vida, criou uma nova dimensão social. A saúde passou a ser, também, um critério de cidadania” (*apud* Mendes, 2002, p. 1).

Para determinar o papel desempenhado pelo Serviço Social na Saúde terá que se recorrer à evolução das políticas de saúde e conseqüentemente à “influência que as políticas públicas exerceram na identificação e determinação dos recursos humanos nos diversos contextos de intervenção em saúde” (Amendoeira, 2009, p. 4).

Além disso, é necessário salientar que o nascimento do Serviço Social surge associado à necessidade de resposta aos mais carenciados e doentes. Como postula Carvalho “a relação do Serviço Social com a área da Saúde não é recente, faz parte da própria identidade da profissão de assistente social” (2012, p. XXIII).

Poder-se-á afirmar que perante o reconhecimento de uma necessidade de apoio aos indivíduos, marcada pelo valor dominante da época, isto é, do conceito de saúde aceite, é impulsionada a criação e desenvolvimento da profissão.

A Génese

A saúde sempre foi uma preocupação da humanidade, que inicialmente recorreu a lendas, mitos, crenças e rituais para a manter ou recuperar. No século XIX associado ao desenvolvimento das ciências médicas e influenciadas pelas conceções teóricas do positivismo e cientismo surge a necessidade de estudar as conseqüências de fatores de ordem económica e social na saúde dos cidadãos. A partir de 1925 aprofunda-se a consciência sobre a necessidade da organização eficaz dos Serviços de Higiene e Assistência, da utilização de métodos modernos e de formar um novo profissional que complemente a ação do médico, através de um trabalho de educação e vigilância da população, e da obtenção de benefícios sociais que contribuam para melhorar as suas

condições de vida. Essa consciência vem expressa em diferentes artigos e notícias publicados em "A Medicina Contemporânea". (Matias, 1999, p. 107).

A nível internacional a origem do Serviço Social remonta igualmente ao século XIX, nos Estados Unidos, com Mary Richmond influenciada pela enfermagem e associada às questões da higiene e educação. Em 1905 o médico Richard C. Cabote criou o primeiro Serviço Social médico no Hospital Geral de Massachussets, função desempenhada por Guarnet I. Pelton. De resto, "a principal incumbência do Serviço Social, neste contexto, era a redação de relatórios que descrevessem a situação e condições habitacionais e de trabalho dos doentes" (Guadalupe, 2011, p. 100).

Na tentativa de situar o seu surgimento na Saúde é realizada uma breve retrospectiva da história do Serviço Social que, de acordo com Guadalupe, "tem sido um dos atores do sistema português, constituindo uma carreira já com um longo percurso de mais de um século a nível internacional, e de mais de meio século em Portugal" (2011, p. 101).

Para Carvalho (2012), o nascimento do Serviço Social na Saúde surge associado à necessidade de assegurar a força de trabalho, num contexto industrial marcado por epidemias.

Os serviços de Saúde em Portugal nos finais do século XVIII através da intervenção do Dr. Ricardo Jorge são alvo de uma organização dos "Serviços de Saúde e Beneficência Pública" e que se destinam o apoio do Estado apenas aos cidadãos com dificuldades económicas.

Em 1924, através da intervenção do Diretor do Sanatório de Lisboa da época, são promovidas as primeiras experiências de Serviço Social na Saúde. Neste período, o enfoque da avaliação centra-se sobretudo nas condições económicas dos doentes.

Dez anos depois, por influência do médico Alfredo Tovar de Lemos, a avaliação social ganha uma nova dimensão abandonando juízos de valor perante o modo de vida dos doentes.

Entre as décadas de 30 e 50, do século XX, assiste-se a um movimento social nacional que defende a necessidade a criação do Serviço Social com duas correntes: uma ligada à medicina social, constituída por uma elite de médicos e outra com ligação à educação moral, associada à ditadura que veio a prevalecer.

A primeira escola de Serviço Social nasce então em 1935, recebendo a designação de o Instituto de Serviço Social de Lisboa¹, sendo direcionada apenas para mulheres e gerida pelo patriarcado. Em 1937, nasce em Coimbra, a denominada Escola Normal, de origem laica.

Teresa Silva chama a atenção para o facto do “Estado, embora não se responsabilizando diretamente pelas escolas, estabelece princípios gerais a que estas se terão de submeter, assumindo a fiscalização da formação com a exigência de valores do Estado Novo e recrutando, posteriormente, as alunas recém-formadas para os serviços sociais que vai criando (Silva, Teresa, 2017, p.36).

Mouro (2012) refere que o Serviço Social nesta fase criou como seu espaço de intervenção profissional a ação sobre o meio e as condições de vida, nascendo associado a tarefas de educação para a saúde, de cariz preventivo. “Neste período, a ação social desenvolvida por assistentes sociais, visitadoras e/ou voluntárias confundia-se com a ação religiosa e de educação moral nacional” (Carvalho, Pinto, 2012, p.8).

Para Branco e Amaro, “a aspiração do Serviço Social como atividade profissional nas sociedades modernas está, neste sentido, associada com o próprio surgimento da ciência social pois “o espaço profissional da prática do Serviço Social é o pacto social com vista a um ideal de progresso humano, justiça social, democracia, equidade e autodeterminação (Branco, Amaro, 2011, p. 659).

Década de 40

Na segunda metade da década de 40, com a aprovação da Lei 2011, de 2 de abril de 1946, que visa organizar os serviços hospitalares, a definição de Saúde, saiu “reforçada a multidimensionalidade e heterogeneidade da saúde”, como destaca Amendoeira.

Neste sentido, é conferido ao conceito de Saúde uma dimensão social que “introduz a imprescindibilidade do diagnóstico social como complemento do clínico” (Guadalupe, Sónia, 2011, 109).

Em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas publica a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que surge como enquadramento para o desempenho da atividade profissional do Assistente Social. Neste contexto, o Serviço Social surge da necessidade de promover o acesso dos cidadãos aos serviços de Saúde, através de uma ação

¹ Em 1969 passa a designar-se como Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

humanizadora de profissionais qualificados e “pode ser considerado uma profissão da modernidade, uma vez que está fundado sobre alguns dos princípios básicos da modernidade, tais como os direitos humanos, a justiça social e equidade” (Branco, Amaro, 2011, p. 659).

Mouro (2012) salienta que o Serviço Social na Saúde adquire uma perspetiva de integração social decorrente das duas Grandes Guerras ao trabalhar com os mutilados e no apoio aos familiares destes.

Década de 50

Nos Anos 50 do século XX, surgem movimentos de reflexão e avaliação crítica no seio da profissão, deixando uma doutrina de «higienismo social» e de uma atuação assistencialista, paliativa e casuística para se centrar numa intervenção promocional e global (Guadalupe, 2011, p.101, Portugal-MS, 1998, p.5). Nesta fase, é criado o Ministério da Saúde e da Assistência. O Assistente Social começa a estudar o ambiente familiar e o meio onde vivem e trabalham os indivíduos. A condição de saúde do indivíduo surge associada ao meio, cabendo à intervenção social curar e cuidar.

Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (2012) defendem que a institucionalização da formação e da profissão de Assistente Social decorreu entre as décadas de 30 até à década de 50 século XX do num contexto político do Estado Novo, em que dominavam os valores da filosofia, teologia, humanismo e da caridade. A Assistência social privilegiava a institucionalização dos pobres. Os profissionais formados entre um a três anos, pertenciam a uma elite feminina de cariz voluntário.

No ano de 1956 nasce a escola de Serviço Social do Porto, pela mão de católicos progressistas e com o apoio do Bispo do Porto.

Década de 60

A nível internacional, a década de 60 do século XX, surge marcada pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de saúde como “o bom desempenho das funções vitais”; privilegiando-se uma perspetiva individual que valoriza o vigor físico e o equilíbrio mental do sujeito.

Em Portugal, num contexto de guerra colonial, assistia-se à industrialização, sendo uma das preocupações do Estado garantir alguns cuidados de saúde à força de trabalho.

Em 1964, é criado o curso de Serviço Social no Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, o que constitui um avanço ao nível da adoção de métodos e técnicas na avaliação e intervenção social. Em 1967, é permitida a frequência dos cursos de Serviço Social, aos homens. Em 1969, o curso passa a integrar os institutos superiores, dada a visão onde “predominavam paternalismos discriminatórios do que se consideravam assuntos femininos e avessos à criação de profissionais com grau superior para trabalhos de intervenção social, que podiam facilmente sair do controlo político” (Carvalho, Pinto, 2012, p. 12). O Serviço Social através do protagonismo adquirido pelas ciências sociais e dos valores da defesa de dignidade humana ganha o estatuto de curso de formação superior, mas não universitário.

Nesta década é ainda publicado o regulamento geral dos hospitais, documento que descreve as funções de humanização e intervenção em situações de vulnerabilidade do Serviço Social.

Década de 70

Esta década surge marcada pela denominada “Reforma de Gonçalves Ferreira”, que teve início em 1971 e que constitui o primeiro esboço da criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), reconhecendo o direito à saúde como um direito universal. Neste período são criados os centros de saúde de 1ª geração², que trabalham predominantemente a área da saúde materna e infantil, sendo conferida grande importância às atividades da promoção da saúde e prevenção da doença.

Mais tarde, com a Revolução de Abril de 1974, o conceito de saúde é alargado, passando a Constituição Portuguesa a consagrar o direito à vida, à proteção na doença e à “integridade pessoal, ao ambiente e qualidade de vida”. A saúde passa a constituir-se como um direito “e não benefício, constitui-se como um produto político e cultural da sociedade contemporânea” (Carvalho, 2012, p. 5).

O pós-salazarismo herdou três ministérios sociais: o Ministério da Educação Nacional (criado em Abril de 1936), o Ministério das Corporações e Previdência Social (criado em Agosto de 1950) e o Ministério da Saúde e da Assistência (criado em Agosto de 1958) (Leal, 1988, p. 929).

² Decreto-Lei 413/71 de 27 de Setembro.

Até 1974 “estávamos perante um sistema bastante fragmentado e onde o Estado tinha uma intervenção reduzida, reflexo de uma conceção assistencialista dos serviços médico-sanitários” (Lima, 2015, p.2).

No final da década de 70 é publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei 413/71, de 27 de setembro) que define a política de saúde com uma maior e mais equitativa cobertura territorial aos cidadãos. O direito à saúde vincula-se ao nível da promoção, prevenção e vigilância, e de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social passa a ser o desígnio.

Todavia, a criação do SNS tem como pano de fundo um contexto social marcado por “frágil base financeira; ausência de uma cultura de gestão apropriada à especialidade da saúde e, portanto mantém uma persistência de modelos de organização e gestão de comando e um controlo de natureza essencialmente administrativa; um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do Sistema Nacional de Saúde e o da «medicina convencional» e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados; limitações no acesso aos cuidados de saúde e pouca informação sobre a sua qualidade” (Sakelleres *et al.*, 2015, p 21).

O Serviço Social na Saúde surge nesta época, ainda associado ao nascimento da Segurança Social através do chamado “O Despacho Arnault”, que em 1976 “abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde, Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva” (Amendoeira; s/data, p. 6), dedicando-se o Assistente Social à “reabilitação social” do indivíduo.

A nível internacional, nos finais dos Anos 70, a Declaração de Alma-Ata (1978) que defende “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de Saúde”, vem igualmente contribuir para a criação do Sistema Nacional de Saúde em Portugal que se integra num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983) Espanha (1986) (Sakelleres *et al.*, 2015, p 23).

A Declaração de Alma-Ata determina que “os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos, em tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal e dos indivíduos e da comunidade” (OMS, 1978, p. 3).

Podemos identificar como períodos marcantes na evolução do Sistema Nacional de Saúde Português a década compreendida entre os anos 1961 a 1971, fase em que a Saúde pública surge enfatizada, com a criação dos centros de saúde, o plano de vacinação, a definição dos estatutos da carreira médica, sendo designada como marcada por “uma visão integrada da saúde”.

Espirito Santo (2015) salienta as alterações ocorridas ao afirmar que então o acesso aos cuidados de saúde era da responsabilidade das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência, ocupando-se o Estado da proteção aos pobres.

Para as autoras Carvalho e Pinto (2012), a entrada na democracia conduziu a uma fase de afirmação do Serviço Social que passou a privilegiar na sua intervenção a adoção de técnicas e o envolvimento político no decurso da ação profissional, sobretudo nos projetos comunitários.

Década de 80

A nível internacional, a publicação da Carta de Ottawa em 1986, vem defender a Saúde como um fator fundamental para contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a capacitação dos cidadãos.

Em Portugal, após a criação do Sistema Nacional de Saúde (1979) e até ao ano de 1981, assiste-se à “ênfase especial na organização dos cuidados de saúde” com a construção de cerca de 300 centros de Saúde e 20 novos hospitais distritais. Fonte? As questões da Saúde ganham revelado manifestado na criação do Ministério da Saúde, em 1983.

Com a publicação do Despacho Normativo nº. 97/83, de 22 de abril é definido o rácio de assistentes sociais, com a relação de um Assistente Social para 30.000 habitantes, e onde define que “constituem atribuições do Serviço Social: a) participar na definição, execução e avaliação da política de saúde concelhia; b) cooperar com os restantes serviços do centro de saúde nas ações dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade; c) colaborar em projetos de educação para a saúde, designadamente de alimentação, planeamento familiar, alcoolismo e droga; d) participar na recuperação e reabilitação dos utentes; e)acompanhar os utentes internados em lares e casas de repouso; f)coordenar as ações do corpo de voluntários”.

A integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia em 1985 marca o contexto sociopolítico da década, dando-se a entrada do setor privado na prestação de cuidados de saúde e a conseqüente regionalização do mesmo.

No final da década, em 1989, por revisão constitucional o SNS deixa de ser gratuito para assumir-se como tendencialmente gratuito. É introduzido o pagamento de taxas moderadoras como forma de racionalizar a utilização dos serviços, financiados sobretudo pelo Orçamento Geral do Estado, sendo aberta a porta para o setor privado.

De facto, o artigo 64 da Constituição da Republica Portuguesa refere que “compete ao Estado articular formas empresariais e privadas da medicina com o Serviço Nacional de Saúde de forma a assegurar a proteção na doença”.

A evolução do Sistema de Saúde português é caracterizada por três sistemas coexistentes e sobrepostos: o SNS, os subsistemas de saúde e os fundos de seguros de saúde. O primeiro tem como fonte de financiamento o orçamento geral do Estado e conta com a contribuição dos cidadãos através do pagamento dos impostos, sendo caracterizado pela universalidade de acesso e de cariz tendencialmente gratuito. Os subsistemas de saúde, como a Assistência na Doença aos Servidores do Estado, Assistência na Doença aos Militares, entre outros, são financiados pelos seus beneficiários trabalhadores tendo em conta o seu salário, que contribuem para que possam ter acesso e são caracterizados pela existência de um grupo de pertença. Já os seguros de saúde são serviços contratados particularmente pelo cidadão que só assim usufruí dos mesmos.

Ao nível da prestação dos cuidados de saúde primários são criados os centros de saúde de segunda geração³ e que resultam da fusão dos postos de Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e os Centros de Saúde existentes, dependentes das Administrações Regionais de Saúde à data distritais.

No que diz respeito ao Serviço Social, nesta década dá-se a fusão entre o modelo de assistência na doença com o modelo sanitário o que marca o início da formação pós-graduada em Serviço Social e um período de “afirmação” da profissão que ganha maior visibilidade ao integrar os quadros da administração pública na persecução das políticas sectoriais, sendo criada a carreira de técnico de serviço social.

³ Despacho Normativo 97/83 de 22 de Abril de 1983.

Década de 90

Na década de 90 é aprovada a Lei de Bases da Saúde⁴ que visa proteger o cidadão dos riscos associados à doença através da criação de unidades de saúde integradas (sistemas locais de saúde) com vista a aproximar os recursos aos cidadãos. Esta reforma alterou formalmente o SNS ao introduzir as seguintes características: a responsabilidade pela saúde passa a ser conjunta (antes era do Estado, agora passa a ser dos cidadãos, da sociedade e do Estado, com liberdade de procura e de prestação de cuidados); incumbindo explicitamente aos usuários a coresponsabilidade pela mesma.

Durante o período de 1985 a 1995, na proteção à saúde são adotados mecanismos de mercado, que deram origem à publicação de uma nova lei para todo o sistema de saúde (Lei de Bases da Saúde – 1990); a Nova Lei para o SNS, com cinco administrações regionais de saúde sem uma governação estratégica unificada. Ocorreu uma tentativa de iniciar um seguro de saúde social com “opção de saída” do SNS que falhou, e ocorreram tentativas de iniciar a gestão privada dos hospitais públicos do SNS, e de privatizar os serviços públicos do SNS (Fundação Calouste Gulbenkian, 2011, p. 231).

Ao nível do Serviço Social, em 1991, é criada a carreira de Técnico Superior de Serviço Social, através da Portaria 15/90⁵. Na Circular Normativa nº 8, do Departamento da Modernização e Recursos da Saúde são descritas as funções do Assistente Social em contexto hospitalar e enquadrado nos cuidados primários. O documento identifica como as seguintes funções do Assistente Social: “a) Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social; b) proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social; c) proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social; d) participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabecimentos; e) definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos; f) analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação científico-social; g) assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da

⁴ Lei 48/90 de 24 de agosto, regulamentada através do decreto-Lei 11/93 e pela lei nº 27/2002, de 8 de novembro.

⁵ Portaria 15/90 do Ministério da Educação, Decreto-Lei 296/91 de 16 de agosto.

comunidade; h) envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; i) articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados; j) relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social. O mesmo documento recomenda que o Técnico Superior de Serviço Social, dada a especificidade da sua intervenção, reportasse hierarquicamente ao órgão dirigente máximo ou no caso dos hospitais, ao diretor clínico.

Carvalho e Pinto (2012) na sua matriz de análise situam com início nesta década e até 2006, um período que denominam de “consolidação do Serviço Social”, que se desenvolve a par da consolidação da democracia, a abertura à sociedade civil, com a procura da construção de um conhecimento autónomo, tendo como influências teóricas dominantes os princípios da coesão, ativação e os direitos individuais. O Serviço Social constitui-se enquanto “ciência prática”, no desenvolvimento de respostas integradas, “consubstanciadas em desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, que promovem a capacitação e o empowerment pessoal e social” (Carvalho, Pinto, 2012, p.17).

De 1995 a 2000 assiste-se ao regresso dos princípios da fundação do SNS, dando-se início à reorganização dos centros de saúde em redes de pequenas equipas multiprofissionais responsáveis por uma população definida, mediante a introdução de um conceito de “sistema de saúde local” com co-responsabilidade e participação da comunidade (foi publicada uma lei, mas poucas experiências se iniciaram). Dá-se o início dos processos de contratualização e contratação dos cuidados de saúde no interior do SNS (existem ainda, com algumas evoluções) (Fundação Calouste Gulbenkian, 2011, p. 231).

No último ano da década de 90, através do Decreto-Lei 207 de 9 de Junho, que é o reflexo das orientações adotadas, foi criada a primeira Unidade Local em Matosinhos. Estas Unidades tinham como objetivo garantir a articulação entre os cuidados primários, os hospitalares e os cuidados continuados.

Após o ano de 2000

No presente, a saúde é denominada como um estado dinâmico, “como resposta do indivíduo as condições do meio onde vive, resposta esta que deve ser analisada sob

três planos ou dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social” (Organização Mundial de Saúde, 2010). A OMS considera que “a injustiça social está a matar em larga escala” e apelou à criação de uma nova agenda mundial para criar condições de equidade na saúde.

O relatório da Fundação Calouste Gulbenkian “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar” identifica as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, as condições de vida e de trabalho, o ambiente de trabalho, a agricultura e produção de alimentos, a idade, o sexo e fatores de constituição física, os cuidados e serviços de saúde, as águas, a educação e o saneamento, o desemprego e a habitação, para além dos fatores individuais de estilo de vida e das redes sociais e comunitárias, como fatores determinantes para a saúde (Dahlgren and Whitehead, *apud* Crisp, 2014, p. 234).

A definição de Saúde ganha outras dimensões, passando a não ser apenas a ausência de doença, mas como uma situação de perfeito bem-estar, físico, mental e social. Amendoeira (s.d) chama a atenção para o facto de “ao relacionar qualidade de vida com saúde, permite-nos refletir sobre as respostas individuais e singulares, enquanto respostas humanas aos processos de saúde e doença e respetivas implicações na vida quotidiana. Envolve mais do que um adequado bem-estar físico, incluindo também as perceções de bem-estar, o nível básico de satisfação e o sentimento de autoestima” (Amendoeira, 2009, p. 33). Nesta perspetiva, a intervenção social tem que ter em conta todas estas dimensões que a Saúde adquire, para que se possa realizar uma avaliação global do estado de Saúde do cidadão.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde em 2005, que produziu o relatório: «Redução das desigualdades no período de uma geração – Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais», e estudou os fatores que influenciam a Saúde dos cidadãos, sendo que se estima que 70% dos determinantes estejam fora do sector da Saúde, circunstância de particular relevo ao se programar a intervenção. Os determinantes da Saúde têm sido frequentemente agrupados nas seguintes categorias: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (*habitat*, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). A Saúde neste contexto deixa de ser avaliada numa perspetiva individual para adquirir um cariz, denominado por Carvalho (2012), de “societal”, ou seja, estuda as condições de

nascimento do sujeito e as experiências adquiridas ao longo da vida, constituindo-se assim como um conceito dinâmico.

Em 2001, o XIV Governo constitucional, por resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001, dá início ao Programa de Parcerias Público/Privadas (Decreto-lei nº 86/2003, de 26 de abril). Lima (2015), situa o SNS no período compreendido entre 1995 e o ano 2002 como sendo “caracterizado por uma aproximação à lógica de funcionamento de mercado, com uma política centrada na introdução de uma nova gestão pública dos hospitais e centros de saúde, sendo marcado por um aumento da oferta dos serviços de saúde, com a introdução de novos atores na gestão e prestação de cuidados contratualizados com o Estado” (Lima, 2015, p. 3). Assiste-se ao enfoque dos ganhos em Saúde, numa perspetiva empresarial com diferentes formas de gestão e organização das unidades de saúde.

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalarⁱ (Lei nº 277/2002, de 8 de novembro) registam-se alterações na Lei de Bases da Saúde, que passou a aplicar um novo modelo de gestão de tipo empresarial nos hospitais “EPE” sendo organizado de acordo com a tipologia de cuidados prestados, nomeadamente: cuidados primários, diferenciados e continuados.

No decurso do período compreendido entre os anos 2002 e 2005, é defendida a ideia de complementaridade entre o sistema privado e o SNS na prestação de cuidados.

Posteriormente, dá-se o regresso à tendência de privatização com resistência explícita à construção de uma identidade específica do SNS e uma governação unificada empresarial. Assiste-se à transformação de hospitais SNS em hospitais SA e à tentativa para seguir a mesma tendência nos CSP. É criada a entidade específica de regulação, por imposição do Presidente da República, como condição para aceitar as iniciativas anteriores. (Crisp, 2014, p. 232).

Em 2006 é defendida uma nova orgânica do Ministério da Saúde, criando os institutos públicos e reorganizando as Administrações Regionais de Saúde⁶ com o objetivo de aproximar os serviços da comunidade. Assiste-se à criação das Unidades de Saúde Familiar⁷, estrutura que não contempla o Assistente Social. De acordo com Lima assiste-se à “introdução do conceito de eficiência, que passa a modelar e definir as políticas públicas, tanto na saúde como nas restantes áreas” (Lima, 2015, p. 3).

⁶ Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro

⁷ Decreto –Lei 298/2007, de 22 de agosto.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada em 2006, tem subjacente “um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado [...] estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de Saúde como charneira do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (Couto, 2006).

Neste contexto, o Assistente Social trabalha em rede com os outros profissionais de saúde e articula-se com os parceiros da comunidade. Apesar de desempenhar funções de consultor, integrando uma equipa multidisciplinar, Guadalupe defende que se “esvazia as atribuições e funções ao Serviço Social, perdendo este serviço o até então estatuto de autonomia, passando os seus recursos humanos a estarem afetos à referida unidade, sob direção de um enfermeiro (Guadalupe, Sónia, 2011, 117).

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS ocorre em 2008⁸, surgindo o Serviço Social enquadrado nas Unidades Cuidados na Comunidade (UCC) como fazendo parte de uma equipa multidisciplinar e da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), como prestadores de serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

No trabalho “Um futuro para a Saúde” desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian é definido o período entre os anos de 2005 e 2013, tendo como características o facto de se assistir ao regresso dos princípios fundadores do SNS, com modificações organizativas nos Cuidados de Saúde Primários, sendo reforçada a importância da participação e corresponsabilização de cidadãos e de comunidades na resolução das questões da Saúde. Por tudo isto, os gabinetes de cidadãos e conselhos para a saúde de comunidades, ganham a possibilidade de adquirirem poder executivo na gestão dos cuidados de saúde primários – classificando os autores do estudo como sendo uma fase de implementação.

Lima (2015) define esta fase de defesa da eficiência e sustentabilidade e pela valorização da qualidade do Sistema de Saúde português como um elemento central na avaliação dos sistemas de Saúde (Lima, 2015, p. 6).

Com a crise financeira e a crescente despesa com a Saúde assiste-se à necessidade de debater o funcionamento e, sobretudo o financiamento do SNS, “conduzindo a

⁸ Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro.

algumas mudanças em termos de acesso aos cuidados de saúde, cuja tendência tem privilegiado a primazia do mercado, segundo o princípio do utilizador – pagador” (Lima, 2015, p.1). Após 2010, “os imperativos de ordem financeira marcaram de forma mais premente o ideal de eficiência, inserindo a lógica da maximização dos recursos e de um menor peso do Estado” (Lima, 2015, p.3).

Em 2011, dado o contexto económico do país, assiste-se a alterações legislativas, com vista a reformar o SNS garantindo a sua sustentabilidade, tendo como base o Memorando de Entendimento acordado entre o governo, com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Comissão Europeia (CE). Dá-se então uma “retração do investimento, e até o corte de benefícios em Saúde, desafiando o Serviço Social, no sistema de Saúde, a ter um papel mais ativo na promoção de acesso às respostas e na eficácia das respostas integradas” (Carvalho, 2012, p. XXV).

Decorrente deste contexto são estabelecidos os critérios para verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras⁹. São aprovados os valores das taxas moderadoras e as regras de cobrança¹⁰. É revisto o regime das taxas moderadoras no SNS¹¹ e é aprovado o regulamento geral de acesso ao transporte não urgente no âmbito do SNS¹².

Em 2014, os Direitos e deveres dos utentes do SNS são publicados na - Lei nº 15/2014, de 24 de março. Estes são alargados, conferindo-se ao cidadão o direito de escolha, o consentimento ou recusa, de adequação da prestação dos cuidados de saúde; à proteção de dados da vida privada; ao sigilo dos dados pessoais; à informação; à assistência espiritual e religiosa; a reclamar e apresentar queixa; de associação; dos menores e incapazes terem representantes legais e ao seu acompanhamento.

No que diz respeito ao Serviço Social, assiste-se à existência do “conhecimento para intervir (competências) num contexto em que o Estado surge como regulador e a sociedade civil como interventora, tendo como influências teóricas e princípios e valores dominantes a pluralidade científica, em que a coesão e as políticas de ativação associados ao respeito pelos direitos individuais são o foco. As políticas públicas e sociais e organizações remetem para a responsabilidade individual, caracterizando as

⁹ Portaria nº 311 – D/2011, de 27 de dezembro

¹⁰ Portaria nº 306- A/2011, de 6 de dezembro

¹¹ Decreto-Lei 113/11, de 29 de dezembro

¹² Despacho nº 7861/2011, de 31 de maio

autoras o período que se inicia em 2006 e que se estende até à atualidade como a “reforma e desregulação” (Carvalho, Pinto, 2012).

O Assistente Social enquanto profissão caracterizada pela sua génese interventiva poderá desenvolver estratégias que promovam o acesso do cidadão aos cuidados de saúde primários de qualidade, no contexto das Políticas Sociais vigentes.

2. POLÍTICAS SOCIAIS EM SAÚDE

Neste ponto é realizada uma análise das políticas sociais e de saúde existentes, sobretudo, no nosso país. Branco (2011) salienta a importância da evolução das políticas sociais na intervenção do Assistente Social, ao afirmar que “a instituição de esquemas de políticas e a burocratização dos sistemas de política social constituíram o contexto histórico estrutural de consolidação do Serviço Social como profissão (Branco e Amaro, 2011, p. 658).

As Políticas Sociais nascem como reconhecimento das desigualdades e preconizam respostas sociais que tentam obviar essas fragilidades na vida dos cidadãos. A organização das respostas sociais na área da Saúde resulta do contexto político, religioso e social da sua época. A criação de políticas sociais na área da Saúde decorre do conceito de saúde dominante à época. Os Assistentes Sociais trabalham no âmbito das políticas de saúde ao nível comunitário, integrando equipas multidisciplinares na saúde familiar, mental e cuidados continuados, e na área hospitalar.

Políticas de saúde são, portanto, um conjunto de opções políticas que estabelecem o grau de responsabilidade pela saúde da população, com carácter progressivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e recursos disponíveis (Simões, 2004). Neste seguimento, tendemos, portanto, a concordar com Santos (1987) quando defende que o direito à Saúde e às políticas de Saúde são parte complementar dos direitos e das políticas sociais. (Espírito Santo, 2015, p.45).

A criação de Políticas Sociais Públicas é fortemente influenciada por normas e recomendações internacionais. Destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, reconhecida em 1948, pela Organização das Nações Unidas (ONU) documento que faz a primeira alusão sobre o direito dos cidadãos à Saúde e à conceção biopsicossocial de Saúde defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que desde 1948, postula o facto de a Saúde não ser um estado oposto à doença, mas resultar de uma complexidade de fatores que interagem entre si.

A evolução do conceito de saúde de modelo biomédico, passando por uma perspetiva funcional e individual dominante até aos anos 60 do século XX, e o reconhecimento da saúde como um direito universal até à definição mais global que a defende como o bem-estar físico mental e social, enformam as medidas de políticas sociais a promover.

Numa retrospectiva histórica das Políticas de Saúde Europeias identificam-se os sistemas de saúde baseados em Bismarck (Alemanha, finais do século XIX) que constituem seguros sociais financiados pelas contribuições dos trabalhadores e empregadores, enquanto os sistemas de origem em Beveridge (Reino Unido, 1945) são financiados através de transferências do orçamento dos estados, sendo o planeamento e a gestão, tarefas do Estado.

Os sistemas de seguro social, como no caso da Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda, alicerçam-se na legislação de Bismarck, de 1883. Tendo a sua evolução gerado diversas variantes deste modelo, apesar de todas as diferenças que possam ter surgido, mantêm-se em comum o facto de nestes países o sector da Saúde assentar num seguro social. Nestes países os seguros sociais são de adesão obrigatória para os cidadãos que cumprem os requisitos de cobertura, enquanto o estado especifica um pacote básico de benefícios, muito embora, também assegure as contribuições dos desempregados e de alguns grupos particularmente vulneráveis. Neste sistema de saúde o financiamento é efetuado através de contribuições dos empregadores e empregados, baseadas no salário e independentes do nível de risco de doença individual (Ministério da Saúde, 2007).

Nos países de modelo de Bismarck, as funções do Estado passam pela afirmação dos princípios gerais de funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. É também papel do Estado a regulação e aprovação de medidas de controlo de custos, o controlo da qualidade e acreditação, a responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e o financiamento que abrange os excluídos do sistema de seguros (Campos, Simões, 2011).

A partir de finais dos Anos 90, os Sistemas de bem-Estar europeus têm vindo a caracterizar-se pela ativação, territorialização e a individualização das políticas. Passaram a entender a solidariedade através de dispositivos de ativação e de direitos e deveres. Conduziram ao nascimento de novas políticas sociais que privilegiam a contrapartida, ou seja, “ninguém deve beneficiar de uma medida de política social sem que ativamente realize alguma ação no sentido de alterar as circunstâncias que o levaram a necessitar de recorrer ao sistema de bem-estar” (Branco, Amaro, 2011, p.660).

Para Carvalho e Pinto (2012) no período de “consolidação do Serviço Social – de 1990 a 2006, “foram construídas políticas ativas, participadas e atentas às necessidades dos cidadãos (p.16).

Com a reforma dos cuidados de saúde primários¹³, em 2008, são criados os agrupamentos dos centros de saúde (ACES) e os Gabinetes do Cidadão, na sua dependência. Constituem-se como um órgão de apoio à gestão de cada ACES, cabendo ao departamento da qualidade na saúde, sob a égide da Direção Geral de Saúde, a gestão e monitorização do seu trabalho e subordinando-se à Inspeção Geral Atividades em Saúde¹⁴, a ação inspetiva.

Em Portugal, no ano de 2010, os subscritores da Declaração para uma “Vida Melhor” enumeram seis prioridades inadiáveis na perspetiva da prevenção e controlo das doenças crónicas: o acesso aos serviços, a literacia, a alimentação, o exercício físico, bem como a redução do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool.

Neste período assiste-se ao reforço da participação do cidadão e da comunidade com a criação dos Conselhos para a Saúde de Comunidade. A participação dos cidadãos numa perspetiva coletiva surge formalizada através da estipulação da criação destes conselhos¹⁵.

O Conselho da Comunidade é composto por um representante das câmaras municipais, um representante do município abrangido pelo ACES, um representante do centro distrital da segurança social, um representante das escolas ou agrupamento de escolas, um representante das instituições particulares e de solidariedade social, um representante da Associação de Utentes do ACES, um representante das associações sindicais, um representante das associações empregadoras, um representante do hospital de referência, um representante das equipas de voluntariado social e um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

As suas competências prendem-se com os pareceres sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, em alertar a direção executiva para possíveis deficiências na prestação de cuidados de saúde, assegurar a articulação dos ACES em matéria de saúde, propor ações de formação e promoção da saúde e na dinamização das associações de utentes promotoras de equipas de voluntariado. Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais.

A estratégia da União Europeia (UE) “Juntos para a saúde” apoia a estratégia definida na “Europa 2020” que realça a importância do desenvolvimento económico sustentável

¹³ Decreto-Lei nº 28/2008, artigo 35, de 22 de fevereiro.

¹⁴ Decreto-Lei nº. 33/2012, al a), nº 2, do artigo 2º, de 23 de agosto.

¹⁵ Decreto-lei 28/08, de 22 de fevereiro

como meio para atingir a saúde. O terceiro Programa de Saúde da UE é o principal instrumento utilizado pela Comissão Europeia para aplicar a estratégia europeia em matéria de Saúde. O programa é executado com base em planos de trabalho anuais, que estabelecem as áreas prioritárias e os critérios para o financiamento de ações no quadro do programa. O Plano de Saúde Europeu preconiza uma estratégia de ação para os próximos dez anos, com especial enfoque na obesidade infantil e no HIV.

No relatório da Fundação Calouste Gulbenkian “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar” (2014) é proposta uma transição do sistema atual, centrado no hospital e na doença, em que todas as ações têm como objeto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da Saúde e nos cuidados de Saúde.

Em Novembro de 2017, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, destacam os seguintes aspetos da saúde em Portugal: aumento da esperança de vida; regista-se uma diminuição de doenças cardiovasculares e de vários tipos de cancro, bem como uma taxa de vacinação elevada, e uma das mais baixas taxas de internamentos evitáveis devido a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e insuficiência cardíaca congestiva (padronizadas por idade e por sexo por 100.000 habitantes – cerca de metade da média europeia); sublinha ainda a importância do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, desenvolvido em Portugal pela Direção-Geral da Saúde, como estratégia relevante de combate ao aumento da obesidade e da diabetes.

Sobre o acesso a cuidados de saúde, o documento destaca a cobertura universal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as tentativas para melhorar a integração dos cuidados de saúde primários e os desafios colocados tanto pela escassez de médicos de família, como pela capacidade de motivar e reter profissionais de saúde. É referido o grande impacto da crise económica, do qual resultaram medidas de «racionalização da despesa», ilustradas com redução de salários, cortes na despesa pública com medicamentos e revisão dos preços praticados com prestadores privados.

Sobre a gestão e transparência na gestão do SNS, as conclusões apontam para alterações nos mecanismos de pagamento aos prestadores e avaliação das tecnologias da saúde, para o formulário nacional e as orientações para prescrição de medicamentos, a capacitação dos doentes e o novo Portal SNS. No que diz respeito aos fatores de risco, o documento sublinha a situação positiva da UE em matéria de

tabagismo e alcoolismo, com destaque para Portugal, onde o número de fumadores é o quarto mais baixo da Europa, tendo diminuído desde o ano 2000, graças às políticas de saúde pública desenvolvidas no país.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 da Direção Geral de Saúde defende que “o cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder as suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas do cidadão enquanto individuo e, enquanto elemento de uma comunidade, bem como nos seus diversos papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade.”

Para o período de 2017 – 2020 defende os valores da transparência, participação e envolvimento dos atores do Sistema de Saúde Português, com o objetivo de “maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania” (Crisp, 2014, p. 26)

No quadro normativo surgem políticas sociais orientadas para a saúde, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada em 2011 (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho) que pretende dar resposta aos cidadãos que se encontrem a vivenciar uma situação de dependência temporária ou definitiva (preventiva, reabilitativa ou paliativa) de apoio social, prestados no domicílio ou em internamento. Estes resultam de protocolos com instituições privadas e é promovido pelo SNS e o Sistema de Segurança Social. Em 2015, dá-se o alargamento do seu campo de intervenção¹⁶ para a área da saúde mental, destinado a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial para a população adulta e para a infância e adolescência.

No XXI Programa do Governo Constitucional foi criado o Conselho Nacional de Saúde¹⁷ com o objetivo de “garantir a participação dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde na definição das políticas, contando com a participação das autarquias e dos profissionais, bem como de conselhos regionais e institucionais, como forma de promover uma cultura de transparência e prestação de contas perante a sociedade” (Programa do Governo, p. 96). “Foram ouvidos os órgãos próprios do governo das regiões autónomas, a Associação Nacional de Municípios Portugueses, a Associação Nacional de Freguesias, as Ordens dos Biólogos, dos Enfermeiros, dos Farmacêuticos,

¹⁶ Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de julho

¹⁷ Decreto – lei nº 49/2016 de 23 de agosto

dos Médicos, dos Médicos Dentistas, dos Nutricionistas e dos Psicólogos, o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, o Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos, a Comissão Permanente de Concertação Social, o Conselho Nacional para a Economia Social e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Este órgão consultivo, previsto há 25 anos, foi criado pelo decreto-lei nº 49/2016, de 23 agosto. É de referir que apesar de não estar referido, os Assistentes Sociais também foram chamados a dar os seus contributos, informação confirmada junto da Associação de Profissionais de Serviço Social.

Defende ainda a integração entre as prestações da saúde com as da Segurança Social, bem como a valorização da saúde pública e a criação de um programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados.

A coordenação nacional para a reforma do SNS, na área dos cuidados de saúde primários¹⁸, apresentou o seu plano estratégico tendo identificado quatro eixos estratégicos de atuação:

1. Centralidade nas pessoas;
2. Uma cultura de governação clínica e de saúde;
3. Modernização e requalificação organizacional e gestionária dos ACES;
4. Sistema de Informação ao Serviço de todos.

¹⁸ Despacho n.º 200/2016, de 7 de janeiro de 2016

3. A QUALIDADE NA SAÚDE E O PAPEL DO GABINETE DO CIDADÃO

3.1. DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE A QUALIDADE

As organizações internacionais têm vindo a salientar a importância do desenvolvimento de estratégias dos serviços que promovam a qualidade.

A OMS defende que a qualidade dos sistemas de saúde (gestão e profissionais de saúde) e a desigual distribuição de recursos (Pobreza), dinheiro e poder condicionam o acesso aos recursos de saúde (OMS, 2011, p. 12). Identifica como fundamentos da qualidade dos cuidados de Saúde: a promoção da Saúde das populações; o elevado grau de excelência profissional; eficácia na gestão dos recursos; satisfação para os utilizadores e obtenção de ganhos em Saúde e satisfação plena das necessidades como resultados.

O Conselho Europeu salienta a necessidade de garantir as mesmas oportunidades em matéria de Saúde e de acesso a cuidados de Saúde de qualidade para todos.

Silva (2012) destaca a importância do desenvolvimento nas políticas públicas de “parâmetros de avaliação dos sistemas centrados simultaneamente na sua sustentabilidade e na eficiência, no acesso e equidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde e na qualidade dos serviços prestado” (Silva, 2012, p. 124). Para a autora, a qualidade “funciona como polo agregador deste triplo objetivo que, na verdade, forma um triângulo: o sistema só tem qualidade se tiver garantido a sustentabilidade e a equidade; só pode ser equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos, e só pode ser sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa” (Silva, 2012, p.125).

Palmer define a qualidade em Saúde como “um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos” (*apud* Pisco, Biscaia, 2001, p. 44).

Em Portugal, as preocupações com a qualidade na Saúde surgem nos anos 80, através de trabalhos desenvolvidos na Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Na década seguinte é reforçada esta preocupação com a criação do Conselho Nacional da Qualidade e do Instituto da Qualidade em Saúde sendo definido um sistema de qualidade.

Em 1993, a Direção Geral de Saúde (DGS) elaborou uma circular normativa onde determina a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de Saúde, com o objetivo de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade.

O Ministério da Saúde, em 1998, assume a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental, defendendo uma política de qualidade na Saúde. No ano seguinte são criadas duas importantes estruturas do sistema da qualidade, o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Ao primeiro compete a elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade na Saúde, e este é constituído por representantes dos cidadãos, nomeadamente, das associações de doentes, das diferentes profissões da Saúde, e de entidades públicas e privadas. O segundo desenvolve normas, estratégias e procedimentos que visam a melhoria contínua da qualidade na vertente prática da prestação dos cuidados de Saúde.

No entanto, é com a publicação do decreto-lei 309/2003, de 10 de dezembro que é criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS)¹⁹, iniciando-se uma nova etapa no sistema de avaliação da qualidade na Saúde. Este organismo público tem como missão regular a atividade dos prestadores de cuidados de Saúde, através de supervisão, aferição dos requisitos para a função desempenhada, acessibilidades, legalidade e transparência das relações económicas. A criação de uma ferramenta informática que regista as exposições recebidas, isto é, a criação do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR) constitui o primeiro sistema de avaliação da qualidade em Saúde.

Durante os anos 2005 e 2009, em Portugal, ocorre um período de alargamento e modernização do SNS “que coincide com a introdução do conceito de eficiência, que passa a modelar e definir as políticas públicas” (Lima, 2015, p. 3).

A avaliação da qualidade dos serviços cabe também à Inspeção Geral Atividades na Saúde (comunica a sua obrigatoriedade), criada em 2009.

Pisco e Biscaia (2001) realçam que a qualidade na Saúde tem características específicas que a tornam diferente da aplicada a outros sectores. É orientada para a satisfação das necessidades, e não apenas para a procura, possuindo, desta forma, um carácter pró-ativo. Nesta medida é necessário adequar o conceito de qualidade às

¹⁹ Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

especificidades da Saúde, obrigando a contemplar algumas características que a diferenciam de outros sectores. Para avaliar a qualidade nos serviços de Saúde é necessário ter em conta a dimensão preventiva e, simultaneamente, prosseguir a efetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade.

Mas num contexto marcado pela crise financeira, responder aos pedidos sociais crescentes com qualidade é uma tarefa difícil, sendo cada vez mais solicitada a avaliação da eficácia dos serviços de Saúde. Acresce a crescente intervenção e competição com as prestações do setor privado na área da Saúde e que têm conduzido à necessidade das instituições recorrerem à certificação. A qualidade é a preocupação de todo o Sistema Nacional de Saúde, entendido como a associação entre o Sistema Nacional de Saúde (setor público) e as instituições privadas.

Identificam-se, para além da ERS, outros sistemas de avaliação da qualidade, como o EQUASS (European Quality Assurance in Social Services), o referencial normativo do Instituto Segurança Social e, ainda, o ISO 9001.

O EQUASS utiliza a metodologia de autoavaliação e dos princípios de qualidade. Certifica o Serviço Social de acordo com dez princípios da qualidade e critérios do EQUASS, a saber: liderança, recursos humanos, direitos, ética, parcerias, participação, orientação para o cliente, abrangência, orientação para os resultados e melhoria contínua (European Quality Assurance for Social Services, s.d.).

A certificação segundo o modelo do adotado pelo Instituto da Segurança Social constitui um referencial normativo que se baseia na gestão da qualidade, com os respetivos requisitos necessários para a implementação dos serviços prestados pelas respostas sociais. Este possibilita a avaliação e atribuição de níveis na forma de indicadores.

O Sistema de certificação de qualidade ISO 9001 é uma norma internacional para a qualidade, que tem como origem uma padronização criada em Genebra em 1947, com o objetivo de normalizar serviços e produtos. Para avaliar a qualidade recorre a oito princípios: Focalização no cliente; Liderança; Envolvimento das pessoas; Abordagem por processos; Abordagem da gestão como um sistema; Melhoria contínua; Tomada de decisão baseada em factos; Relação de benefício mútuo com os fornecedores. Define qualidade como um “conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas do cliente” (Lopes, 2010, p.5). Privilegia como dimensões de análise o atendimento, o tempo de espera, diagnóstico e tratamento fiável, prazo clinicamente adequado e o justo preço.

Nesta perspetiva avalia as não conformidades, promovendo ações corretivas com vista a eliminar as consequências imediatas do procedimento desadequado, fomenta ações corretivas para combater as causas das ocorrências identificadas como não conformes e desenvolve ações preventivas como forma de acautelar eventuais ocorrências não conformes.

Em 2015, é definida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde²⁰, sendo criado o modelo de acreditação do Ministério da Saúde “@Qredita” que identifica progressivamente os passos que são dados, num processo dinâmico, contínuo e evolutivo e, que reflete não apenas o momento atual de desenvolvimento da qualidade na organização, como o seu potencial de evolução e crescimento da unidade de Saúde pública ou privada avaliada. Este documento salienta a necessidade de conferir ao cidadão informação transparente que fomente a literacia em Saúde para que possa promover a acessibilidade aos serviços. Constitui-se como um sistema nacional de avaliação das reclamações.

O Gabinete do Cidadão a nível local é um serviço de aferição da qualidade dos cuidados de saúde prestados. As reclamações surgem então como expressão da insatisfação dos utentes face a um serviço prestado ou a ausência desse serviço e deste modo, constitui um dos indicadores da qualidade dos serviços prestados.

É ainda de referir que cabe ao Gabinete do Cidadão receber igualmente as sugestões e elogios recebidos nas unidades de saúde. Enquanto as sugestões permitem avaliar os procedimentos e eventualmente propor alterações, com vista a aumentar a qualidade da prestação dos serviços, os elogios dão visibilidade e são o reconhecimento de boas práticas reconhecidas pelo cidadão enquanto usuário do serviço.

Nos últimos anos, as preocupações com a qualidade na saúde têm vindo a ser intensificadas e cada vez mais específicas, apesar de algumas dificuldades de fazer cumprir as mesmas. Em 2014, através da publicação da Lei n.º 15/2014, de 21 de março de 2014, regulamentada pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março de 2015, são estabelecidos os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de Saúde sem carácter de urgência. É também publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, bem como o programa Consulta a Tempo e Horas²¹.

²⁰ Despacho n.º 5613/2015, de 24 de Junho

²¹ Portaria n.º 95/2013, de 4 de março

Recentemente, com a publicação do decreto-lei 44/2017, de 20 de abril de 2017, é criado o Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA). Esta plataforma informática veio permitir acompanhar e determinar a cada momento o percurso realizado pelo utente, fazendo parte do programa Simplex + que visava tornar mais transparente e acessível a informação aos utentes. Nesse âmbito, foi publicada a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio de 2017, que, entre outros aspetos, reduz os TMRG para as consultas externas (e para as cirurgias), e alarga a definição de TMRG a prestações de cuidados de saúde programados que até aqui não tinham tempos máximos definidos, nomeadamente aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico.

A nível nacional e de acordo com o relatório técnico de maio de 2015 que estuda a satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português, levado a cabo pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2016), cerca de 91% da população residente em Portugal sentiu-se “bem atendida” pelos profissionais de saúde e 74% consideram que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido.

3.2. SURGIMENTO E AÇÃO DO GABINETE DO CIDADÃO

A publicação da Carta de Ottawa que defende que a Saúde é um fator fundamental para contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a capacitação dos cidadãos, foi uma das normas internacionais que impulsionou a criação, em 1986, dos Gabinetes do Utente (regulados pelo despacho nº 26/86, de 24 de julho).

Nos cuidados de Saúde primários, os Gabinetes do Cidadão dependem funcionalmente das Direcções Executivas dos Agrupamentos de Centros de Saúde, (ACES) que pela sua proximidade com a população constituem a porta de entrada para muitos utentes em situação de vulnerabilidade e acompanham o indivíduo ao longo da sua vida, através de intervenções tanto de cariz preventivo como curativo.

Têm como objetivo promover junto dos cidadãos a participação no SNS, através de exposições que podem constituir-se em reclamações, elogios ou sugestões.

Em 1987, por Resolução do Conselho de Ministros nº 36/87, de 10 de julho de 1987, foram criados os postos de recolha de opiniões e sugestões nos locais de atendimento e receção ao público.

Após dez anos da sua criação dos Gabinetes do Cidadão, é criada a obrigatoriedade da existência do Livro de Reclamações, denominado vulgarmente de “Livro Amarelo”

(Resolução do Conselho de Ministros nº 189/1996, de 28 de novembro, de 1996), nos serviços públicos e que conferem ao utente o direito de resposta.

Nesta perspetiva, em 1998, a Direcção-Geral de Saúde publica a Carta dos Direitos de e Deveres dos Doentes²², que vem reforçar a importância conferida ao utente no seu processo de saúde.

Um ano mais tarde, por publicação do Decreto-lei nº 135/1999, de 22 de abril, de 1999, para além do direito de resposta, é determinado que a mesma deverá ocorrer no período máximo de 15 dias (artigo 38º), sendo ainda determinado que em caso de não ser possível responder, dentro do prazo, as instituições ficam obrigadas a uma informação intercalar (artigo 39º).

Os Gabinetes de Utentes passam a ser tutelados pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), com a criação do Sistema SIM-Cidadão, em 2005 (Despacho nº 5081/2005, de 9 de março, de 2005) passando a realizar-se nesta plataforma informática a recolha, tratamento e monitorização das exposições realizadas pelos utentes do Sistema Nacional de Saúde. Com este sistema informático pretendeu-se avaliar nacionalmente a satisfação dos cidadãos e o funcionamento dos serviços que prestam cuidados de Saúde.

Em 2008, decorrente da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro) são criados os agrupamentos dos centros de saúde e os Gabinetes do Cidadão enquanto órgãos de apoio à gestão (artigo 35º). Dá-se a alteração de designação que poderá deixar adivinhar uma mudança de entendimento do serviço. Deixa transparecer uma maior preocupação com o usuário dos serviços de Saúde que passa a ser entendido como cidadão, a quem é conferida a “cidadania na saúde”. Consequentemente, passa a caber ao órgão de gestão dos ACES a definição do técnico a alocar a este serviço, deixando o Serviço Social de deter a exclusividade desta área de trabalho.

Nesse mesmo ano a Administração Regional de Saúde do Norte criou as bases para os regulamentos dos Gabinetes do Utente das unidades de Saúde da sua área de intervenção²³. No ano seguinte é criada a Agência da Qualidade na Saúde²⁴ responsável

²² Resolução do Conselho de Ministros nº 36/87, de 10 de julho.

²³ Circular Normativa nº 6/2006 de 27 de dezembro.

²⁴ Portaria nº. 646/2007, DR 104 Série I B de 30 de maio.

pela gestão do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações do sistema SIM-Cidadão.

Estas medidas já tinham sido salientadas pela OCDE, em 2001, que preconizava que na reclamação nos serviços públicos de Saúde existisse a possibilidade de cada cidadão ter acesso à fase em que se encontrava a sua reclamação. Para fomentar a participação dos cidadãos defende “possibilidade de cada cidadão ter acesso, pelo número do utente, à sua posição na lista de espera (Amendoeira, 2009, p. 12), por exemplo.

Da análise do percurso legislativo e das normas internacionais é evidente a crescente preocupação das políticas de saúde do SNS em envolver o utente na questão da Saúde, a quem confere cidadania na Saúde, promovendo mecanismos de divulgação de informação e participação, assim como a verificação das condições de acesso dos cidadãos aos cuidados de Saúde.

Partindo da premissa que “o Serviço Social tem uma relação implícita com o processo de democratização das sociedades e com a construção de políticas públicas, e uma relação explícita com os direitos humanos, a justiça social e a equidade” (Carvalho, Pinto, 2012, p.3), cabe ao profissional, a nível local e em cada Gabinete do Cidadão intervir neste contexto, zelando pelo cumprimento da Carta dos Direitos e Deveres do Utente do Sistema Nacional de Saúde, assim como os restantes normativos entretanto publicados que lhes conferem direitos sociais.

Num primeiro momento cabe ao profissional conhecer a instituição em que se encontra inserido e o meio socioeconómico para realizar eventuais encaminhamentos. Deverá divulgar os direitos e deveres dos cidadãos nas unidades de saúde e na comunidade de forma diversificada (em termos de meios), clara e acessível por forma a promover a participação de todos na resolução das questões da saúde.

Apesar destas potencialidades, o trabalho do profissional está enquadrado numa organização, com hierarquias, que persegue uma estratégia nacional e regional, num quadro de políticas sociais caracterizadas por alterações frequentes. A este propósito Nobre (2000) questiona, do “ponto de vista do utente, o gabinete do utente é um serviço que contribui para a legitimação dos seus direitos de cidadania na saúde ou, pelo contrário, é um serviço controlador e hegemónico da instituição e dos próprios profissionais que a servem?” (Nobre, 2000, p. 11)

O Gabinete do Cidadão surge então como o espaço profissional do Assistente Social, que lhe permite ser um agente facilitador de acesso aos direitos e permite ao utente participar na gestão da sua saúde, através da sua ação individual, quando apresenta uma exposição ou através de uma ação coletiva.

O trabalho desenvolvido localmente pelos vários gabinetes do cidadão reporta hierarquicamente às respetivas Administrações Regionais de Saúde, e articulam a sua ação com a ERS e a DGS.

Para situar a intervenção dos Gabinetes do Cidadão num contexto nacional, recorreu-se aos dados nacionais disponibilizados pela ERS no Sistema de Gestão de Reclamações - Síntese Descritiva, de Maio de 2017, que avaliou o ano de 2016. Neste período foram recebidos, tipificados e submetidos 69.511 processos REC (designação atribuída a reclamações, elogios e sugestões). Destes 84,8% foram classificados como reclamações/queixas, 13,5% como elogios/louvores e 1,7% como sugestões.

Relativamente ao registo, percebe-se que 89,3% dos processos registados foram submetidos diretamente à ERS pelos prestadores através do Sistema de Gestão de Reclamações da ERS. Em termos de suporte, verifica-se a utilização do livro de reclamações como sendo o mais utilizado pelos cidadãos, correspondendo a um universo de 69,8%.

O tempo médio de tratamento de processos pelos prestadores situava-se, no final de 2016, nos 62,3 dias entre a apresentação da reclamação e o envio da resposta ao utente.

Dos 59.224 processos classificados como reclamações, 70,2% dizem respeito à prestação de cuidados de saúde do setor público, sendo os mais visados os estabelecimentos com internamento (62,6%).

O tema mais visado como motivo para reclamação foi o dos “tempos de espera” (24,2% dos processos de reclamação), particularmente o tempo de espera para atendimento clínico não programado superior a uma hora. Seguiram-se os “procedimentos administrativos”, em especial a qualidade da informação institucional disponibilizada, e, em terceiro lugar, a “focalização no utente”, salientando-se as questões relacionadas com delicadeza/urbanidade do pessoal clínico.

Dos 9438 elogios submetidos à ERS, em 2016, 54,1% referem-se a unidades do setor público. Em todos os setores foram mais elogiados os estabelecimentos com

internamento. A maioria dos elogios foi dirigida aos colaboradores das instituições, particularmente ao pessoal clínico, com 35,6% de ocorrências em 56,3% dos louvores.

No que diz respeito às Sugestões, dos 1167 processos REC submetidos à ERS, em 2016, que foram classificados como sugestões, 67,4% referem-se a estabelecimentos do setor público. A maioria das sugestões foi dirigida à qualidade das instalações.

Relativamente ao tratamento das exposições realizado no mesmo período em análise, em 71% das situações não houve necessidade de atuação acrescida por parte do regulador, em 1,6% foram objeto de intervenção regulatória diferenciada, salientando-se, dentro deste grupo, 15,2% que originaram processos de avaliação para aprofundamento da averiguação da atuação do prestador e 6% que foram objeto de proposta de fiscalização.

Tabela 1 - Temas visados nos processos REC submetidos à ERS em 2016

Tema	Número de ocorrências	% do total de ocorrências	% do total de REC
Acesso a cuidados de saúde	11.109	12,4%	16,0%
Cuidados de saúde e segurança do doente	10.791	12,0%	15,5%
Elogio/Louvor	14.952	16,7%	21,5%
Focalização no utente	11.474	12,8%	16,5%
Instalações e serviços complementares	3.161	3,5%	4,5%
Procedimentos administrativos	13.686	15,2%	19,7%
Questões financeiras	3.989	4,4%	5,7%
Sugestão	1.294	1,4%	1,9%
Tempos de espera	14.225	15,9%	20,5%
Outros Temas	5.064	5,6%	7,3%

Fonte: ERS Síntese Descritiva 2016.

A mesma fonte distribui as reclamações recebidas por região de saúde de seguinte modo:

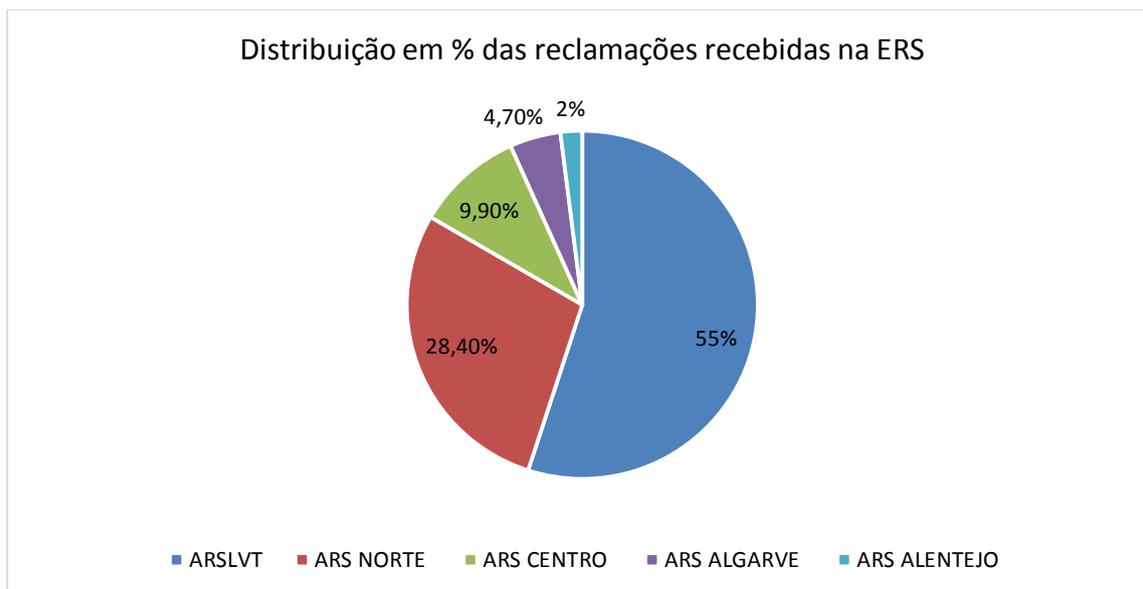


Ilustração 1 – Distribuição em % das reclamações recebidas em ERS. (ERS- Síntese Descritiva, 2016)

Verificou-se que 55% das reclamações recebidas na ERS têm como proveniência unidades de saúde que se encontram sob a tutela da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, seguida pela Administração Regional do Norte com uma diferença 26,6%.

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Depois da construção de um quadro teórico que contextualizou a análise do Serviço Social no percurso das políticas de saúde e no surgimento do Gabinete do Cidadão, numa perspetiva de promoção de cuidados de saúde de qualidade, é apresentado em seguida o objeto de estudo, os objetivos que foram prosseguidos ao longo desta investigação, bem como a metodologia utilizada na recolha e tratamento dos dados.

O trabalho apresentado pretende ser um estudo de carácter exploratório e descritivo. Exploratório na medida em que pretende conhecer a realidade, através do levantamento de questões de análise com vista a conhecer a realidade.

Segue uma metodologia qualitativa, utilizando como meio a análise documental e a análise de conteúdo. A análise documental é, como afirma Bardin (1977), “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente do original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação” (Bardin, 1977, p. 45), desenvolvendo, através de uma leitura técnica, categorizações por intermédio de procedimentos de transformação, que venham a permitir a inferência de conhecimentos. Esta inferência segundo Vala (1986) “permite a passagem da descrição à interpretação, enumeradas e organizadas (Vala, 1986, p.103).

Para Guerra (2006), um trabalho de cariz qualitativo tem como característica o facto da “redefinição do objeto e a construção conceptual do modelo de análise construírem-se em simultâneo. Não havendo lugar para hipóteses de pesquisa”. (Guerra,2006, p. 38). É uma técnica que integra uma dimensão descritiva, que visa dar conta do que nos foi narrado e, uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência. (Guerra,2006, p. 62).

De entre as sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (Vila Franca de Xira; Alverca; Arcena; Alhandra; Castanheira do Ribatejo; Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa) do ACES Estuário do Tejo selecionou-se a UCSP Póvoa de Santa Iria, local onde desempenhei funções de março a dezembro de 2016. A seleção da amostra foi motivada pela prática profissional que mantive na unidade de Saúde, durante os primeiros nove meses de intervenção profissional na área da Saúde.

As exposições são recebidas no Gabinete do Cidadão de várias formas, nomeadamente: Entidade Reguladora da Saúde; Carta; Correio eletrónico; Ministérios,

secretárias-gerais, presidência da república, presencialmente e no Livro Amarelo. A análise das exposições debruçou-se apenas nas exposições expressas pelos utentes da UCSP Póvoa de Santa Iria que se manifestaram pela via do Livro de Reclamações.

Do ponto de vista de tratamento das reclamações, desenvolveu-se o método da análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento.

A partir da construção de grelhas de análise, as “fontes primárias”, ou seja, as reclamações, foram classificadas por categorias, tendo sido adotada a tipificação utilizada pela ERS. Esta distribui as exposições por 10 categorias, nomeadamente:

1. Acesso a cuidados de Saúde ²⁵
2. Cuidados de saúde e segurança do utente;
3. Elogio ou louvor
4. Focalização no utente ²⁶
5. Instalações e serviços complementares
6. Procedimentos administrativos
7. Questões financeiras
8. Sugestões
9. Tempos de espera
10. Outros temas

A partir destas categorias adotadas criaram-se dimensões de análise, com vista a procurar características pertinentes, padrões e singularidades quer no perfil do utente

²⁵ “Questões relacionadas com a dificuldade ou impossibilidade de obtenção de cuidados de Saúde, que podem ir desde a inscrição em médico de família ou agendamento de cuidados (incluindo tempos máximos de resposta garantidos – TMRG [...] até situações de discriminação (tratamento diferenciado) no atendimento ou rejeição (recusa de atendimento) de utentes.”; Inscrição em médico de família; respeito pelos TMRG consulta e renovação receituário.

²⁶ Assuntos que se prendam com o grau de orientação dos prestadores para as necessidades e expectativas dos utentes e seus acompanhantes e com a humanização dos serviços, incluindo práticas diárias, procedimentos internos, publicidade e relações interpessoais. Na categoria são registadas as reclamações que têm por base a falta de delicadeza /urbanidade dos profissionais (clínico, administrativo, técnico e auxiliar).

que reclama, e nas razões que levaram à reclamação, quer no tipo de resposta concedida, bem como o papel do Assistente Social.

Este trabalho teve como objetivo responder às seguintes questões de análise que nasceram da ainda recente experiência profissional na área:

- a) Aferir o contributo do Serviço Social na área da Saúde;
- b) Identificar que estratégias possam ser adotadas no sentido de promover boas práticas e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de Saúde.

Relativamente à relevância do trabalho esta justifica-se com a necessidade de conhecer o campo de trabalho do Assistente Social nesta área específica para que se possa eventualmente propor alterações com vista a promover a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de Saúde primários.

No que diz respeito à oportunidade do estudo, este surge numa época em que se adivinham reestruturações no SNS que poderão ser objeto de alterações na prática profissional e na acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de Saúde, sendo pertinente estudar, desde já, o papel que o Serviço Social tem desenvolvido no GC e como poderá contribuir para a prestação de cuidados de Saúde de qualidade.

Foram analisadas as exposições classificadas como reclamação, referentes à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Póvoa de Santa Iria, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2016.

A recolha de dados realizou-se tendo por base a utilização de uma grelha que reuniu as dimensões a analisar, como género, idade, natureza da queixa (motivo da reclamação), intervalo de tempo entre a apresentação e o envio da resposta ao utente, bem como o número de reclamações que originaram procedimentos corretivos e preventivos.

Bell defende que “um estudo de caso interessa-se sobretudo pela interação de fatores e acontecimentos, e como Nisbet e Watt (1980, p.5) salientam “por vezes apenas tomando em consideração um caso prático pode obter-se uma ideia completa desta interação” (Bell,1993, p.:23). Aponta como fragilidade a generalização não ser geralmente possível. Todavia, Alves-Mazzotti salienta, através da posição de Stake, a importância de “otimizar a compreensão do caso ao invés de privilegiar a generalização do caso” (Alves-Mazzotti,2006, p.642). No seguimento YIN, faz notar que o estudo de caso “a partir de um conjunto particular de resultados, ele pode gerar proposições teóricas que seriam aplicáveis a outros contextos” (in Alves-Mazzotti,2016, p.646).

Alves-Mazzotti (2006) entende que “o estudo de caso qualitativo constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em seu contexto, selecionada segundo critérios pré-determinados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenómeno estudado (Alves-Mazzotti, 2006, p. 650). A mesma autora faz referência à perspectiva de Stake que postula que o estudo de caso é uma “estratégia de pesquisa que se caracterizava justamente por esse interesse em casos não individuais e não pelos métodos de investigação, os quais podem ser variados, tendo qualitativos como quantitativos”. Nesta corrente, o interesse no caso deve-se à crença de que ele poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo (in Alves-Mazzotti, 2006, p.642).

Para a realização do presente trabalho não foi solicitado consentimento informado, apresentando a seguinte fundamentação para a sua não aplicação. São três os princípios éticos geralmente seguidos nos protocolos de investigação – anonimato, confidencialidade e consentimento informado. Este trabalho, pelas suas especificidades metodológicas, garante dois deles: o anonimato e a confidencialidade. Considera-se que neste caso específico a não aplicação do consentimento informado se justifica, tendo em conta:

- a) A natureza do método. O método desenvolvido é o de análise documental, ou seja, análise de um arquivo ou acervo de informação de reclamações e respostas previamente constituído, durante o ano de 2016, na unidade de Saúde selecionada.
- b) As operações associadas ao método. O facto de através do método de análise documental, tal como foi referido, se realizarem operações que visam representar o conteúdo de um documento (neste caso quer a exposição quer a resposta) sob uma forma diferente do original (uma grelha de análise), ou seja, preservando a sua confidencialidade.
- c) O período de referência dos dados. Considera-se que o consentimento informado faria sentido apenas num processo investigativo que abrangesse dados que estivessem a ser gerados na atualidade (novas reclamações), o que não é o caso, já que a análise se foca em exposições realizadas no passado.
- d) O anonimato. Em nenhuma dimensão análise se inclui a identificação do utente, pelo que ela não será recolhida na grelha, havendo a garantia de que as grelhas estarão anonimizadas.

- e) A confidencialidade. Respeitando os princípios éticos inerentes ao processo investigativo, a investigadora declara sob compromisso de honra o respeito pela confidencialidade dos utentes.
- f) O papel profissional desempenhado pela estudante no contexto de pesquisa. Acresce que o papel profissional que desempenho no ACES Estuário do Tejo na unidade de saúde em causa concede-me naturalmente, e mediante um código profissional claro e protetor dos direitos do utente, acesso aos mesmos dados (que são parte central da minha atividade profissional). Considera-se por isso que o duplo papel de estudante e Assistente Social reforça a segurança e as garantias de anonimato e confidencialidade relativamente à identificação dos utentes que realizaram exposições.
- g) O tempo de realização do trabalho. A solicitação por escrito de um consentimento aos utentes que realizaram exposições no período de referência, ainda que se pudesse justificar, constituir-se-ia, pela sua envergadura e tempos necessários, incompatível com a realização de uma dissertação de mestrado (cujo arco temporal abrange apenas alguns meses).

5. ESTUDO DE CASO

5.1. ANÁLISE DO ACES ESTUÁRIO DO TEJO

O ACES Estuário do Tejo foi criado pela Portaria nº 394-B/2012 de 29 de Novembro e garante a prestação de CSP a cerca de 244.377 indivíduos, (dados dos Censos 2011) residentes nos Concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. Em 2016 era composto por 22 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 8 Unidades de Saúde Familiar (USF), 5 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

No seu Plano Local de Saúde 2015 – 2017, o ACES Estuário do Tejo adotou, como pilares principais de intervenção os seguintes aspetos: “a definição do Perfil de Saúde do ACES Estuário do Tejo; a identificação e priorização dos problemas de saúde; a fixação de objetivos de saúde; estratégias e recomendações para a sua operacionalização, congregando sinergias em prol da mudança nos estilos de vida e visando a obtenção de ganhos em saúde da comunidade”.

Para cumprir estes objetivos dispõe de várias unidades de saúde. De entre elas destaca-se a intervenção das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada zona geográfica. Semelhantes às Unidades de Saúde Familiar (USF) que são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Na prática poucos utentes têm conhecimento desta distinção quando recorrem aos cuidados de saúde primários.

Para estudar as reclamações recebidas na USCP Póvoa de Santa Iria recorreu-se à descrição do número de utentes a que o ACES Estuário do Tejo deu resposta, distribuídos pelos cinco concelhos, como se descreve no quadro seguinte.

Tabela 2 - Os utentes do ACES Estuário do Tejo distribuídos por concelho

Concelhos	Utentes Inscritos	Utentes Frequentadores		
		Com médico de família	Sem médico de família	Total
Alenquer	43601	22952	15076	38028
Arruda dos Vinhos	13509	10997	1599	12596
Azambuja	22538	10917	3242	20159
Benavente	30151	22330	5718	28048
Vila Franca de Xira	145516	94303	35266	129569
Total	255315	161499	66901	228400

Fonte: Núcleo de Estudos de Planeamento do ACES Estuário do Tejo, em dezembro de 2016

Durante o trabalho considerou-se ainda utentes não frequentadores - utente inscrito no ACES sem contacto com as unidades de saúde nos últimos três anos.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Núcleo de Estudos e Planeamento do ACES Estuário do Tejo, em dezembro de 2016, as unidades que o compõem responderam às solicitações de 255.315 utentes inscritos, dos quais utentes 228.400 são frequentadores dos serviços. Destes utentes, 66.901 ainda não beneficiam de médico de família atribuído, o que representa uma percentagem 29,3% de utentes frequentadores sem médico de família.

De entre este universo, foram recebidas no Gabinete do Cidadão, durante o ano de 2016, 799 reclamações distribuídas por concelho, conforme consta na Tabela nº 3.

Tabela 3 - Reclamações registadas nas unidades de saúde do ACES em 2016

Concelhos	Unidades de Saúde	Nº reclamações Ponto B
Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira e Castanheira	84
	Alverca e Arcena	123
	Alhandra	12
	Forte da Casa	45
	Vialonga	28
	Póvoa de Santa Iria	205
Total		497
Azambuja		75
Benavente		65
Alenquer		143
Arruda dos Vinhos		19
Total do ACES		799

Fonte: Serviço Social do ACES Estuário do Tejo, em dezembro, de 2016.

Da leitura da Tabela anterior verifica-se que a UCSP Póvoa de Santa Iria foi, a nível concelhio, a unidade de saúde com o maior número de reclamações recebidas.

5.2. ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES DA UCSP PÓVOA DE SANTA IRIA

Em termos nacionais e de acordo com o Relatório da ERS, Síntese Estatística de 2016, publicado em 2017 (p. 65), a unidade de saúde em estudo situou-se em 7º lugar entre as dez unidades com maior número de reclamações registadas na ERS. Verificou-se que foram registadas 173 reclamações em 2016. A discrepância entre os números registados na ERS e o número registado pelo GC pode justificar-se com a diferença temporal entre a inserção das reclamações no sistema e a data de retirada dos dados do sistema informático.

A nível concelhio importa salientar que se trata da segunda unidade com maior número de utentes inscritos, conforme é ilustrado no quadro seguinte:

Tabela 4 - Distribuição de Utentes no concelho de Vila Franca de Xira

Vila Franca de Xira	Utentes Inscritos	Utentes Freqüentadores		
		Com médico de família	Sem médico de família	Total
USCP Póvoa	26572	11859	11021	22880
USF Forte	11354	11075	27	11102
USCP Forte da Casa	2984	0	1382	1382
USF Vialonga	21179	20566	0	20566
UCSP Vialonga	2048	0	591	591
UCSP Alhandra	14789	12470	1079	13549
UCSP Alverca	28518	11445	13732	25177
USCP Arcena	8356	3454	3766	7220
USF Terras de Cira	16605	16605	0	16605
USCP Vila F. XIRA	4313	0	2271	2271
USCP Castanheira	3301	1408	1396	2804
TOTAL	14516	94303	35266	129589

Fonte: Núcleo de Estudos e Planeamento do ACES Estuário do Tejo, em dezembro de 2016

Na UCSP Póvoa de Santa Iria encontram-se inscritos 26.572 utentes inscritos, sendo que destes 22.880 são frequentadores, permanecendo sem médico de família atribuído 11.021 utentes (48,2%).

As exposições são recebidas no GC através de atendimento presencial, telefónico, correio eletrónico, carta e exposição apresentada no livro amarelo. De entre as exposições recebidas, 205 foram classificadas como reclamações, referentes à UCSP Póvoa de Santa Iria, sendo que 165 REC foram realizadas no livro amarelo, constituindo-se estas o objeto de estudo.

No decreto-lei nº 135/1999, de 22 de abril 135/99 é determinada a obrigatoriedade de resposta ao cidadão quando o tratamento das reclamações.

Para o tratamento das reclamações, o GC ao rececionar uma exposição classificada como reclamação típica a mesma tendo em conta as categorias adotadas pela ERS. Seguidamente avalia a audição (resposta concedida pelo serviço visado) e verifica a pertinência da mesma, sendo que em alguns casos verifica a necessidade de requerer clarificação de alguns aspetos aos serviços visados. Na presença da reclamação e audição é então, elaborada uma proposta de resposta, remetida à direção executiva para validar e enviar por correio ao utente. A reclamação, a audição e a resposta ao utente são digitalizadas e introduzidas na plataforma informática ERS. Estas diligências, e de acordo com o artigo 38º, devem ser realizadas, tendo em conta a obrigatoriedade de resposta ao cidadão, num período máximo de 15 dias.

No caso em apreço o intervalo de tempo que mediou a apresentação e o envio da resposta ao utente ocorreu em média trinta dias.

No período em análise, as reclamações recebidas distribuem-se mensalmente conforme ilustra o seguinte gráfico.

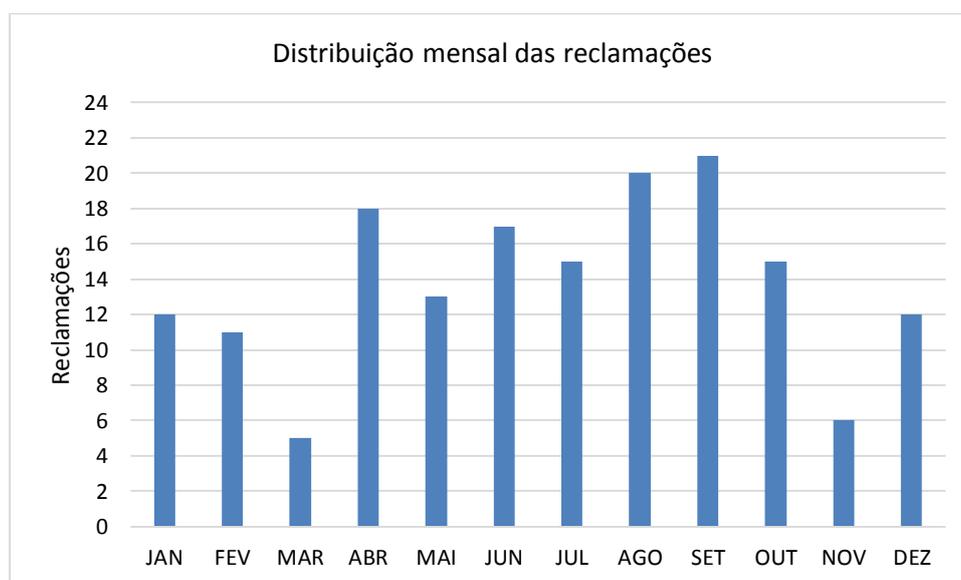


Ilustração 2 - Número de reclamações da USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por meses

O gráfico traduz a distribuição mensal das reclamações, sendo que em janeiro foram registadas no Livro Amarelo 12 reclamações, no mês seguinte 11. Em março verifica-se um decréscimo, com 5 reclamações. No entanto, esta tendência é invertida em abril, verificando-se um crescimento no número de reclamações rececionadas, tendo sido contabilizadas 18. No mês de maio verifica-se um ligeiro decréscimo, com 13 reclamações registadas. Em junho foram recebidas 17 e em julho com 15. Nos meses de agosto e setembro verificou-se um crescimento com 20 e 21 reclamações

respetivamente. Em outubro foram registadas 15 reclamações e em novembro 6 reclamações. No último mês do ano foram registadas 12 reclamações. Em média foram recebidas através do Livro Amarelo 13,7 reclamações por mês, no total de 165.

A oscilação no número de reclamações rececionadas na unidade de Saúde encontrar-se-á relacionada com os períodos de férias de alguns profissionais médicos e ausências dos mesmos por motivos de saúde ou formação.

Numa incipiente tentativa de chegar ao perfil do utente que reclamou, foram as exposições classificadas por género, conforme se faz notar no gráfico seguinte.

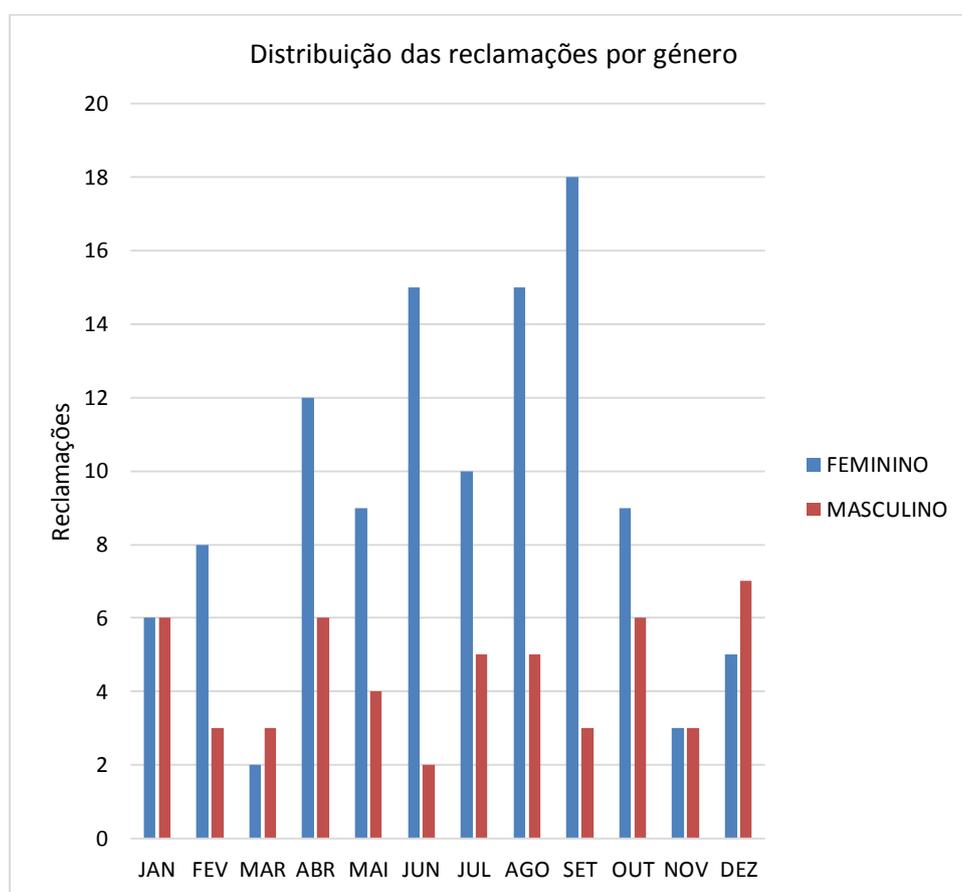


Ilustração 3 - Número de reclamações da USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por género

A predominância feminina com 67,8% no universo das reclamações recebidas poderá estar associada ao fato das mulheres serem as principais cuidadoras das crianças e dependentes.

Fazendo a análise do grupo etário que manifestou o seu desagrado face aos serviços prestados, podemos constatar que a maioria se situa entre os 41 e os 50 anos de idade, independentemente do género.

Número de reclamações da USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por Idade:

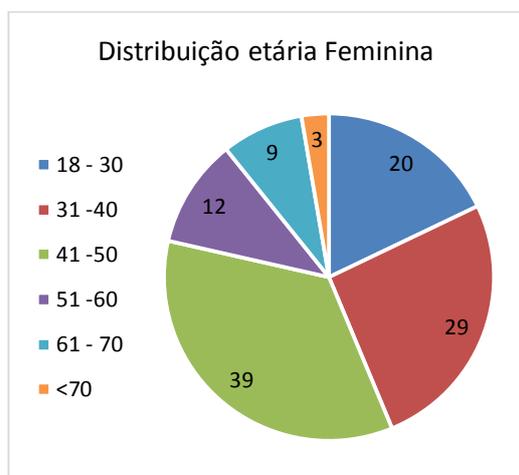


Ilustração 4 – Distribuição etária Feminina

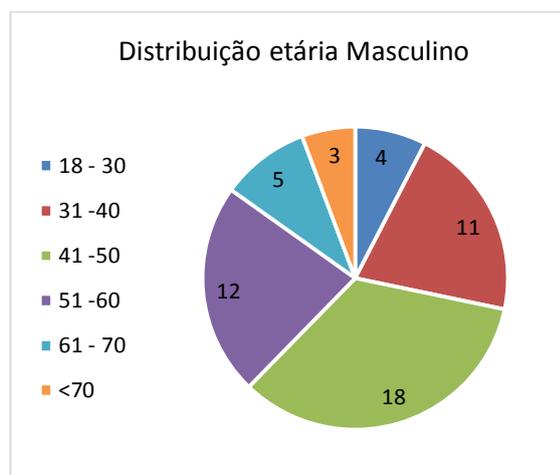


Ilustração 5 – Distribuição etária Masculina

De acordo com a ilustração anterior verifica-se que o maior número de reclamações recebidas foi de mulheres entre os 41 e os 50 anos de idade (39).

Foi possível observar que a tendência de distribuição das reclamações por idades diminui com o avançar da idade, circunstância que poderá estar associada a questões culturais e de alfabetização.

Regista-se a inexistência de contrarrespostas, ou seja, os utentes durante o período em análise, na unidade de saúde estudada, não apresentaram contestações às respostas enviadas. Se por um lado este fenómeno poderá significar que o cidadão ficou esclarecido com as respostas enviadas, por outro, poderá representar em casos em que não ficou esclarecido, um descrédito na utilidade da mesma.

A maioria das exposições estudadas apresentava uma linguagem clara e um discurso adequado aos códigos de civilidade. Pontualmente, surgiu uma reclamação com um discurso marcadamente hostil e agressivo. Verifica-se ainda a existência de reclamações realizadas em horários próximos, no mesmo dia, o que deixa antever a existência de algum “fenómeno de contaminação” entre os utentes que se encontravam na unidade de saúde.

Foi possível observar através da categorização das reclamações rececionadas os motivos pelos quais os utentes reclamam. Como decorre dos dados analisados, a maioria das reclamações recebidas (70,9%) são realizadas por utentes que apresentam como natureza do seu pedido dificuldades de acessibilidade aos cuidados de saúde, ao

reclamarem pela atribuição de médico de família ou decorrem da ausência de atribuição deste.

Tabela 5 - Distribuição das Reclamações recebidas na USCP Póvoa de Santa Iria em 2016 distribuídas por motivo

Motivos da Reclamação	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT ANUAL
Acesso aos cuidados de Saúde tempo razoável		2			1		1					1	5
Cuidados médicos inadequados	3						3		2	2	1		11
Delicadeza do pessoal clínico		2											2
Funcionamento distribuição de senhas	1												1
Pedido de médico de família	6	6	5	11	10	13	10	19	17	11	3	6	117
Procedimentos administrativos inadequados		1		1	2		1	1	1	1		1	9
Tempo de espera para atendimento administrativo	2											1	3
Apoio psicológico				1		2							3
Atraso do utente a consulta									1				1
Cobrança incorreta						1							1
Cuidados de enfermagem desadequados				1		1					2		4
Dificuldade em contactar telefonicamente a unidade				1						1		1	3
Estabelecimento de prioridade				1								1	2
Pedido de inclusão de utente no agregado familiar				1									1
Receituário desrespeito dos prazos				1									1
Funcionamento distribuição de senhas												1	1
Total	12	11	5	19	13	17	15	15	20	21	5	12	165

Esta situação inscreve-se no contexto nacional com outras situações similares a que a OCDE referenciou no último relatório que afirmava que em Portugal cerca de 3,5% da população reportou a existência de necessidades não satisfeitas para consultas médicas, subindo esta percentagem para 7,2% em grupos com baixo rendimento. De acordo com os dados disponibilizados no relatório de 2016 sobre o acesso a cuidados de Saúde do SNS, ter-se-á registado o número mais baixo de sempre de utentes sem médico de família atribuído nos cuidados de saúde primários (767.149 utentes,

comparativamente com os 1.044.945 utentes sem médico em 2015), o que significa que 92,1% da população inscrita no SNS estava abrangida por médico de família no final de 2016.

A dificuldade em obter consulta médica, dado o elevado número de solicitações, sobretudo em contexto de atendimento não programado, surge igualmente evidente na análise dos dados. Em termos temporais foram mais frequentes no período da manhã, na abertura da unidade e no final do dia quando os utentes se dirigem às unidades para marcar atendimento médico não programado. Acresce que a unidade de saúde em estudo presta o serviço de apoio médico complementar a outros utentes das unidades do Forte de Casa e Vialonga.

A prevalência das reclamações na dificuldade em obter apoio médico demonstra que nos Centros de Saúde as ações de promoção e prevenção perderam o protagonismo junto dos cidadãos frequentadores, o que vem reforçar a observação de Amendoeira ao afirmar que hoje verifica-se “a evolução das atividades nos Centros de Saúde, no sentido de uma «medicalização» da atividade respetiva”, assumindo-se estes, na sua maioria, como “serviços de recurso em caso de necessidade, e não instituições prioritariamente de educação, ensino e prevenção” (Amendoeira, 2009, p. 18).

A categoria de acessibilidade aos cuidados de saúde é ainda referida quando os utentes apresentam como queixa o desrespeito pelos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, nomeadamente no acesso a consulta médica em tempo razoável (5), os tempos de espera no apoio administrativo (3) e o desrespeito pelo prazo da prescrição do receituário (1).

Na segunda posição, mas com uma expressão significativamente menor (6,6%) os utentes reclamam devido a cuidados médicos inadequados. Neste ponto é de referir que grande parte destas reclamações dizem respeito a pedido de atestados médicos para a renovação de carta de condução ou de caçador e a não obtenção de certificado de incapacidade para o trabalho. Decorrente da dificuldade em obter estes atestados médicos que validem a possibilidade do cidadão de renovar carta de condução foi solicitada clarificação acerca da competência e das diligências necessárias que os utentes os possam realizar e serem submetidos a avaliação médica.

Quanto ao atendimento administrativo este representa o terceiro motivo mais referido, com nove reclamações (5,4%). Destas, a maioria decorre da ausência de resposta imediata do serviço face ao pedido de marcação de consulta.

A este propósito é de salientar os resultados obtidos pela ERS que elaborou um estudo em 2016 com o objetivo de avaliar o nível de literacia dos cidadãos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde. No relatório é referido que 16,6% dos profissionais de saúde e 32,8% dos profissionais administrativos apresentaram conhecimento inadequado sobre direitos dos utentes. Se consideradas as duas categorias mais baixas de conhecimento (“inadequado” ou “problemático”), mais de 50% dos profissionais revelaram conhecimento limitado.

Todas as reclamações foram respondidas por carta ao utente. Da análise às mesmas, pode-se afirmar que apesar de únicas, apresentavam como característica dominante a manifestação de lamento da organização e informações, sobretudo acerca dos horários e procedimentos que o cidadão deverá optar por aceder aos serviços. Dado que as queixas em maior número se encontram justificadas pela escassez de médicos, os utentes através das respostas remedidas pelo GC não viram as suas pretensões satisfeitas no imediato.

Ainda assim, dado que se verificou um esforço informativo poder-se-á afirmar que ainda que de forma incipiente, foram de encontro a um dos critérios de qualidade. Amendoeira (s.d), postula que “no âmbito da criação das condições que permitam uma participação ativa do cidadão no sistema, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento, a gestão da informação é crucial” (Amendoeira, 2009, p. 11).

Para promover a acessibilidade à unidade de saúde foram divulgadas vias de contacto com a unidade, alternativas ao presencial por forma a minimizar as dificuldades inerentes a deslocações sucessivas. Foram disponibilizados os endereços eletrónicos e o serviço e-agenda. A divulgação da informação permitiu ainda a racionalização dos recursos, pois poderá diminuir a desadequada utilização dos cuidados de saúde.

A resposta à marcação de consulta de psicologia originou reclamações recebidas, entre elas, três através do Livro Amarelo, tendo sido realizada uma informação à Direção Executiva a propor alteração de procedimentos no agendamento para esta especialidade.

Apenas uma reclamação originou um atendimento presencial, justificada pela oportunidade, o profissional encontrava-se disponível na unidade e por se tratar uma situação em que a utente se encontrava visivelmente descontente. Esta estratégia de intervenção sugere utilidade dado que poderá minimizar o desconforto do cidadão, ao sentir-se ouvido, podendo potenciar a co-construção com o utente de uma alternativa.

Para responder às reclamações é imprescindível articular com os outros serviços das unidades de saúde, através de pedidos de clarificações às audições, e propor alterações de organização, caso se verifique necessidade, desta atividade. Neste aspeto, verificou-se a necessidade de fomentar a produção de informações que auxiliem a direção em eventuais alterações de procedimentos. Para Matos (2014), “constitui um desafio a realização de estudos sobre o quotidiano profissional do assistente social nos serviços de saúde: além de desafio, também uma necessidade, com vistas a buscar estratégias concretas de fortalecimento da efetividade da ação profissional visando a garantia de direitos para parte da população usuária” (Matos, 2014, p.18). De igual modo, salienta ainda a importância de registar os dados da intervenção por forma a “coletivizá-los junto da direção”. Na opinião de Branco, “a intervenção social está cada vez mais confinada à instrução e ao desenvolvimento de processos administrativos, maioritariamente associados à questão do controlo (Branco, 2011, p. 662).

Como constrangimento à intervenção foi verificado o desrespeito pelo prazo de resposta aos utentes. Neste âmbito ter-se-á que refletir em torno da afirmação das autoras Carvalho e Pinto ao considerarem que o “Serviço Social tende a ser cada vez mais racional, controlado por legislação e protocolos de atuação, enfatizando a técnica como «quase» um fim e não como um meio da sua ação” (Carvalho, Pinto, 2012, p.21). De referir que a resposta à reclamação poderá assumir um papel conciliador, na medida em que ao responder ao cidadão o envolve no processo. Uma resposta extemporânea poderá contribuir para o agravamento do descontentamento face os serviços prestados.

As mesmas autoras chamam a atenção para o desenvolvimento de uma ação estratégica de intervenção ao nível do Serviço Social, “que tenha em conta as relações desiguais e de poder (Faleiros, 1997), e a adoção de ações anti-discriminatórias e anti-opressivas e intervenções a favor do cliente – advocacy” (Carvalho, Pinto, 2012, p. 21).

A resposta a uma reclamação quando é remetida ao cidadão muito tempo depois da sua realização perde oportunidade. O Assistente Social ao propor respostas deverá ter em conta o carácter pedagógico das mesmas ao disponibilizar a clarificação de informações direitas e deveres (do circuito que o utente deverá adotar, horários, direitos, etc.) para que se verifique uma utilização mais eficaz dos serviços.

Da análise dos dados infere-se que por norma as reclamações realizadas, sobretudo por mulheres, entre os 41 e os 50 anos, são legítimas, e constituem um meio de afirmação de cidadania na saúde, podendo adquirir uma força de pressão para que se verifique mudança. Considerando a possibilidade de reclamar, uma das estratégias do

cidadão ser ouvido e reivindicar os seus direitos, esta confere à organização -- qualidade, sobretudo, se e quando são delineadas ações preventivas ou corretivas.

No caso em concreto, a unidade de saúde debatia-se com a escassez de recursos humanos clínicos, situação que veio a ser resolvida, de forma progressiva, pois trata-se de um constrangimento nacional, que eventualmente requererá estratégias nacionais para ser solucionado.

Após a tipificação das reclamações recebidas, através das exposições no Livro Amarelo, no que diz respeito ao género e idade do utente, e caracterização do pedido e a caracterização e análise das respostas concedidas ao cidadão, poderão ser projetadas linhas orientadoras de intervenção social com vista ao desenvolvimento de uma intervenção social que fomente a prestação de cuidados com qualidade.

Ainda que a aposta passe pela participação e envolvimento do cidadão, é reconhecida a necessidade de se avaliar esta estratégia quer a nível nacional e internacional como refere Serapioni (2013), que questiona a sua efetiva execução e a representatividade dos cidadãos nos fóruns ou associações. Para o autor é necessário “identificar e desenvolver novas e mais efetivas formas de interação, ao nível local, entre cidadãos e serviços de saúde” (Serapioni, 2013, p. 16). Além disso, salienta que a promoção da participação, “requer investimentos significativos em termos de recursos políticos, humanos, organizacionais e económicos. Ou seja, exige uma abordagem multidimensional” (Serapioni, 2013, p. 16).

Na tentativa de responder ao segundo objetivo deste trabalho – Perceber que estratégias poderão ser adotadas no sentido de promover boas práticas e melhorar a qualidade de prestação de cuidados de saúde, identificam-se algumas ações que o Serviço Social no GC poderá desenvolver neste contexto.

Neste sentido, poderá desenvolver competências de comunicação que conduzem uma efetiva qualidade de vida e saúde dos cidadãos. Assim, poder-se-á promover a criação de sinalética com o desenho de percursos, com mensagens claras e cores apelativas nas unidades de saúde, que guiem o utente pelos diferentes serviços da organização. Propor a escrita em letra de tamanho que facilite a leitura aos utentes. Divulgar os direitos dos cidadãos junto de todas as unidades de forma acessível e apelativa. Esta divulgação poderá estender-se simultaneamente aos profissionais.

Ao nível externo divulgar junto dos cidadãos (recibo da água, por exemplo) contactos, regras de funcionamento ou alteração destas, entre outros. Participar nas reuniões das

Redes Sociais por forma a informar e estar informado das atividades, com objetivo de propor respostas integradas e eventuais encaminhamentos. Repensar as acessibilidades tendo em conta as características específicas os utentes pertencentes à 4ª idade (utentes com mais de 75 anos de idade).

Propor e apoiar a criação de um manual de acolhimento / guia do utente às unidades que ainda não disponham. Em termos administrativos criar uma resposta intercalar ao cidadão, sempre que após o prazo legal estipulado para o envio de resposta ainda se encontre em tratamento e análise as reclamações.

No sentido de promover o envolvimento do cidadão nas questões da saúde e fomentar a sua participação, poderá o Serviço Social, enquanto profissional do GC promover encontros regulares com os Conselhos da Comunidade²⁷. Esta tarefa, tal como preconiza o Observatório dos Sistemas de Saúde, no seu último relatório ao chamar a atenção para a necessidade de trabalhar esta questão dado que no geral encontram-se inoperantes o que contraria o determinado constitucionalmente de uma gestão descentralizada e participada no SNS. Os Conselhos para a Saúde de Comunidade vêm conferir ao cidadão uma participação coletiva nas questões da Saúde.

O Assistente Social a desempenhar funções no GC intervém ao nível da divulgação dos direitos e deveres dos utentes, na divulgação de informações ao nível individual e para a comunidade. Ao adotar esta estratégia de intervenção, difundindo de forma acessível a todos as informações, potência junto do cidadão a capacidade de aceder adequadamente aos serviços de saúde. Aceder de forma “adequada” aos cuidados de saúde, entendida como pertinente, oportuna e racional. Desta, forma o cidadão munido de informações sobre os seus direitos e deveres poderá participar e evolver-se na prossecução do seu bem-estar.

²⁷ De acordo com o Artigo 32º, DL 28/2008, 22 de Fevereiro, ao Conselho da Comunidade compete:

- Dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do Aces e respetivos orçamentos, antes de serem aprovados;
- Acompanhar a execução dos planos de atividade, podendo para isso obter do diretor executivo do Aces as informações necessárias;
- Alertar o Diretor Executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde;
- Dar parecer sobre o relatório anual de atividades e a conta de gerência, apresentados pelo Diretor Executivo;
- Assegurar a articulação do Aces, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;
- Propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo Aces em parceria com os municípios e demais instituições representadas no Conselho da Comunidade;
- Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Nesta perspetiva poder-se-á afirmar que o GC ao trabalhar na divulgação de informações persegue princípios subjacentes à definição de critérios de qualidade. A informação enquanto potenciadora do envolvimento do cidadão, enquanto critério preconizado pelo ISSO 9001, ou por outras, palavras a participação. Neste sentido, o cidadão informado poderá ser capaz de fazer melhor uso dos serviços, reivindicar e realizar sugestões junto do GC.

Estas atividades pretendem ainda ir ao encontro da estratégia nacional da qualidade que defende a difusão de informações transparentes acerca do SNS com vista a capacitação. A este propósito, a Rede Europeia definiu o empoderamento do cidadão enquanto utente, que resumiu desta forma: “Empoderar o doente significa facultar-lhes as oportunidades e o ambiente propícios para desenvolverem as competências, a confiança e o conhecimento necessários a evoluir de doente passivo e recetor de cuidados de Saúde para um parceiro ativo nos próprios cuidados de Saúde. Reforçar a literacia da Saúde, proteger e promover os direitos dos doentes, assegurar a participação dos doentes e dos cidadãos nos processos de tomada de decisão e prestar apoio para o autocuidado são formas para o conseguir (Crisp, 2014, p. 31).

Aferir o contributo do Serviço Social na Saúde, constituiu outro objetivo. Deste modo, e recorrendo à definição de Serviço Social, aprovada pela Assembleia Geral da IFSW e da IASSW em julho de 2014, em Melbourne, que determina que o “O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa.

Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social”, poder-se-á afirmar que possui as competências para desenvolver atividades no GC e o perfil adequado para contribuir para estratégias que fomentem a acessibilidades aos serviços de saúde e o envolvimento dos cidadãos, com vista ao respeito de critérios de qualidade.

Martinelli considera que “o lugar o Serviço Social na área da saúde, é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares (Martinelli, 2003, p.12)

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo estudar o papel do Gabinete do Cidadão na promoção da qualidade nos serviços de saúde, focando-se em particular no papel do Assistente Social neste gabinete e nas formas como este profissional poderá desenvolver estratégias que fomentem a qualidade dos serviços prestados.

Para tal, abordou-se a histórica do Serviço Social na Saúde, tendo como pano de fundo a evolução dos conceitos de saúde e de doença, que configuram o campo de intervenção do Assistente Social. A integração deste profissional no campo associa-se às questões da educação e higiene e surge da necessidade de uma ação humanizadora na prestação de cuidados de saúde.

Como marcos importantes apontou-se o reconhecimento da cidadania em saúde nos anos 70, a criação do SNS e a sua consagração na Constituição da República Portuguesa, através de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. A publicação da Carta de Ottawa veio conferir importância à capacitação dos cidadãos no sentido da promoção do bem-estar social.

Em face a estes reconhecimentos, nos anos 80 surgiram preocupações crescentes com a questão da qualidade na área da saúde. A necessidade de uma gestão rigorosa dos recursos e a construção de critérios de certificação da qualidade passam a fazer parte do quotidiano da prática dos técnicos de saúde. Neste sentido, o Assistente Social vem contribuir para o fomentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários de qualidade.

O estudo das reclamações dos utentes permitiu ao Assistente Social a identificação de estratégias de intervenção com vista à promoção de cuidados de saúde de qualidade. Em termos empíricos recorreu-se à elaboração de um trabalho de carácter exploratório e descritivo, suportado numa metodologia qualitativa e de análise documental. Foram estudadas as reclamações dos utentes, recebidas através do Livro de Reclamações / Amarelo, na UCSP Póvoa de Santa Iria, durante o ano de 2016. Com esta análise refletiu-se sobre a intervenção do Assistente Social no tratamento das reclamações dos utentes no Gabinete do Cidadão, entendendo-as como instrumento para a promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde primários.

Realizou-se assim uma análise detalhada do ACES Estuário do Tejo, bem como uma análise das reclamações da UCSP Póvoa de Santa Iria (incluindo as respostas elaboradas no GC). A partir destas pudemos identificar o perfil do utente que recorreu

ao Livro Amarelo, caracterizando-se este pela predominância do sexo feminino e pelo posicionamento na faixa etária entre os 40 e os 51 anos.

A análise das reclamações permitiu concluir que a grande maioria das reclamações se prende com a escassez de recursos humanos (pedido de atribuição de médico de família), remetendo diretamente para as questões de acessibilidade aos cuidados de saúde. Em segundo lugar as reclamações focaram-se na inadequação dos cuidados médicos.

Na avaliação das respostas concedidas pelo GC evidenciaram-se o seu carácter individual mas também casuístico. Salientou-se a importância da resposta atempada, clara e pertinente por parte do Assistente Social às reclamações de utentes relativamente a serviços, através de queixa, exigência, pedido ou reivindicação de um direito. Destacou-se neste âmbito a reduzida capacidade de elaboração de propostas, por parte do GC, de ações preventivas e corretivas. As ações corretivas combatem as causas das ocorrências identificadas como não conformes, com vista a eliminar as consequências imediatas dos procedimentos desadequados. As ações preventivas podem incluir a promoção de ações de literacia.

Partindo do estudo empírico realizado infere-se que a qualidade no GC poderá ser fomentada através do investimento em domínios de atuação dos profissionais de Serviço Social. Aqui se incluem ações que possibilitem uma avaliação prévia, realizada pelo Assistente Social, da capacidade do cidadão de perceber os circuitos para aceder aos serviços, do conhecimento das suas expectativas e do contexto socioeconómico em que se inserem.

A qualidade é entendida como a satisfação do cidadão relativamente ao tempo de espera para aceder aos serviços, do atendimento/acolhimento administrativo, do tratamento e ou diagnóstico avaliado pelo utente como fiável, assim como pela perceção da justiça da taxa moderadora cobrada, se for o caso. O Assistente Social tem um papel muito importante na avaliação dos determinantes sociais da saúde e na mediação entre as aspirações do cidadão e as possibilidades e limites dos recursos existentes.

O Assistente Social poderá ainda criar condições de empoderamento do cidadão. Este empoderamento passa pela realização de estratégias como a difusão de informação de forma clara e acessível a todos, deste modo promovendo uma maior articulação com as Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade, criando pontos de divulgação da informação para além dos existentes nas Unidades de Saúde, e estendendo-o ao espaço público. Apesar dos investimentos realizados na utilização de meios tecnológicos (SNS24/ Portal do Utente) para difundir a informação, não deverão ser

descuradas ações de maior proximidade com grupos particularmente vulneráveis, como os idosos, estrangeiros, infoexcluídos.

As estratégias podem também incluir o fomento da participação dos utentes na gestão das questões da saúde, quer em termos individuais quer através de grupos de doentes e do Concelho da Comunidade, articulando assim com a comunidade local, através da participação na Rede Social. Considera-se, a partir da análise realizada, que o profissional de serviço social tem um papel privilegiado na promoção da participação do cidadão e do envolvimento comunitário, tendo em conta as possibilidades e limites dos recursos existentes. Utilizando estratégias de capacitação e de empoderamento individual e coletivo, o profissional pode contribuir para que o cidadão seja capaz de fazer melhor uso, e mais informado, dos serviços, de aumentar a sua capacidade de reivindicação face ao mesmo e realização de sugestões para a melhoria da sua qualidade. Ainda que se reconheçam as limitações desta estratégia, dada a frágil avaliação realizada aos programas que a têm desenvolvido, bem como os riscos inerentes da deficitária representatividade dos utentes, o potenciar a participação do cidadão responde a um dos critérios de avaliação da qualidade dos serviços.

Outra intervenção possível passa por trabalhar junto do apoio administrativo ou secretariado as questões de humanização do acolhimento ao utente, que por norma recorre aos serviços numa situação de fragilidade, bem como sugerir a implementação de melhorias contínuas nos circuitos de comunicação interna e externa.

Finalmente, orientar o cidadão para a concretização dos seus direitos sociais constitui uma tarefa transversal a toda a intervenção no decurso da atividade profissional, tendo como finalidade a justiça social. Esta deve promover a distribuição equitativa dos recursos, capacitando o cidadão de forma a permitir o envolvimento na gestão das questões da saúde, numa perspetiva preventiva e curativa.

Como temáticas de interesse para futuros trabalhos, apontam-se o estudo da natureza e proveniência das sugestões rececionadas nos Gabinetes do Cidadão; a caracterização das reclamações tendo conta as formas de gestão das unidades de saúde (UCSP versus USF), bem como a avaliação de formas de participação do cidadão na saúde.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin (2013) - Serviço Social e humanização na saúde: limites e possibilidades. Textos e Contextos. 12:2 (2013) 334–348.

ALMEIDA, Helena Neves (2012) - Envelhecimento, qualidade de vida e mediação social profissional na saúde. Serviço social na Saúde. (2012) 139– 178.

ALVES-MAZZOTTI, A. (2006) - Usos e abusos dos estudos de caso. Cadernos de Pesquisa. 36:129 (2006).

AMENDOEIRA, José (2009) - Políticas de saúde em Portugal e desigualdades [Em linha]. Lisboa: UNL – FCSH. Comunicação nos Seminários Temáticos “Políticas Públicas e Desigualdades”. [Consult. 14 dez. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>>.

BARDIN, Laurence (1977) - Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BELL, Judith (2010) – Como realizar um projeto de investigação : um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação [Em linha]. Revisão científica de José Machado Pais. Lisboa: Gradiva. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://soclogos.files.wordpress.com/2014/09/como-realizar-um-p-de-investigac3a7ao-bell.pdf>>.

BRANCO, Francisco (2008) - Ação Social, individuação e cidadania. A construção do acompanhamento social no contexto do Estado Social ativo. Cidades - Comunidades e Territórios. 17 (2008) 81– 91.

BRANCO, Francisco; AMARO, Inês (2011) - As práticas do «Serviço Social activo» no âmbito das novas tendências da política social: uma perspetiva portuguesa. Serviço Social & Sociedade. 108 (2011) 656– 679.

BRANCO, Francisco; FARÇADAS, Maria (2012) - O Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contexto, perspetiva e desafios. Em CARVALHO, Maria Irene, ed. - Serviço social na saúde. Lisboa: Pactor. p. 1–22.

CARAPINHEIRO, Graça (2011) - Saúde e doença: um programa crítico de sociologia da saúde. Sociologia on Line : Revista da Associação Portuguesa de Sociologia [Em

linha]. 3, *Sociologia da Saúde* (Junho 2011) 57-71. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14303/1/Sa%C3%BAdede%20e%20doen%C3%A7a%20um%20programa%20cr%C3%ADtico%20de%20sociologia%20da%20sa%C3%BAdede.pdf>>.

CARVALHO, Maria Irene, coord. ; PINTO, Carla, coord. (2016) - Serviço Social teorias e práticas. Lisboa : Pactor.

CASTRO, Marina Monteiro De Castro (2012) - Serviço Social e Saúde: instrumentos e técnicas em questão. Intervenção Social. 39 (2012) 187-202.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ALMA-ATA, URSS, 1978 (1979) – Cuidados primários de saúde: Alma – Ata 1978 [Em linha]. Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: OMS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>

COUTO, Beatriz, coord. (2006) - Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rnci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555>.

CRISP, Lord Nigel, coord. (2014) - Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar [Em linha]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2017a) - Sistema de gestão de reclamações: síntese descritiva 2016 [Em linha]. Porto: ERS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2043/SGREC_Sintese_Descritiva_2016.pdf>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2017b) – Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde [Em linha]. Porto: ERS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1981/ERS_Estudo_literacia_em_direitos_dos_utentes.pdf>.

ESPIRITO SANTO, Maria Inês (2015) - O processo de acreditação hospitalar: desafios

na prática profissional dos assistentes sociais. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de doutoramento.

EUROPEAN QUALITY ASSURANCE FOR SOCIAL SERVICES (s.d.) - Apresentação e estratégia para implementação em Portugal [Em linha]. [S.l.] : EQUASS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6_4_EQUASS.pdf>.

FARÇADAS, Maria; RUFINO, Ana (2016) - O Gabinete do Cidadão como pivot no acesso, participação e informação em saúde. Revista Factores de Risco. 40 (abril-junho 2016) 108–112.

FERREIRA, Pedro Lopes [et al.] (2017) – Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde [Em linha]. : relatório de primavera 2017 [Em linha]. [S.l.] : OPSS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf>.

GUADALUPE, Sónia (2011) - Anotações cronológicas sobre a Trajetória do Serviço Social no sistema de saúde em Portugal. Revista de Serviço Social e Saúde. 10:12 (2011) 99–126.

GUERRA, Isabel (2006) - Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo sentidos e formas de uso. Estoril: Príncipia.

INSPECÇÃO GERAL DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE (2016) – Relatório de atividades e de autoavaliação [Em linha]. [S.l.] : IGAS. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/Relatorio-de-Atividades-da-IGAS-2016.pdf>>.

KRÜGER, Tânia Regina (2010) - Serviço Social na Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. Revista de Serviço Social e Saúde [Em linha]. 9:10 (dez. 2010) 123-145. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891/2790>>.

LEAL, António da Silva (1985) - As políticas sociais no Portugal de hoje. Análise Social. 21:87-88-89 (1985) 925-943.

LIMA, Teresa Maneca (2015) - A história das políticas de saúde em Portugal: um olhar sobre as tendências recentes. Research and Networks In Health [Em linha]. 1 (2015) 1–11. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/42430/1/A%20hist%C3%B3ria%20das%20pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal.pdf>>.

LOPES, Maria Augusta [*et al.*] - Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. Em CARVALHO, Maria Irene, ed. - Serviço social na saúde. Lisboa: Pactor. p. 25–52.

MARMOT, Michael (2012) - WHO European review of social determinants of health and the health divide. The Lancet [Em linha]. 380:9846 (September 2012) 1011-1029. [Consult. 18 Jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612612288?via%3Dihub>>.

MARTINELLI, Maria Lúcia (2003) - Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. Intervenção Social. 28 (2003) 9– 18.

MATIAS, Maria Aurora (1999) - Gênese e emergência do Serviço Social na Saúde. Intervenção Social. 20 (1999) 91– 114.

MATIAS, Maria Aurora (s.d.) - Condições do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde [Em linha]. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cpihts.com/PDF/AutoraM.pdf>>.

MATOS, Maurílio Castro (2014) - Serviço Social ética e saúde reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez Editora ed.

MATOS, Maurílio Castro de (2009) - Assistente Social : trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. Interações [Em linha]. 17 (2009) 45-63. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/315/327>>.

MENDES, Rosa Maria das Neves (2008) - História dos Conceitos de Saúde e de Doença. Nursing [Em linha]. 231 (2 abril 2008). [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3298-historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenca#.WIKb8v4iFMs>>.

NOBRE, Teresa (2000) - A queixa na saúde: «sólida...ou a desfazer-se no ar». Intervenção Social. 21 (2000) 11-32.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010) - Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final [Em linha]. Tradução de João Conceição e Silva. Genebra: OMS. [Consult. 18 dez. 2017]. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf?ua=1>.

PINTO, Carla; CARVALHO, Maria Irene de (coord.) (2014) - Serviço Social: teorias e práticas. Lisboa: Pactor.

PISCO, Luís (2001) - Perspetivas sobre a Qualidade na Saúde. Qualidade em Saúde. Lisboa. 5 (Out 2001) p.4-7.

PISCO, Luís (2007) - Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços. Qualidade em Saúde. Lisboa. 0 (2005) 12-14.

PISCO, Luís; BISCAIA, José Luís (2001) - Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2 (2001) 43– 51.

PORTUGAL. Governo (2015) - Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019 [Em linha]. Lisboa: Governo Constitucional. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (1971) - Decreto-Lei 413/71. Diário do Governo I série [Em linha]. 228 (1971-09-27) 1406 – 1434. [Consult. 18 Jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/632738/details/maximized>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (1983) - Despacho Normativo 97/83. Diário da República I série [Em linha]. 93 (1983-04-22). 1439-1453. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/application/file/311924>>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (1986) - Despacho Ministerial nº 26/86. Diário da República II Série. 168 (24 jul. 1986) 6762.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (1987) - Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/87. Diário da República I série [Em linha]. 156 (1987-07-10) 2719-2720. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/application/file/420075>>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (1990) - Lei 48/90. Diário da República I Série. 195 (24 ago. 1990) 3452 – 3459.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (1990) – Portaria 15/90. Diário da República I série [Em linha].7 (1990-01-09) 92. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/application/file/313773>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (1991) - Decreto-Lei n.º 296/91. Diário da República I-A série [Em linha]. 187 (1991-08-16). [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/674062/details/maximized>>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (1993) - Decreto-Lei nº 11/93. Diário da República I-A série. 12 (15 jan. 1993) 129-134.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (1999) -Decreto-Lei nº 286/1999. Diário da República I-A série. 173 (27 jul. 1999) 4690-4695.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2006) - Decreto-Lei n.º 212/2006. Diário da República I série [Em linha]. 208 (2006-10-27) 7517 – 7525. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:https://dre.pt/pesquisa/-/search/545638/details/normal?p_p_auth=HFP4mYZa>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2006) - Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República I-A série. 109 (6 jun. 2006) 3856-3865.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2006) - Despacho Normativo nº 9/2006. Diário da República I-B série. 34 (16 fev. 2006) 1256-1258.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2007) - Decreto-Lei nº 298/2007. Diário da República I série. 161 (22 ago. 2007) 5587-5596.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2008) - Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República I série [Em linha]. 38 (2008-02-22) 1182 – 1189. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2008) - Lei 12-A/2008. Diário da República I série. 41, 1.º Suplemento (27 fev. 2008) 1326- (2) - 1326- (27). Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas - Mantêm-se em vigor apenas os artigos n.º 88 a 115.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009) - Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República I série. 38 (22 fev. 2008) 1182-1189. Alterado pelo Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de Abril e pelo Decreto-Lei 102/2009, de 11 de Maio e retificado pela Declaração de Retificação nº 20/2008, de 17 de Abril, diploma alterado pelo Dec. Lei 253/2012 de 27 de Novembro.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009) - Lei n.º 7/2009. Diário da República I série. 30 (12 fev. 2009) 926-1029.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009a) - Portaria nº 276/2009. Diário da República I série. 54 (18 mar. 2009) 1728-1737. Retificada pela Declaração de Retificação nº 31/2009, de 14 de Maio – Criação dos ACES com indicação da sua Sede, delimitação geográfica, Centros de Saúde incluídos, número de utentes inscritos e recursos afetos.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009b) - Despacho nº 10143/2009. Diário da República II série. 74 (16 abr. 2009) 15438-15440.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009c) - Decreto-Lei nº 81/2009. Diário da República I série. 65 (2 abr. 2009) 2058-2062.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2009d) - Decreto-Lei nº 82/2009. Diário da República I série. 65 (2 abr. 2009) 2062-2065.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2011) - Decreto-Lei n.º 113/2011. Diário da República I série [Em linha]. 229 (2011-11-29) 5108 – 5110. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/146061/details/normal?_search_WAR_drefrontofficeportlet_print_preview=print-preview>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2011) - Despacho n.º 7861/2011. Diário da República II série [Em linha]. 105 (2011-05-31) 23459-23462. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:<https://dre.tretas.org/pdfs/2011/05/31/plain-284287.pdf>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2011) - Portaria n.º 306-A/2011. Diário da República I série [Em linha]. 242:1.º Suplemento (2011-12-20) 5348-(2) a 5348-(4). [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/477277/details/normal?l=1>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2011) - Portaria n.º 311-D/2011. Diário da República I série [Em linha]. 247:2.º Suplemento (2011-12-27) 5418-(24) a 5418-(27). [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/>>

/search/577705/details/normal?p_p_auth=l0OPywsI>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2012) - DL n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro : Inspeção-Geral das Actividades em Saúde - IGAS [Em linha]. Lisboa : PGDL. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1716&tabela=leis>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2013) - Portaria n.º 95/2013. Diário da República I série [Em linha]. 44 (2013-03-04) 1185 – 1191. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://dre.pt/pesquisa/-/search/259263/details/maximized?drelid=136813>>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2014) - Decreto-Lei n.º 126/2014. Diário da República I série [Em linha]. 161 (2014-08-22) 4400 – 4416. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/56304800/details/maximized?jp=true/en>>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2014) - Decreto-Lei nº 73/2014. Diário da República I série. 91 (13 mai. 2014) 2748-2765. Aprova um conjunto de medidas de simplificação e modernização administrativa, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 4/97, de 9 de Janeiro e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2014) - Lei n.º 15/2014. Diário da República I série. 57 (21 mar. 2014) 2127-2131.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2014) - Lei nº 35/2014. Diário da República I série. 117 (20 jun. 2014) 3220-3304. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2015) - Decreto-Lei n.º 136/2015. Diário da República I série [em linha]. 145 (2015-07-28) 5081 – 5091. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p_auth=0kL55c3B>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2015) - Despacho n.º 5613/2015. Diário da República II série [Em linha]. 102 (2015-05-27) 13550-13553. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2015a) - Decreto-Lei n.º 4/2015. Diário da República I série. 4 (7 jan. 2015) 50-87. No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 42/2014, de 11 de Julho, aprova o novo Código do Procedimento Administrativo.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2015b) - Portaria n.º 87/2015. Diário da República I série. 57 (23 mar. 2015) 1656-1659. Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, publica a Carta de Direitos de Acesso e revoga a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2016) - Decreto-Lei n.º 49/2016. Diário da República I série [Em linha]. 161 (2016-08-23) 2848 – 2851. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:https://dre.pt/home/-/dre/75170443/details/maximized?print_preview=print-preview>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2016) - Despacho n.º 200/2016. Diário da República II série [Em linha]. 4 (2016-01-07) 570 – 571. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: https://dre.pt/home/-/dre/73046271/details/2/maximized?serie=II%2Fen%2Fen&drelid=73046230>.

PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. (2017) - Despacho n.º 1774-A/2017. Diário da República II série. 40, 1.º Suplemento (24 fev. 2017) 3514- (2) - 3514- (5).

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2016) - Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas [Em linha]. Lisboa: República Portuguesa, Saúde. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL:http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Relatorio-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-de-Saude-no-SNS-2016.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007) - Relatório Final [Em linha]. Lisboa : [s.n.]. [Consult. 18 Jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016) - Satisfação do Utente no SNS [Em linha]. Lisboa : Direção-Geral da Saúde. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/satisfacao-do-utente-no-sns.aspx>.

SAKELLARIDES, Constantino [et al.] - O Futuro do Sistema de Saúde Português “Saúde

2015” [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.observatorio.pt/download.php?id=86>>.

SANTOS, B.S. (1987) - O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. Revista Critica de Ciências Sociais. 23 (1987) 13-74.

SERAPIONI, Mauro (2013) - Sistemas de saúde e participação cidadã: algumas reflexões críticas na perspetiva da sociologia da saúde. Saúde & Tecnologia [Em linha]. 10 (novembro 2013) 10 – 18. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL:https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/artigo_2_n10.pdf>.

SERAPIONI, Mauro; FERREIRA, Pedro Lopes; ANTUNES, Patrícia (2014) - Participação em Saúde: Conceitos e conteúdos. Notas & economias [Em linha]. (Dez. 2014) 26-40. [Consult. 18 nov. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://impactum-journals.uc.pt/notaseconomicas/article/download/3387/2625>>.

SILVA, Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva (2017) – A primeira escola de Serviço Social em Portugal: o projeto educativo fundador e a configuração do campo do conhecimento (1935 – 1955) [Em linha]. Lisboa : [s.n.]. Tese de doutoramento em Serviço Social, Universidade Lusíada de Lisboa, 2016. [Consult. 18 Jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/2695>>.

SOUZA, Rodriane de Oliveira (2010) - Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde [Em linha]. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais; 2) [Consult. 14 dez. 2017]. Disponível em WWW:<URL: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>.

VALA, J. (1986) - A análise de conteúdo. In PINTO, J.M. ; SILVA, A.S. - Metodologia das ciências sociais. Porto : Afrontamento.

VENTURA, Magda (2007) - O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Revista Pedagogia Médica [Em linha]. 20:5 (set. out. 2007) 383-386. [Consult. 14 out. 2017]. Disponível em WWW:<URL: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf>.

VIEIRA DA SILVA, Mariana (2012) - Políticas públicas de saúde: tendências recentes. Sociologia, Problemas e Práticas. 69 (2012) 121– 128.
