

**Universidades Lusíada**

Gonçalves, Pedro de Jesus Valadas Abraços Más,  
1972-

**O serviço social e a satisfação dos utentes, nos  
cuidados de saúde primários : o caso do ACeS  
Algarve III – Sotavento**

<http://hdl.handle.net/11067/8180>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2025

**Resumo**

A dissertação intitulada “O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de Saúde Primários: o caso do ACeS Algarve III - Sotavento” apresenta um estudo que visa verificar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais da maioria das Unidades/ Pólos do Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento. Optou-se por uma abordagem qualitativa, e como técnica de recolha de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas telefónicas gravadas, a uma população...

The dissertation titled "Social Work and Patient Satisfaction, in Primary Health Care: the case of ACeS Algarve III – Sotavento" presents a study aimed at assessing patient satisfaction with the healthcare services provided by professionals in most of the Units/Poles of the Sotavento Health Centers Group (ACeS Algarve III). A qualitative approach was adopted, utilizing audio-recorded semi-structured telephone interviews as the primary data collection technique. The study population comprised pat...

**Palavras Chave**

Serviço social médico - Portugal, Cuidados de saúde primários - Portugal, Cuidados médicos - Avaliação, Portugal. Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve (Sotavento) - Ensino e Estudo (Estágio)

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T23:03:03Z com  
informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA**  
**Mestrado em Serviço Social**

**O serviço social e a satisfação dos utentes, nos  
cuidados de saúde primários:  
o caso do ACeS Algarve III - Sotavento**

**Realizado por:**  
Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves

**Orientado por:**  
Professora Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

**Constituição do Júri:**

|              |                                                |
|--------------|------------------------------------------------|
| Presidente:  | Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho    |
| Orientadora: | Professora Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa |
| Arguente:    | Professora Doutora Maria Júlia Faria Cardoso   |

Dissertação aprovada em: 03 de julho de 2025

Lisboa

2025



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de  
Saúde Primários:  
o caso do ACeS Algarve III – Sotavento

Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves

Lisboa

Fevereiro 2025



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA**

**Mestrado em Serviço Social**

**O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos  
Cuidados de Saúde Primários:  
o caso do ACeS Algarve III – Sotavento**

**Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves**

**Lisboa**

**Fevereiro 2025**

Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves

O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos  
Cuidados de Saúde Primários:  
o caso do ACeS Algarve III – Sotavento

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

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Lisboa

Fevereiro 2025

## FICHA TÉCNICA

**Autor** Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves  
**Orientadora** Professora Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa  
**Título** O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de saúde Primários: o caso do ACeS Algarve III – Sotavento  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2025

### CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

GONÇALVES, Pedro de Jesus Valadas Abraços Más, 1972-

O serviço social e a satisfação dos utentes, nos cuidados de saúde primários: o caso do ACeS Algarve III – Sotavento / Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves; orientado por Maria Isabel de Jesus Sousa. - Lisboa: [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - SOUSA, Maria Isabel de Jesus, 1956-

#### LCSH

1. Serviço social médico - Portugal
2. Cuidados de saúde primários - Portugal
3. Cuidados médicos - Avaliação
4. Portugal. Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve (Sotavento) - Ensino e Estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Medical social work - Portugal
2. Primary health care - Portugal
3. Medical care - Evaluation
4. Portugal. Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve (Sotavento) - Study and Teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. HV687.5. P8 G66 2025

## **AVISO LEGAL**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.



## **AGRADECIMENTOS**

Apraz-me tecer um profundo agradecimento à minha Orientadora, que desde o germinar da ideia projetada deste trabalho, até à sua conclusão, me proporcionou uma orientação próxima usando boas práticas pedagógicas, aliadas ao seu refinado sentido de humor, nos momentos de mais, e de menos entusiasmo, contagiando-me com a Assistente Social fervorosa que traz consigo. Grato por isso.

Muito agradeço ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP., e à Comissão de Ética da mesma Administração Regional de Saúde, por me abrirem a porta para a continuação deste estudo, bem como a todos/as os/as participantes no estudo, sem os/as quais a pesquisa não teria sido possível.

Estou grato a toda a equipa da Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa, pelos serviços impecáveis que me prestaram, sempre que à mesma recorri.

Agradeço também a toda a equipa da Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a qual de forma gentil e célere, me cedeu à distância a bibliografia localizada nesta biblioteca, permitindo-me citar as fontes primárias que pretendia.



## **APRESENTAÇÃO**

### **O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de Saúde Primários: o caso do ACeS Algarve III - Sotavento**

Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves

A dissertação intitulada “O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de Saúde Primários: o caso do ACeS Algarve III - Sotavento” apresenta um estudo que visa verificar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais da maioria das Unidades/Pólos do Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento. Optou-se por uma abordagem qualitativa, e como técnica de recolha de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas telefónicas gravadas, a uma população constituída por utentes/familiares que necessitaram dos cuidados de saúde da maioria das Unidades/Pólos da instituição. A amostra constitui-se por 64 utentes, de ambos os sexos, a partir dos 18 anos, em condições físicas e psíquicas para participar. As perguntas das entrevistas focaram experiências recentes dos utentes, incluídas em dimensões como a acessibilidade, a qualidade das instalações, e as prioridades de mudança na ótica dos utentes. No tratamento e análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Acautelou-se o anonimato dos respondentes e de profissionais eventualmente visados. Foi possível concluir que, globalmente, houve satisfação nas dimensões de análise consideradas. A respeito da acessibilidade, a maioria (77%) evidenciou satisfação com o acesso à Consulta Programada, à Consulta do Dia 71%, com o tempo de espera para cuidados de enfermagem 98%, consultas médicas 56%. Quanto à Qualidade das Instalações e Equipamentos, expressaram satisfação, classificando as instalações como boas 44%, ou bastante boas 22%. Sobre o Atendimento do Secretariado Clínico, a generalidade das pessoas revelou satisfação. Acerca dos Cuidados de Enfermagem, a larga maioria (93%) mostrou satisfação, referindo-se a insatisfação a equipamentos e materiais consumíveis. Relativamente aos Cuidados Médicos, a generalidade das pessoas demonstrou satisfação. Esta satisfação, foi corroborada pela Recomendação dos serviços das Unidades/Pólos a outras Pessoas, de forma geral, 98%. Nas Prioridades de Mudança identificadas, o alargamento do horário de funcionamento das Unidades/Pólos foi apontado por 25%, e o aumento do número de médicos, segundo 17%.

**Palavras-chave:** Satisfação dos Utentes, Cuidados de Saúde Primários, Serviço Social, Gabinete do Cidadão, SNS.



## **PRESENTATION**

### **Social Work and Patient Satisfaction, in Primary Health Care: the case of ACeS Algarve III - Sotavento**

Pedro de Jesus Valadas Abraços Más Gonçalves

The dissertation titled "Social Work and Patient Satisfaction, in Primary Health Care: the case of ACeS Algarve III – Sotavento" presents a study aimed at assessing patient satisfaction with the healthcare services provided by professionals in most of the Units/Poles of the Sotavento Health Centers Group (ACeS Algarve III). A qualitative approach was adopted, utilizing audio-recorded semi-structured telephone interviews as the primary data collection technique. The study population comprised patients/family members who required healthcare services from the majority of the Units/Branches within the institution. The sample consisted of 64 patients, of both genders, aged 18 or older, in good physical and mental condition to participate. The interview questions focused on the respondents recent experiences, addressing dimensions such as accessibility, the quality of facilities, and the priorities for change from the patients perspective. Content Analysis, as proposed by Bardin, was used for data processing and analysis. The anonymity of the respondents and any potentially identified professionals was ensured. The findings indicated overall satisfaction in the considered analysis dimensions. Regarding accessibility, the majority (77%) expressed satisfaction with access to Scheduled Appointments, 71% with Same-Day Appointments, 98% with waiting times for nursing care, and 56% with waiting times for medical consultations. Concerning the Quality of Facilities and Equipment, respondents expressed satisfaction, with 44% rating the facilities as good, and 22% as very good. In terms of Clinical Secretariat services, most respondents were satisfied. Regarding Nursing Care, the vast majority (93%) expressed satisfaction, though some dissatisfaction was noted concerning equipment and consumable materials. With regard to Medical Care, the general consensus was satisfaction. This satisfaction was further confirmed by the high rate of recommendations of the services to others, with 98% of respondents expressing their willingness to recommend the Unit/Poles. Among the identified priorities for change, 25% indicated the extension of opening hours, while 17% pointed to an increase in the number of doctors.

**Keywords:** Patient Satisfaction, Primary Health Care, Social Work, Citizen's Office, National Health Service (SNS).



## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Concelhos da Região ..... 61

**Figura 2** - Organograma do ACeS Sotavento ..... 62

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** - Mortes ocorridas aos 80 anos e mais ..... 21

**Tabela 2** - Distribuição dos/as participantes por faixa etária ..... 63

**Tabela 3** - Distribuição dos/as participantes por escolaridade ..... 63

**Tabela 4** - Distribuição dos/as participantes face ao estudo/trabalho/reforma ..... 63

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1** - Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal, de 1978 a 2018....20



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

|                                     |                                                                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACeS</b>                         | - Agrupamento(s) de Centros de Saúde                                                   |
| <b>ACeS Algarve III - Sotavento</b> | - Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento                                         |
| <b>AIESS / IASSW</b>                | - Associação Internacional de Escolas de Serviço Social                                |
| <b>APSS</b>                         | - Associação dos Profissionais de Serviço Social                                       |
| <b>ARSA, IP</b>                     | - Administração Regional de Saúde do Algarve, Instituto Público                        |
| <b>ARS</b>                          | - Administração Regional de Saúde                                                      |
| <b>CEISUC</b>                       | - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra                 |
| <b>CNDSS</b>                        | - Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde                               |
| <b>CNHCS - SNS</b>                  | - Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS                    |
| <b>CPCJ</b>                         | - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens                                            |
| <b>CRP</b>                          | - Constituição da República Portuguesa                                                 |
| <b>CS</b>                           | - Centro(s) de Saúde                                                                   |
| <b>CSP</b>                          | - Cuidados de Saúde Primários                                                          |
| <b>DGS</b>                          | - Direção-Geral da Saúde                                                               |
| <b>DSS</b>                          | - Determinantes Sociais da Saúde                                                       |
| <b>DUDH</b>                         | - Declaração Universal dos Direitos do Homem                                           |
| <b>ECCI</b>                         | - Equipa de Cuidados Continuados Integrados                                            |
| <b>ECSCP</b>                        | - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos                                 |
| <b>ERS</b>                          | - Entidade Reguladora da Saúde                                                         |
| <b>FIAS/IFSW</b>                    | - Federação Internacional de Assistentes Sociais                                       |
| <b>GC</b>                           | - Gabinete do Cidadão                                                                  |
| <b>GU</b>                           | - Gabinete do Utente                                                                   |
| <b>ICSW</b>                         | - International Council on Social Welfare (Conselho Internacional de Bem-Estar Social) |
| <b>INE</b>                          | - Instituto Nacional de Estatística                                                    |
| <b>IQS</b>                          | - Instituto da Qualidade em Saúde                                                      |
| <b>LBS</b>                          | - Lei de Bases da Saúde                                                                |
| <b>NACJR</b>                        | - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco                                         |
| <b>OAS</b>                          | - Ordem dos Assistentes Sociais – Comissão Instaladora                                 |
| <b>OMS</b>                          | - Organização Mundial de Saúde                                                         |
| <b>ONU</b>                          | - Organização das Nações Unidas                                                        |
| <b>PNS</b>                          | - Plano Nacional de Saúde                                                              |
| <b>RSI</b>                          | - Rendimento Social de Inserção                                                        |
| <b>SGREC</b>                        | - Sistema de Gestão de Reclamações                                                     |

|                     |                                                                        |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>SGSR</b>         | - Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações                         |
| <b>SNS</b>          | - Serviço Nacional de Saúde                                            |
| <b>UBS</b>          | - Unidade Básica de Saúde                                              |
| <b>UCC</b>          | - Unidade de Cuidados na Comunidade                                    |
| <b>UCSP</b>         | - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados                          |
| <b>UCSP Aleo</b>    | - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aleo                     |
| <b>UCSP Mar</b>     | - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mar                      |
| <b>ULS</b>          | - Unidade(s) Local(ais) de Saúde                                       |
| <b>URAP</b>         | - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados                        |
| <b>UNGA</b>         | - United Nations General Assembly (Assembleia Geral das Nações Unidas) |
| <b>USF</b>          | - Unidade de Saúde Familiar                                            |
| <b>USF Baesuris</b> | - Unidade de Saúde Familiar Baesuris                                   |
| <b>USF Balsa</b>    | - Unidade de Saúde Familiar Balsa                                      |
| <b>USF Esteva</b>   | - Unidade de Saúde Familiar Esteva                                     |
| <b>USF Gilão</b>    | - Unidade de Saúde Familiar Gilão                                      |
| <b>USF Levante</b>  | - Unidade de Saúde Familiar Levante                                    |
| <b>USP</b>          | - Unidade de Saúde Pública                                             |
| <b>WHO</b>          | - World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)             |
|                     | -                                                                      |
|                     | -                                                                      |

## SUMÁRIO

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introdução.....                                                                      | 15 |
| 2. Conceitos Base.....                                                                  | 19 |
| 2.1. O SNS e os CSP.....                                                                | 19 |
| 2.2. A Satisfação dos Utentes e a Qualidade na Saúde .....                              | 23 |
| 2.3. O Estado da Arte da Satisfação dos Utentes nos CSP .....                           | 27 |
| 3. O Serviço Social na Saúde e nos CSP .....                                            | 31 |
| 3.1. O Gabinete do Cidadão.....                                                         | 36 |
| 3.2. O Serviço Social na Promoção da Cidadania na Saúde.....                            | 40 |
| 3.3. Ética no Serviço Social.....                                                       | 43 |
| 3.4. Serviço Social, Direitos Humanos e o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade<br>47 |    |
| 3.5. Mediação e Serviço Social .....                                                    | 50 |
| 4. Desenho do Estudo e Métodos.....                                                     | 53 |
| 4.1. Definição e Justificação do Desenho da Investigação .....                          | 53 |
| 4.2. Procedimentos na Recolha de Dados .....                                            | 54 |
| 4.3. População e Amostra do Estudo .....                                                | 55 |
| 4.4. Identificação das Variáveis.....                                                   | 57 |
| 4.5. Tratamento e Análise dos Dados .....                                               | 57 |
| 4.5. Considerações Éticas .....                                                         | 59 |
| 5. Apresentação e Discussão de Resultados .....                                         | 61 |
| 5.1. O ACeS Sotavento.....                                                              | 61 |
| 5.2. Caracterização Sociodemográfica do Painel de Participantes.....                    | 63 |
| 5.3. Acessibilidade .....                                                               | 64 |
| 5.3.1. Acessibilidade às Consultas Médicas.....                                         | 64 |
| 5.3.2. Tempo de Espera.....                                                             | 66 |
| 5.3.3. Alteração da data/hora da Consulta Médica.....                                   | 67 |
| 5.3.4. Acessibilidade Telefónica aos Vários Profissionais de Saúde .....                | 67 |
| 5.3.5. Acesso Telefónico ao Secretariado Clínico .....                                  | 69 |
| 5.4. Qualidade das Instalações e Equipamentos.....                                      | 70 |
| 5.5. Atendimento do Secretariado Clínico .....                                          | 75 |
| 5.6. Cuidados de Enfermagem.....                                                        | 79 |
| 5.7. Cuidados Médicos.....                                                              | 82 |
| 5.8. Recomendação dos Serviços da Unidade/Pólo a Outras Pessoas.....                    | 87 |
| 5.9. Prioridades de Mudança .....                                                       | 87 |
| 5.9.1. A Última Palavra Coube às/aos Participantes .....                                | 92 |
| 6. Conclusões .....                                                                     | 95 |

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| Referências Bibliográficas .....                     | 99  |
| Apêndices.....                                       | 111 |
| Apêndice A: Consentimento Informado.....             | 111 |
| Apêndice B: Guião da Entrevista Semiestruturada..... | 111 |

## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde proporcionados reputa-se da maior importância, e tem vindo a revelar-se fundamental para melhorar os cuidados de saúde (Chaves *et al.*, 2016, p. 339-346). Por conseguinte, satisfazer os utentes com os cuidados de saúde prestados é um objetivo que se impõe a todas as instituições de saúde (Biscaia e Heleno, 2017, p. 709).

O presente trabalho de investigação incide na intervenção do Serviço Social na satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários, por isso, é subordinado ao tema: O Serviço Social e a Satisfação dos Utentes, nos Cuidados de Saúde Primários: o caso do ACeS Algarve III - Sotavento. O estudo científico visa dar informação para resolver um problema, e responder a uma questão de investigação (Haro *et al.*, 2016, p. 3), que neste caso é: Qual a satisfação dos utentes com os cuidados<sup>1</sup> de saúde prestados pelos profissionais da maioria das Unidades/Pólos do ACeS Sotavento?

Os motivos da escolha do tema prenderam-se com o facto do autor ser Assistente Social no Gabinete do Cidadão (GC) da mencionada instituição. O Despacho n.º 26/86, de 24/07/1986, que criou o Gabinete do Utente (atual GC), alude no seu articulado que o “Gabinete do Utente funciona junto do Serviço Social de cada estabelecimento hospitalar e nas sedes das administrações regionais de saúde” e, “onde não haja serviço social será designado, para o efeito, um técnico de serviço social.” Logo, o trabalho no GC desde a sua criação, até hoje, foi atribuído ao Serviço Social. Carreiras, Nobre e Figueira (2003, p. 11) mencionam que dois objetivos gerais do GC, são: “Dar voz ao cidadão” e, “Melhorar o grau de satisfação dos utilizadores do SNS.” Nos termos da alínea d) do n.º 1 do Art.º 37º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02 (com as alterações subsequentes), compete ao GC dos CSP: “Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.” Daí, a opção deste tema e a formulação da referida questão de investigação.

Arnaut e Semedo (2017, p. 32) preconizam que a investigação em saúde deve ser estimulada, envolvendo os serviços, os profissionais e a comunidade. Acresce que o n.º 1, alínea j) da Base 2 da Lei n.º 95/2019, de 4/09 (LBS), dita: “Todos os cidadãos têm direito: A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS.” A Carta para a Participação Pública em Saúde, visa “fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas

---

<sup>1</sup> “Cuidados de saúde são atos ou serviços prestados para manter, promover ou restaurar a saúde da população. Compreendem os cuidados básicos e primários, e os cuidados diferenciados ou hospitalares” (Ferreira, 1978, p. 131-145, *apud* Arnaut, 2020a, p. 73), bem como os cuidados continuados integrados, e os cuidados paliativos.

decisões que afetam a saúde da população, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública” (Art.º 1.º do Anexo I da Lei n.º 108/2019, de 9/09). Preceitos estes, que reforçam a pertinência deste estudo.

Cabe acentuar a importância do tema para o Serviço Social, porque a saúde é uma das áreas da construção do Serviço Social como profissão em Portugal, e noutros países, sendo comum considerar-se “como marco histórico de referência a criação, em 1905, de um posto de serviço social hospitalar no *Massachusetts General Hospital*” (Branco e Farçadas, 2012, p. 3-1). Trata-se então, de uma relação histórica influenciada pelo avanço da medicina e, por inerência, pela evolução do conceito de saúde, gradualmente, a abordagem e intervenção na saúde tem deixado de ser só do exercício da medicina e outros profissionais têm vindo a ser chamados para uma abordagem holística das situações de saúde (*idem*, p. 3-4). Assim, a integração dos Assistentes Sociais nas várias áreas da saúde provém do avanço do conceito de saúde, i.e., de uma ótica só biomédica para uma visão biopsicossocial (Dhooper, 1997).

Indicar o destino da investigação ou os efeitos que se pretendem com a sua realização, equivale a formular os seus objetivos que são fundamentais, dado “que expressam os ganhos definidos que se procuram alcançar” (Ander-Egg e Idañez, 1998, p. 38). Para os mesmos autores, o significado pleno do estudo é adquirido quando se definem os objetivos a atingir. Logo, uma correta definição do objetivo geral e dos objetivos específicos viabiliza a pesquisa, porque em torno dos objetivos é conferida coerência às várias atividades que integram o estudo. O objetivo geral é o propósito principal da pesquisa, os objetivos específicos são as etapas para alcançar o objetivo geral (*idem*, p. 39).

Assim sendo, o Objetivo Geral proposto para este estudo foi:

- Verificar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais da maioria das unidades/pólos do ACeS Algarve III – Sotavento.

Os Objetivos Específicos propostos para este estudo foram:

- Identificar as áreas de funcionamento da maioria das unidades/pólos que mais satisfazem, entendendo quais as dimensões que estão implícitas na satisfação evocada;
- Identificar as áreas de funcionamento da maioria das unidades/pólos que menos satisfazem;
- Verificar se os utentes das unidades/pólos da instituição recomendariam as mesmas a outras pessoas;

- Conhecer os aspetos prioritários de mudança para aumentar a satisfação com os cuidados de saúde, e como seriam alterados se tal mudança dependesse da vontade e necessidades dos participantes na investigação.

O segundo ponto, refere-se aos conceitos considerados base, SNS, CSP e ACeS, visto o ACeS Sotavento pertencer ao SNS e prestar CSP. Assim, destaca-se a definição de SNS articulada com a noção de CSP, e ACeS. A seguir, expõe-se a Satisfação dos Utentes relacionada com a Qualidade na Saúde, e o Estado da Arte da Satisfação dos Utentes nos CSP com diversos estudos desenvolvidos neste âmbito.

O terceiro ponto, versa o Serviço Social na Saúde e nos CSP, coloca-se a tónica na intervenção dos Assistentes Sociais nos DSS, e na diferença da visibilidade profissional nos hospitais e nos CSP. Frisa-se a relevância de outras funções do Serviço Social no GC, associando-as ao subponto - O Serviço Social na Promoção da Cidadania na Saúde, onde se evidencia a ligação do Serviço Social à educação para a cidadania. Pontuam-se os valores e princípios que regem o exercício do Serviço Social, e a sua dimensão ético-política, permitindo no outro subponto correlacionar Serviço Social, Direitos Humanos e o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade, culminando com a Mediação e Serviço Social.

O quarto ponto, diz respeito à Definição e Justificação do Desenho da Investigação, integra os motivos de uma abordagem qualitativa, da entrevista semiestruturada para a recolha de dados, e elencam-se os procedimentos a ter na entrevista. Identifica-se a População e Amostra do Estudo, a dimensão amostral e o tipo de amostra. Seguidamente, explicam-se as Variáveis contidas no estudo. No Tratamento e Análise dos Dados, desenvolve-se a Análise de Conteúdo de Bardin, terminando com as Considerações Éticas do estudo, designadamente a realização das entrevistas com o Consentimento Informado dos participantes.

Nesta tessitura, abre-se o quinto ponto - Apresentação e Discussão de Resultados, com uma descrição do ACeS Sotavento, e apresentam-se os resultados da Caracterização Sociodemográfica dos Participantes. Segue-se o enfoque nos resultados da satisfação com as dimensões consideradas, finalizando com as conclusões deste estudo, onde constam, quer a resposta aos objetivos específicos, quer a resposta à questão de investigação e, bem assim, as dificuldades e os limites que surgiram durante a pesquisa.

As referências a obras estrangeiras são de tradução livre, da responsabilidade do autor.



## 2. CONCEITOS BASE

Este ponto visa correlacionar as noções de SNS, CSP e ACeS, tal como os conceitos de Satisfação dos Utentes e de Qualidade na Saúde, que se consideraram noções base, terminando com o Estado da Arte da Satisfação dos Utentes nos CSP.

### 2.1. O SNS E OS CSP

O Serviço Nacional de Saúde foi inicial e oficialmente projetado no n.º 2 do Art.º 64 da CRP (aprovada e decretada pela Assembleia Constituinte de 2/04/1976), que ditou: “O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.” Volvidos cerca de três anos, o então Ministro dos Assuntos Sociais António Arnaut vê aprovada, pela Assembleia da República, a sua proposta de criação do SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15/09. Conforme o preceituado neste documento:

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e atuando de forma articulada e sob direção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. (Art.º 2, da Lei n.º 56/79, de 15/09)

Arnaut (2020a, p. 97) faz notar que a implementação do SNS não pretendeu só realizar a lei constitucional, mas essencialmente, dar resposta àquilo que muitos consideravam ser um imperativo ético. Na altura, Portugal tinha os piores níveis sanitários da Europa e uma das mais parcas coberturas médico-hospitalares, a grande maioria dos médicos, enfermeiros e equipamentos, estavam em Lisboa, Porto e Coimbra. A população, maioritariamente pobre, não podia ter cuidados de saúde hospitalares gratuitos, exceto com atestado de penúria, morria-se devido à insuficiência económica ou à distância geográfica. Fazer face às necessidades de saúde, liga-se estreitamente à noção da sociedade onde se quer viver, caso se pretenda uma sociedade justa, é indispensável equacionar “o acesso aos cuidados de saúde como um direito, e um **direito fundamental**” (*idem ibidem*, realce do autor). Deve definir-se o SNS como o serviço público de saúde, universal, geral e gratuito (*idem*, p. 53). Universal e geral, porque garante a todos, ponderando os recursos dispostos, o mesmo género de cuidados de saúde, e gratuito, dado que não implica ao utente pagar diretamente (*idem*, p. 54).

Assim, António Arnaut é considerado o “pai” do SNS (Pisco e Pinto, 2020). A este propósito Elisa Domingues refere, parafraseando António Arnaut:

Às vezes dizem que eu sou o pai do SNS. Eu não gosto dessa designação. Sou apenas o autor da lei que criou o SNS e disso me orgulho. O SNS não tem pai, ou se tem, são todos aqueles que o ajudaram a fazer, principalmente os profissionais de saúde, que o ajudaram a fazer, que o ajudaram a defender e que estão a defendê-lo, a ajudar que ele

não seja destruído, mas tem mãe. A mãe é a Constituição da República. (Domingues, 2019, p. 41)

Com amparo no ato legislativo mais recente, sobre esta matéria – o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4/08 – pode definir-se o SNS como:

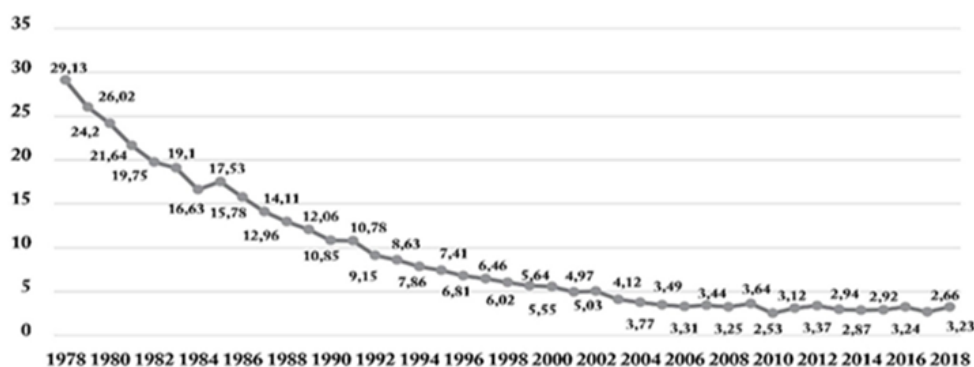
o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde que presta: a) Cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; b) Serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde. (Art.º 2.º, n.º 1)

São estabelecimentos e serviços do SNS:

- a) Os ACES;
- b) Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e as ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo;
- c) O Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.;
- d) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.;
- e) O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.;
- f) O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P.), na vertente da prestação de cuidados e intervenção local no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências;
- g) SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., na vertente de telessaúde. (Art.º 3.º, n.º 1 Secção I do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4/08).

O gráfico seguinte mostra uma descida acentuada da mortalidade infantil em quarenta anos, o que, segundo Pisco e Pinto (2020) faz com que o nosso país esteja a nível mundial entre os países com um sistema de saúde mais direcionado para os CSP, apresentando nos seus principais indicadores esta queda da mortalidade infantil.

**Gráfico 1** - Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal, de 1978 a 2018



Fonte: INE Portugal, *apud* Pisco e Pinto 2020

Os autores supracitados, indicam que Portugal está ao lado dos países com melhores resultados nos índices que avaliam os resultados em saúde, a mortalidade infantil apresenta excelentes resultados e a mortalidade materna quase foi erradicada, o tratamento das doenças cancerígenas, cardiovasculares, bem como a complexa área

da transplantação de órgãos posicionam-se ao nível dos melhores. Por isso, Fernandes *et al.* (2012) consideram o SNS uma das maiores conquistas da democracia em Portugal.

**Tabela 1** - Mortes Ocorridas aos 80 Anos e Mais

|      | Mortes Aos 80 Anos E Mais | POPULAÇÃO COM 80 ANOS E MAIS | % DE MORTES AOS 80 ANOS E MAIS |
|------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1981 | 27 131                    | 173 462                      | 28,3                           |
| 1991 | 38 615                    | 268 999                      | 37                             |
| 2001 | 44 934                    | 352 125                      | 43                             |
| 2005 | 44 897                    | 401 008                      | 47                             |

Fonte: INE: Health in Portugal 2007, DGS *apud* Carmo (2012, p. 66)

A Tabela 1 demonstra que em vinte e quatro anos, a população portuguesa com mais de 80 anos cresceu mais do dobro, tal como “as mortes nestas idades e a respetiva percentagem. Como as mortes são precedidas de doença, o SNS tem que ser representado nesta perspetiva” (Carmo, 2012, p. 66). Não obstante os ataques ao SNS, os ganhos em saúde da população são inequívocos, bem patentes na redução da mortalidade infantil e no aumento da esperança de vida (Monteiro, 2012, p. 43).

Importa assinalar também o sucesso do SNS numa campanha de vacinação inaudita que colocou Portugal nos primeiros lugares da imunização da população contra a pandemia Covid-19, possibilitando a proteção de grupo e a abertura da sociedade portuguesa (Ministério da Saúde, 2021, p. 22).

Aquando da celebração oficial do 40º aniversário do SNS, Marta Temido declarou que pese embora a importância do percurso do SNS e dos seus resultados, a forma mais relevante de comemorar esta data é preparando-o para o futuro, destacando como prioridades: “motivar os profissionais de saúde para aumentar a sua produtividade e reforçar o investimento. O SNS é e deverá continuar a ser sobretudo um instrumento de combate às desigualdades e de reforço da coesão social” (Pisco e Pinto, 2020).

Saliente-se que o arranque do SNS foi agilizado com a abertura de trezentos CS entre 1970 e 1973 (Domingues, 2019, p. 49). Os CSP equivalem à pedra base do nosso sistema de saúde, e:

constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02)

Como se pode verificar, os termos sobreditos estão em harmonia com o conceito de CSP da Declaração de Alma-Ata<sup>2</sup>, elaborado na I Conferência Internacional sobre CSP da OMS (1978), na República do Cazaquistão, que se segue, complementando-os:

os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Ministério da Saúde, 2002, VI)

Os CSP derivam de um empenho com a justiça e equidade social, e do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde (OMS, 2021). O Art.º 25.º da DUDH, estabeleceu: “Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários” (*idem*). São o reflexo das características socioculturais e económicas da sociedade onde estão inseridos, orientam-se para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade, implicam a participação de todos os setores do desenvolvimento, exigem e fomentam a participação da comunidade e a auto-responsabilidade (Imperator, 1985).

Com base na Declaração antes evocada, referem-se algumas das atividades no domínio dos CSP: Promoção de uma nutrição correta, Saúde do adulto, Saúde Materna e Infantil, Saúde da Mulher, incluindo o Planeamento Familiar, Vacinação contra as grandes patologias infecciosas, Saúde Pública – prevenção e redução de endemias locais, aprovisionamento conveniente de água potável, medidas de saneamento básico –, Educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar, bem como o tratamento apropriado das doenças e traumatismos correntes (Ministério da Saúde, 2002, VII).

Os CSP não traduzem apenas um conjunto de atividades ao nível dos cuidados, significam também uma estratégia de organização dos cuidados de saúde, além de uma filosofia (Vuori, 1984). Existe a necessidade de fortalecer os CSP e de diminuir a procura

---

<sup>2</sup> É um marco histórico nos CSP, consistiu no pacto assinado pelos 134 países da OMS propondo instituir serviços locais de saúde focados nas necessidades da população numa ótica interdisciplinar, apelou às ações mínimas necessárias para desenvolver os CSP em todo o mundo, e à necessidade de sistemas de saúde universais, concebendo a saúde como um direito humano para atingir a meta Saúde para todos no ano 2000 (Pisco e Pinto, 2020).

dos cuidados no hospital, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades (Silva, 1983).

Uma das funções dos CSP é precisamente evitar que os utentes do SNS recorram aos hospitais devido a problemas de saúde que podem ser tratados nos CSP, diminuindo-se assim, os desnecessários congestionamentos nos serviços de urgência dos hospitais (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003, p. 243). A OMS refere que um sistema de referência como os CSP, com prestadores a desempenharem a função de *gatekeepers*, encaminhando os utentes para os cuidados de saúde secundários e terciários, contribui para um sistema mais eficiente, impedindo a utilização desnecessária de cuidados secundários e terciários podendo estes evoluírem para “gestores de casos”, onde guiam os utentes crónicos à medida que avançam através do sistema de cuidados de saúde (*idem ibidem*).

O citado Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02, criou os ACES do SNS com o objetivo de dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Conforme o n.º 1 e n.º 3 do Art.º 2 do mesmo Decreto-Lei, “Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde.” Correspondem a “serviços desconcentrados da respetiva ARS estando sujeitos ao seu poder de direção.”

Com o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7/11, e nos termos que no Estatuto do SNS constam, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4/08, foi implementado o modelo de organização e funcionamento em Unidades Locais de Saúde (ULS), incluindo na mesma EPE (Entidade Pública Empresarial), hospitais, centros hospitalares e ACeS. Tal mudança, tenciona prestar cuidados de saúde hospitalares e CSP integradamente, contribuir para a organização das respostas de saúde, de modo mais efetivo – com o foco na pessoa – como componente decisiva para a melhoria organizacional e funcional do SNS.

De frisar que, o presente estudo foi iniciado antes desta mudança organizativa e funcional, por isso, refere-se exclusivamente ao ACeS Sotavento, cuja designação foi alterada, integrando atualmente a Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE.

## **2.2. A SATISFAÇÃO DOS UTENTES E A QUALIDADE NA SAÚDE**

Paúl, Martin e Roseira (1999, p. 18) referem que a satisfação dos utentes manifesta-se como uma atitude do indivíduo perante um objeto, neste contexto, os serviços de saúde nas suas diferentes vertentes, designadamente os profissionais de saúde, os cuidados

prestados e os seus resultados. É da avaliação feita pela pessoa em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados verificados que resulta a satisfação. Consiste num estado interior que envolve dimensões afetivas e cognitivas na avaliação da pessoa, ao focar os recursos e respostas do meio às suas necessidades. Considerando as componentes da atitude afetiva, cognitiva e comportamental, entende-se que as atitudes dos utentes perante os serviços de saúde envolvem uma vertente emocional, de ligação empática no que respeita à relação humana estabelecida com os profissionais que atendem as pessoas.

Os mesmos autores (1999, p. 18-21) afirmam que sem se entender como se formam as impressões acerca de, é impossível abordar a satisfação dos utentes, neste caso, com os profissionais (enfermeiros, médicos, etc.) e o sistema de saúde. Mencionam que as impressões que se criam sobre pessoas ou objetos, sem ser preciso muita informação podem ser criadas de forma direta e/ou indireta, por meio do “ouvir dizer”. Bastam poucos indicadores de um comportamento ou acontecimento para construir conclusões acerca das particularidades, as quais integram-se como significativas. Trata-se de uma avaliação afetiva – gostar/não gostar – moral – bom/mau – e instrumental – competente/não competente. A primeira impressão funciona como filtro, a fim de perceber e explicitar a informação do meio envolvente, e antever acontecimentos e comportamentos próximos. A formação das impressões, numa ótica construtivista, emerge a partir dos processos cognitivos e afetivos das pessoas relativamente à caracterização física e comportamental dos acontecimentos, também o contexto onde são formadas as impressões é tido em conta no processo de integração e reinterpretação. Trata-se de uma abordagem holística. A formação das impressões faz parte da percepção social, a qual é determinada por fatores cognitivos, como os estereótipos, afetivos (emoções), sociodemográficos, e.g., os papéis sociais e a idade. Para estes autores, um indicador precioso da qualidade em saúde é a satisfação dos utentes, apesar de não se sobrepor à noção de qualidade dos serviços.

Chaves *et al.* (2016, p. 339) professam que a satisfação dos utentes é multidimensional, pois integra várias dimensões como a acessibilidade, a relação dos utentes e familiares com os diferentes profissionais, o conforto das instalações, etc. Para Esperidião e Trad (2006, p. 1269) a satisfação dos utentes reporta-se ao conjunto variado de reações face à experiência dos cuidados de saúde recebidos, é uma noção de cariz eminentemente subjetivo, em que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) têm vindo a obter importância. Segundo Medeiros *et al.* (2010) a satisfação dos utentes está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Pereleman *et al.* (2016, p. 26)

estão na mesma linha de pensamento, ao defenderem que a “satisfação do utilizador deve ser incluída como indicador de modo a garantir a qualidade da relação e comunicação médico - doente.” Sustentam Kerber *et al.* (2010) que a avaliação feita pelos utentes permite, na prática, analisar a resposta da comunidade à oferta de serviços de saúde, o que possibilita uma melhor adequação dos cuidados às expectativas dos utentes. E Arawaka *et al.* (2012) que a satisfação dos utentes com o atendimento pode contribuir para melhorar a sua qualidade de vida porque leva as pessoas a aderirem ao(s) tratamento(s), tal como à continuidade da utilização dos serviços. Assim, Coimbra *et al.* (2011) alegam que os utentes devem ser convidados a participar nas decisões inerentes à sua saúde, vendo reconhecidos os seus direitos e deveres, dado que a sua satisfação concorre para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para abordar concretamente a qualidade nos cuidados de saúde, refira-se:

**A Qualidade Total** na área de saúde não passará de um sonho se se quiser transplantar o modelo usado na indústria sem as necessárias adaptações que se coadunem às características peculiares desse tipo de prestação de serviços. Mesmo assim não se chegará a qualquer resultado satisfatório se se imaginam resultados a curto prazo e sem significativas mudanças estruturais e comportamentais. (Rebelo, 1995, p. 125, realce do autor)

Para implementar um Programa de Qualidade Total não é suficiente recorrer aos serviços de um consultor com sucesso na indústria, a função do consultor tem que ser a de colaborador da organização para que a própria reconheça as suas falhas e encontre soluções exequíveis, com as peculiaridades da cultura organizacional (*idem*, p. 126-127). A Qualidade Total implica envolver todos os profissionais incumbidos das diversas atividades ininterruptamente, e apenas se concretiza se for deliberada, planeada e assumida com integridade (*idem*, p. 127).

O conceito de qualidade nos cuidados de saúde tem evoluído, e vários autores apresentaram definições distintas, mas precisaram maioritariamente de adaptar a definição com génese na indústria, às particularidades da saúde (Pisco e Biscaia, 2001, p. 43). A qualidade na saúde tem características que a distinguem de outras áreas:

Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais;  
É pró-ativa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado;  
Tem de reunir integradamente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade. (*idem ibidem*)

É legítimo que as pessoas esperem que os cuidados de saúde tenham qualidade, isto é, que sejam “acessíveis, adequados e efetivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis” (*idem*, p. 43-44). Integrar o parecer dos utentes nas decisões sobre as suas necessidades e aspirações é uma exigência normal, pelo que o “fazemos o nosso

melhor” já não é suficiente, por isso, é necessária a existência de meios rigorosos e sistemáticos que avaliem os cuidados proporcionados e comprovem se os recursos são bem utilizados, e se é atingida a melhor qualidade (*idem*, p. 44). O principal desígnio desta avaliação “não é provar, mas melhorar” (Lopes *et al.*, 2012, p. 25).

Para todos os utentes é crucial percecionarem a qualidade, é uma conceção mais valorizada na saúde do que noutra área, em virtude de ser um bem inestimável na vida de cada pessoa, na ótica do “utente, a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados eficiente e eficaz, humanizada e em tempo útil pelo SNS” (Pereira, 2003, p. 3). Aplica-se de modo “transversal, desde o ato do atendimento – que é o primeiro embate do utente com a instituição – aos atos praticados por todos os outros profissionais, sejam médicos, enfermeiros ou técnicos, à qualidade dos equipamentos” (*idem*, p. 4). Incrementar a qualidade requer formação profissional para sensibilizar os vários grupos profissionais sobre particularidades que no passado lhes eram menos inteligíveis, e despoletar “entre eles mudanças de comportamentos, alteração de hábitos e de práticas estabelecidas” (*idem*, p. 5). Logo, a formação é essencial e deve ser adequada, atente-se que, a qualidade é um fim contínuo que se adquire conforme se evolui e melhora, por isso, importa aferir a qualidade, só existirá melhoria permanente se o nível onde se está for compreendido, sendo inegável a relevância de perceber o grau do desempenho dos profissionais e da satisfação dos destinatários dos serviços (*idem ibidem*). É clara a questão: “o destinatário do SNS é o utente, é a população” (*idem ibidem*), então, há o dever de melhorar o desempenho profissional e os níveis de qualidade (*idem ibidem*).

O direito ao acesso a cuidados de saúde foi reafirmado pelo Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia e a Comissão Europeia (2017, p. 20) no Pilar Europeu dos Direitos Sociais, onde proclamaram solenemente: “Todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis.”

Como assinala a OMS, o conceito de qualidade dos cuidados de saúde pode ser estabelecido de diferentes formas, apesar de ser mundialmente reconhecido que os serviços de saúde de qualidade, têm que ser:

**Eficazes:** prestando cuidados de saúde com base na evidência a todos que deles necessitam.

**Seguros:** evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam.

**Centrados nas Pessoas:** prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.

**Oportunos:** reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados.

**Equitativos:** prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política.

**Integrados:** prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida.

**Eficientes:** maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando o desperdício. (OMS, 2020, p.13, realces dos autores)

### 2.3. O ESTADO DA ARTE DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NOS CSP

Desenvolveram-se várias investigações em Portugal, e noutras latitudes, tanto de natureza quantitativa como qualitativa, focando diferentes aspetos relacionados com a satisfação dos utentes nos CSP. Apresentam-se sumariamente estas pesquisas, seguindo um critério territorial, isto é, inicialmente os estudos efetuados a nível nacional, um dos quais na Região Autónoma dos Açores, um realizado a nível internacional (não incluiu Portugal), outro desenvolvido na Suíça, e um levado a cabo numa UBS (Unidade Básica de Saúde) do Brasil.

Um dos estudos mais significativos sobre a satisfação dos utentes nos CSP, denominou-se “A voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde” e foi realizado entre 2003 e 2004 em 358 CS de Portugal Continental (Ferreira, Raposo e Godinho, 2005, p. 123). Tendo em conta o elevado número de CS que este estudo abrangeu, e devido à impossibilidade de apresentar todas as suas conclusões, mencionam-se aleatoriamente, apenas as conclusões relativas ao distrito de Viseu. Assim, o estudo utilizou indicadores-chave do EUROPEP<sup>3</sup>, permitindo concluir que no distrito de Viseu, 32,8% classificaram o conforto do CS como “Razoável”, tal como o horário de atendimento do médico de família, 39,9%. Na limpeza da instituição, 35,3% consideraram-na “Boa”, a rapidez do atendimento foi classificada por 38% como “Má”. A cortesia e carinho do pessoal médico, 35% classificaram-na como “Razoável”, a mesma competência do pessoal administrativo obteve igual classificação, e consideraram esta competência acerca do pessoal de enfermagem como sendo “Boa”, 35,8%. A pontualidade destes grupos profissionais, foi avaliada como “Razoável” segundo 33,5%, 36,9% e 40,5% respetivamente. A “Má” liberdade de escolha do seu profissional de saúde foi expressa por 44,4%, e os cuidados domiciliários tiveram a mesma avaliação, de 35,5% (Ferreira, Raposo e Godinho, 2005, p. 16).

Outra pesquisa de Pedro L. Ferreira e Vítor Raposo, em 2015, intitulada a “Monotorização da Satisfação dos Utilizadores das USF e de uma Amostra de UCSP: a

---

<sup>3</sup> O questionário European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) português é considerado “um instrumento robusto e fiável para medir a satisfação e lealdade dos utentes das USF” (Roque, Veloso e Ferreira, 2016, p.1).

voz dos utilizadores”, a nível nacional, concluiu que 66,1% dos participantes eram mulheres na faixa etária dos 48,5 anos, 37% tinham o 2º ciclo do ensino básico ou menos, e revelaram uma satisfação ligeiramente menor do que os homens (77% vs 78%), evidenciou o indicador CEISUC “um valor médio de 77,8% com um desvio padrão de 17,6%” (Ferreira e Raposo, 2015, p. 78). Mostraram mais satisfação com os cuidados e a atenção dos médicos (80,9%), dos enfermeiros (82,1%) e do secretariado clínico (79,6%), houve maior satisfação nas USF modelo B, comparativamente com as modelos A e UCSP, apresentando melhores níveis de satisfação as unidades com maior dimensão, independentemente do modelo (*idem*, p. 78-79).

Noutra pesquisa de Pedro L. Ferreira, Vítor Raposo e Luís Pisco, em 2017, subordinada ao tema “A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal”, o instrumento de recolha de dados também foi o questionário EUROPEP, verificou-se que a maioria dos respondentes eram mulheres “65,3%” (Ferreira, Raposo e Pisco, 2017, p. 751). A atenção dada pelos médicos foi um dos aspetos relacionais mais positivos (81,8%), apurou-se mais satisfação nos cuidados de enfermagem (82,2%) do que no atendimento do secretariado clínico (76,3%), sendo considerados excelentes os cuidados de enfermagem (43,9%) (*idem*, p. 753). Um dos aspetos menos positivos foi o acesso telefónico ao médico de família (59,6%), a dimensão qualidade das instalações foi a que menos satisfação teve (71,3%), e 87,5% dos utilizadores recomendavam “a sua unidade a amigos” (*idem ibidem*).

Uma equipa de investigadores em 2007, estudou “Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais”, a técnica de recolha de dados foi o *focus group*, e no seu tratamento a análise de conteúdo (Santos *et al.*, p. 15 e 17). Nas conclusões, as pessoas sem médico de família integraram os discursos de todos os participantes, e seguiu-se o tempo de espera para obterem os serviços (*idem*, p. 239). Acerca das infraestruturas, revelou-se insuficiente “que o edifício satisfaça os requisitos de uma unidade” (*idem ibidem*), é preciso ainda que a sua construção observe bons acessos a transportes públicos, o estacionamento, etc (*idem*, p. 239-240). Nas oportunidades de mudança, assinalaram “a relação de qualidade profissional de saúde-utente” (*idem*, p. 240). Os participantes das USF tinham relatos de mais satisfação do que aqueles que não pertenciam a uma “USF – isto mesmo quando, no caso dos utentes [que] não sabiam que faziam parte de uma USF” (*idem ibidem*).

O Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos CS do Serviço Regional de Saúde dos Açores, em 2009, concluiu acerca da organização geral dos serviços uma avaliação global boa (40.6%) e muito boa (13.2%), com escassa avaliação “muito fraca

(3.9%)” (Secretaria Geral da Região Autónoma dos Açores, 2009, p. 74). Considerou-se dentro deste âmbito, que os aspetos muito positivos foram “a localização e a acessibilidade/transportes” (*idem ibidem*), pouco positivos, “os espaços de espera e atendimento” (*idem ibidem*). Aferiu-se muita satisfação com o atendimento telefónico e pouca com o tempo para se obter consulta e ser-se consultado, os serviços médicos receberam a avaliação de “bons (40.9%) e muito bons (15.6%)” (*idem, ibidem*). Salientou-se positivamente “o relacionamento com o médico e o aconselhamento e o tratamento” (*idem ibidem*), apontando-se a dificuldade do “contacto com o médico” (*idem ibidem*). Os cuidados de enfermagem foram avaliados como bons (46.2%), na ótica dos utentes uma das prioridades a melhorar foi o aumento de médicos, e a melhoria das instalações e equipamentos (*idem ibidem*).

Em 2006, a investigação “Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study”, visou conhecer em que medida o acesso direto aos serviços de saúde influencia a satisfação com os serviços de *gatekeeping*<sup>4</sup> da população de 18 países europeus (países da UE “antigos” mais Noruega, Islândia e Suíça)” (Kroneman, Maarse e van der Zee, 2006, p. 72-79). Os utentes revelaram mais satisfação onde os profissionais de saúde estavam diretamente acessíveis do que nos países onde eram precisos mais encaminhamentos (*idem ibidem*). A satisfação com o tempo de espera, a possibilidade de agendar consultas, e outros aspetos organizativos da clínica geral correlacionaram-se com uma pontuação alta na escala da acessibilidade direta (*idem ibidem*). A satisfação com a comunicação médico - utente, e com a componente técnica dos cuidados médicos não foram influenciadas pelo acesso direto (*idem ibidem*).

Um estudo realizado na Suíça, “Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care”, abrangeu também doentes da medicina não convencional (Esch *et al.*, 2008), os quais indicaram que são mais ouvidos pelos seus médicos (80,0% vs 67,1%), e estiveram mais tempo com eles (76,5% vs 61,7%), acrescentaram que os médicos interessavam-se mais pelas suas situações pessoais (74,6% vs 60,3%), e envolviam-nos mais nas decisões acerca dos cuidados médicos (67,8% vs 58,4%), sendo mais fácil informar o médico sobre os seus problemas (71,6% vs 62,9%), estes utentes evidenciaram *scores* muito melhores na dimensão informação e apoio (70,4% vs 56,5%) (*idem*).

Em 2010, várias investigadoras do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande (Brasil), estudaram o “Acolhimento em uma UBS: a satisfação do usuário em foco”, utilizaram a entrevista estruturada na recolha de dados e a Análise

---

<sup>4</sup> É um anglicismo que neste contexto refere-se aos serviços de encaminhamento, ou de referenciação, dos utentes dos CSP para consultas de outras especialidades.

de Conteúdo de Bardin para o tratamento dos mesmos (Medeiros *et al.*, 2010, p. 402 e 405). A maioria dos utentes estava satisfeita com o serviço, revelou nos pontos fortes “a resolatividade, humanização e solidariedade” (*idem*, p. 402), e nos pontos fracos, a “demanda reprimida, área física precária e não participação” (*idem ibidem*). Concluiu-se que a relação respeitosa e de escuta entre profissionais e utentes destacam-se “entre as práticas das ações de saúde” (*idem ibidem*), malgrado as queixas necessitarem de ser observadas para um acolhimento efetivo, e eram precisas melhorias nas instalações, o que possibilitaria um trabalho melhor aos profissionais e mais conforto aos utentes (*idem ibidem*).

### 3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E NOS CSP

Tal como foi referido a título introdutório, é histórica a relação do Serviço Social com o setor da saúde. Martinelli (2003, p. 9) sustenta que além de histórica, esta relação é “mesmo constitutiva d[a] sua identidade profissional.”

Antes de Mary Richmond publicar o livro *Diagnóstico Social*, em 1917, já Ida Cannon publicara, em 1913, a obra seminal *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*, o que vem reforçar a importância da área da saúde na construção do Serviço Social enquanto profissão (Branco, 2012, p. xxi). Assinale-se, a influência, reconhecida pela própria Ida Cannon, de Mary Richmond. Nas palavras da autora, “*I am indebted also to Miss Mary E. Richmond, without whose stimulus and interest the book would not have been attempted*” (Cannon, 1913, p. viii). A relevância do setor da saúde para o Serviço Social não se limita aos factos históricos conducentes a uma das primeiras áreas de intervenção dos Assistentes Sociais, mas concorreu também, para a edificação do pelouro e firmamentos da profissão (Branco, 2012, p. xxi).

O mesmo autor (2012, p. xxi) regista que a obra de Cannon foi bastante influenciada pelo facto de a medicina não ser eficaz se não tiver em conta a interação entre as patologias e os fatores sociais do doente. Então, relembra que foi um médico, o Dr. Richard Cabot, quem criou o Serviço Social no *Massachusetts General Hospital*, em 1905. Como tal, a oficialização do Serviço Social nos serviços de saúde aparece historicamente ligada a uma perspetiva de medicina social, a qual insere o Serviço Social na esfera do estudo dos fatores sociais que se repercutem na saúde e na doença das pessoas.

O Assistente Social no dia a dia do trabalho na saúde analisa com os utentes, os determinantes sociais implicados no processo de saúde/doença para satisfazer as necessidades inerentes à vida das pessoas, tais como, “a alimentação, habitação, educação e participação social” (Castro e Oliveira, 2012, p. 190). Logo, os DSS prendem-se com o conjunto dos aspetos sociais em que vivem e trabalham as pessoas no domínio “da educação, saúde, trabalho [rendimento], saneamento básico, meio ambiente, transporte, nutrição, cultura e lazer, entre outros” (*idem ibidem*).

Os DSS são o foco dos Assistentes Sociais integrados nos vários níveis dos cuidados de saúde, cuja intervenção é vincadamente orientada para a ação nos efeitos que as desigualdades sociais detêm na saúde das pessoas que acompanham (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2022). Acerca dos DSS, pode dizer-se que a intervenção localiza-se ao nível mais global, sociopolítico, convergente com políticas intersetoriais que melhorem as condições de vida das populações, agindo nos seus aspetos

socioeconómicos, culturais e ambientais (Farçadas, 2022, p. 57). E ao nível da ação dos serviços de saúde no impacto que tais aspetos têm na vida e na saúde das pessoas, com especial importância para os CSP, que constituem o primeiro nível de cuidados orientados para a promover, prevenir, tratar e reabilitar durante todo o ciclo vital (*idem ibidem*).

Saliente-se que é uma profissão:

identificada e reconhecida pela OMS, integrando as equipas multiprofissionais que exercem funções ao nível da prevenção, monitorização e intervenção em áreas tão diversas como as doenças influenciadas por determinantes sociais, na promoção da literacia em saúde e no desenvolvimento de competências essenciais a uma melhor adaptação dos/as cidadãos a alterações nos seus contextos de vida. (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2023, p. 2)

A ação profissional dos Assistentes Sociais na saúde abrange também o denominado apoio psicossocial, principalmente nos cuidados continuados ou paliativos (Mouro, 2012, p. xviii). A dimensão psicossocial refere-se:

aos fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente. (Branco *et al.*, 2007, p. 5)

A dimensão social na saúde assume tanta importância como a biológica ou psicológica, por isso, os Assistentes Sociais proporcionam uma contribuição singular para uma visão biopsicossocial da pessoa (Dhooper, 1997).

Importa frisar a ótica que encara a Pessoa como um ser biopsicossocial, i.e., total, porque as suas partes física, psicológica e social estão correlacionadas, logo, não se explicam umas sem as outras (Modragón e Trigueros, 1999). A parte física da pessoa não é só biológica, uma vez que é influenciada por fatores ambientais, a repercussão da envolvimento social explicita o motivo de pessoas diferentes reagirem de modo diferente num contexto igual e a razão de pessoas que se deparam com adversidades reagirem diferentemente nas mesmas circunstâncias (*idem*). Tais aspetos conferem unicidade à Pessoa, exigindo-lhe assim um cuidado personalizado (*idem*). Uma das normas de conduta dos Assistentes Sociais é precisamente a compreensão e defesa das “pessoas como seres humanos totais” (APSS, 2018, p. 13).

Dado que a Pessoa é uma, logo, usufrui de uma ótica integrativa de cuidados e da ação em saúde focada na Pessoa e não na tarefa, requer perceber o cidadão utente não só como um doente, mas como alguém que pertence a um sistema de inter-relações, detentor/a de um percurso de vida muito pessoal com limites “e potencialidades, com expectativas e necessidades próprias (psicológicas, culturais, religiosas, sociais, etc.)

que influenciam a sua atitude perante a doença, situação de incapacidade e eventual perda de autonomia” (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2022). Cabe destacar:

A principal missão do Serviço Social da Saúde reside na mudança dos modelos de saúde e cuidados médicos.

Este grande desígnio reporta-se à influência do Serviço Social no *mainstream* dos cuidados de saúde no sentido de ser adotada uma conceção ampla de saúde e doença e a consciência da importância da influência da dimensão intrapessoal, interpessoal e ambiental na saúde. Influenciar paulatina e permanentemente a árdua passagem de um paradigma biomédico para um paradigma biopsicossocial e holístico. (Auslander, 2001, p. 211)

Dito isto, a interpelação da saúde afigura-se multidimensional e integrada, localizando-se o Serviço Social nesta complexidade da ação em saúde, e reitera-se a importância da visão holística e integrada da Pessoa (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2022). Impondo-se assim, aumentar a consciência do valor “que o trabalho em equipa interdisciplinar pode representar para a qualidade da intervenção na saúde, bem como da sua humanização” (Ribeirinho e Teles, 2022, p. 17).

Em Portugal, no setor da saúde, os Assistentes Sociais trabalham sobretudo no ramo hospitalar, tendo como outras funções: acolher os doentes e seus familiares, apoiá-los económica e materialmente, informá-los sobre direitos e recursos sociais, aconselhá-los e proporcionar-lhes suporte emocional para gerirem a doença, preparar a alta social, coordenar e mobilizar os recursos comunitários (Branco, 2009, p. 80). O que mais sobressai é o planeamento da alta social, a qual implica avaliar “diferentes barreiras e ameaças à reinserção, reabilitação e/ou cuidados continuados dos doentes e articula[r] com a rede sócio-sanitária de apoio” (*idem ibidem*).

A integração do Serviço Social nos hospitais foi consagrada através da Lei n.º 2011, de 2/04 de 1946, que promulgou as bases para a organização hospitalar, determinando o primeiro reconhecimento da jurisdição profissional do Serviço Social, no domínio hospitalar (Branco e Farçadas, 2012, p. 1). Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 48 358, de 27/04/1968, que aprova o Regulamento Geral dos Hospitais, inclui o Serviço Social nos órgãos de direção técnica, quer dos hospitais centrais quer dos hospitais regionais, mais especificamente no conselho técnico.

Na esfera dos CSP, é no contexto da reforma dos cuidados de saúde em Portugal, com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27/09, que foi implementado o Serviço Social como valência, nos Centros de Saúde. A consolidação do exercício do Serviço Social nos CSP veio a verificar-se em 1983, com o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22/04, que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, e que atribuiu uma expressiva área de jurisdição ao Serviço Social. Destaca-se de entre as suas atribuições, elencadas no artigo 71.º, do referido Despacho Normativo, a de “participar na definição, execução e

avaliação da política de saúde concelhia.” Em 1999, esta situação sofreu um forte retrocesso com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10/05, que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, desencadeando um processo de reestruturação dos centros de saúde. De acordo com o novo modelo, o Serviço Social é eliminado enquanto serviço, sendo integrado na Unidade de Cuidados na Comunidade que, nos termos do Art.º 13.º, do referido diploma legal, assenta numa equipa multiprofissional e é dirigida por um enfermeiro. Esta reconfiguração fragilizou substantivamente a jurisdição do Serviço Social, nestas unidades de saúde.

Nos hospitais, a representação funcional do Serviço Social é muito mais visível, e.g., na “participação elevada em equipas e comissões técnicas, designadamente, nas equipas de gestão de altas, comissões de ética, comissões de humanização e/ou qualidade, etc” (Branco e Farçadas, 2012, p. 2), verifica-se ainda um nível considerável de consagração das competências do Serviço Social, pelo que a jurisdição do Serviço Social é algo consistente (*idem ibidem*). Já na maioria das unidades dos CSP regista-se “a ausência de assistentes sociais, sendo que, nas unidades com Serviço Social, este apresenta-se numa configuração predominantemente unipessoal” (*idem ibidem*). Simultaneamente, vê-se pouco reconhecimento das competências do Serviço Social, a natureza unipessoal do Serviço Social nos CS tem dificultado a consolidação institucional como a que se observa nos hospitais, mostrando a jurisdição profissional ainda a edificar-se (*idem ibidem*).

A referida diferença do Serviço Social nos hospitais e nos CSP, resulta do carácter tardio dos CSP no nosso país, da natureza estratégica recente dos CSP em Portugal e a nível geral, e do insistente défice de investimento político nas políticas de saúde dos CSP (Branco e Farçadas, 2012, p. 2). A demora e a falta de investimento político neste setor essencial da saúde, como tem sido declarado pela OMS, desde a década de 70 (século vinte), depois da Conferência de Alma-Ata, traça o sistema de saúde em Portugal, pese embora a variedade de “reformas ensaiadas, como predominantemente hospitalocêntrico” (*idem*, p. 2-3). Reflete ainda, diretrizes e execuções na política de saúde dos CSP que se traduzem no destaque da medicina familiar com prejuízo da saúde comunitária, mediante o desenvolvimento de programas de educação, promoção da saúde e prevenção da doença (*idem*, p. 3). Observa-se a concentração no capital humano típico, i.e., na especialidade médica e de enfermagem, em detrimento de outras especialidades, como o Serviço Social (*idem ibidem*). Nos CS os recursos humanos de Serviço Social afiguram-se bastante escassos, o que dificulta a compreensão deste aspeto (*idem ibidem*).

Há 1032 Assistentes Sociais a trabalhar no SNS, repartidos pelos hospitais: 52,4%, e nos CS: 42,9% (Carvalho, 2020, p. 1090), incluindo os Assistentes Sociais das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, atente-se que, à data deste levantamento, os dados disponíveis não possibilitaram uma análise que integrasse os cuidados continuados e paliativos (Guadalupe *et al.*, 2020, p. 12).

A ação dos Assistentes Sociais nos CSP, é transversal à Saúde Materna, Infantil e à Saúde do Adulto (Farçadas, 2022, p. 52). Nos CSP os Assistentes Sociais são solicitados a tomar parte numa variedade de programas, equipas de saúde e comissões na comunidade, o que provoca “uma enorme dispersão, sobreposição e acumulação de funções” (Guadalupe *et al.*, 2020, p. 14). Os assistentes sociais afetos às URAP intervêm na saúde familiar, apoiando os utentes das USF, UCSP, integram as equipas multidisciplinares das ECCI, ECSCP, da promoção da parentalidade, i.e., nas equipas do NACJR, ELI/SNIPI, garantem os Gabinetes do Cidadão, representam os ACeS nos programas de parceria obrigatória, e.g., a Rede Social, CPCJ e RSI, compelindo-os a uma gestão rigorosa do tempo e do trabalho, apesar de, por vezes, ser inevitável lesar a participação nos programas comunitários de promoção da saúde e de prevenção, as avaliações e referenciações para recursos comunitários que respondem a partir da infância à propecta idade, prejudicando a qualidade dos serviços proporcionados às pessoas (*idem ibidem*). Depreende-se que no caso de doença (temporária) ou férias do assistente social da unidade de saúde, haja interrupção ou adiamento dos serviços prestados às pessoas (*idem ibidem*).

O PNS 2021-2030, disponibilizado para consulta pública, reveste-se de especial importância para a classe profissional dos assistentes sociais, a qual participa nas políticas de Saúde em Portugal há mais de 70 anos. Analisado este PNS, focam-se características positivas do mesmo, nomeadamente: equaciona uma metodologia apoiada no planeamento em saúde sustentável, contemplando a participação do utente e da sociedade civil (p. 33); tem uma base epidemiológica e científica consistente; identifica a relevância dos determinantes sociais na análise da complexidade das patologias, a qual requer uma abordagem multidimensional; edifica um sistema global de informação multidimensional de apoio à decisão (p. 177). Apesar de se considerar a complexidade de delinear um plano que atenda totalmente às adversidades e anseios em saúde, combinando com uma Política de Saúde direcionada para a igualdade no bem-estar e os recursos dispostos, é preciso criar a “cultura de responsabilidade partilhada e colaborativa, entre os diferentes níveis de cuidados, na resolução das necessidades dos cidadãos: Saúde, Segurança Social e Serviços da Comunidade” (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2022). Sem prejuízo das características positivas

identificadas no plano, crê-se que: o PNS coloca mais a tónica nas pretensões do que nas ações perante os problemas detetados, designadamente na parte da prevenção e promoção da saúde que é o setor primal da ação nos determinantes sociais na ótica da Saúde Pública, dos CSP e Saúde Mental; não é muito pormenorizado acerca das condições necessárias para operacionalizar as orientações aos níveis das diversas áreas da saúde, recursos humanos e do trabalho multidisciplinar, de grande relevância, na articulação entre os distintos níveis de cuidados na comunidade, saúde e segurança social, uma das condições nucleares para “não deixar ninguém para trás” (*idem*), que foi o lema da FIAS em 2022: “Co-construindo um novo mundo eco-social, sem deixar ninguém para trás” (*idem*). Após o período de consulta pública que terminou em Maio de 2022, veio a ser aprovado como Plano Nacional de Saúde 2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16/08.

### 3.1. O GABINETE DO CIDADÃO

Considera Francisco Branco, que no setor da saúde outras relevantes funções foram atribuídas ao Serviço Social, como a humanização dos serviços e a advocacia social (*social advocacy*) no Gabinete do Utente (GU):

estrutura presente nos serviços de saúde primária e hospitalar e à qual está cometida o atendimento e tratamento das queixas, reclamações dos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde. No entanto, esta é uma função que, de facto, não tem sido valorizada no exercício profissional. (Branco, 2009, p. 80)

Segundo a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (CNHCS - SNS, 2024) a humanização dos serviços é transversal à relação de todos os profissionais com os utentes e seus familiares, e vice-versa, à qualidade das instalações, dos equipamentos, entre outros fatores. Implica o “**atendimento acolhedor e humanizado**” (Lopes *et al.*, 2012, p. 45, realce dos autores), logo “a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão face à fragilidade e à condição emocional e psicossocial de um doente” (CNHCS - SNS, 2024, p.1), uma atitude valorativa do utente, como pessoa, que preza a sua diferença, além do cuidar e tratar com a melhor técnica, centraliza a pessoa em todos os atos no setor da saúde (*idem*, p. 1-3). Dita a Lei n.º 15/2014, de 21/03, que tais cuidados “devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”, a qual consolidou os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, o que neste contexto, remete para a advocacia social.

É no GU onde o Assistente Social mais exerce a advocacia social ao desempenhar o papel de mobilizador de recursos e praticando a mediação entre o utente e a instituição

(Branco e Farçadas, 2012, p. 15). De acordo com Mouro (2014, p. 43) a advocacia social é um modelo de intervenção do Serviço Social, caracteriza-se pela defesa dos direitos das pessoas alvo de exclusão/discriminação da própria sociedade, entidades políticas, organizações privadas ou públicas. Recorre à teoria antidiscriminação para um desempenho profissional focado na defesa da cidadania daqueles que estão socialmente arredados, combina a representação dos excluídos ao advogar os seus direitos sociais com a pedagogia da cidadania, implica responsabilizar o indivíduo no exercício dos seus direitos e deveres. Neste modelo a defesa do utente é uma valiosa área do exercício do Serviço Social, com vista à “promoção do controlo e a participação dos clientes nas suas vidas, comunidades e serviços que recebem” (Payne, 1995, p. 284). Tal função é assaz importante “porque como sabemos – é gritante – a discrepância entre o reconhecimento e a proteção efetiva dos direitos” (Fernandes, 1996, p. 28).

O atual Gabinete do Cidadão (GC), na sua génese denominado Gabinete do Utente, foi criado pelo Despacho n.º 26/86, de 24/07, da então Ministra da Saúde Maria Leonor Beleza. Nos N.º 2 e N.º 3 deste preceito, verifica-se que o GU funcionaria “junto do serviço social de cada estabelecimento hospitalar e nas sedes das administrações regionais de saúde” e, “Nos estabelecimentos onde não haja serviço social será designado para o efeito um técnico de serviço social.” Este Despacho, definiu o GU como um serviço que visa receber sugestões e reclamações dos utilizadores dos serviços de saúde, equivale a uma aplicação do texto constitucional que dá a todos os cidadãos o direito de participarem nas matérias públicas do país, e expor às entidades competentes, reclamações para defenderem os seus direitos. E que o serviço em apreço, não é:

uma sobreposição de competências em relação aos órgãos gestores, mas sim de mantê-los informados daquilo que pensam os utentes sobre a eficácia dos serviços e o comportamento dos respetivos funcionários, permitindo-lhes, assim, um melhor controle de gestão e um mais adequado uso do poder disciplinar. Só na falta desse controle ou das medidas disciplinares que a lei impõe se justificará, então, nos termos da lei, a intervenção dos órgãos centrais do Ministério.

O Gabinete do Utente é assim, simultaneamente, um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes. (Preâmbulo do Despacho n.º 26/86, de 24/07)

O referido Despacho atribuiu como competências do GU: informar os utentes dos seus direitos e deveres nos serviços de saúde; receber as reclamações sobre o funcionamento dos serviços ou o comportamento dos funcionários; reduzir a escrito as reclamações orais, quando os reclamantes não possam fazê-lo; receber as sugestões dos utentes no que respeita à organização e funcionamento dos serviços; promover junto das populações da área a divulgação da existência do próprio GU.

O GU é reconhecidamente um lugar estratégico da profissão, considerando-se que as competências do GU fazem parte do Serviço Social (Branco e Farçadas, 2012, p. 13). Na Carta de Liubliana<sup>5</sup> (1996), consta que deve fazer-se ouvir a voz do cidadão sobre assuntos como os cuidados de saúde, a qualidade dos mesmos e o tratamento de reclamações, e, também que “A voz dos cidadãos e a escolha devem ser um contributo para moldar os serviços de cuidados de saúde tão significativo como as decisões tomadas a outros níveis” (WHO, 1996, p. 4). Para Carreiras, Nobre e Figueira (2003, p. 11) um objetivo geral do GU, é: “Dar voz ao cidadão”, é aquele que usufrui a capacidade verdadeira do exercício pleno dos seus direitos políticos, económicos, sociais e culturais – cabendo ao Estado assegurar este exercício, nos limites estabelecidos pela Lei, isto é, “sem ofensa dos direitos de outrem” (Arnaut, 2020b, p. 122).

Na perspetiva de Almeida (2001, p. 230-231) quando se faz ouvir a voz dos utentes nos órgãos de decisão das instituições prestadoras dos serviços de que necessitam, ou seja, quando se consideram os discursos dos utentes e as suas aspirações, legitimando-as com outros parceiros, i.e., ao proteger os direitos e conveniências dos utentes nas possibilidades sugeridas, origina-se o destaque social dos mesmos. Pese embora a pouca participação atuante dos utentes para edificar novas respostas, ele afigura-se crucial pelos seguintes motivos: possibilita superar dificuldades colocadas à altura da compreensão que a pessoa tem de si, prezando a sua autoestima; estimula a ação das pessoas para instaurar ou fortalecer a sensação de confiança no futuro; intensifica a sua ação no sentido da busca e realização de possibilidades que vão ao encontro das próprias necessidades.

Quando os pacientes conhecem os seus direitos e deveres, potencia-se a capacidade interventiva ativa dos mesmos no aperfeiçoamento contínuo dos cuidados e serviços, a evolução é em função do paciente ser ouvido sobre os cuidados de saúde, qualidade dos serviços e rumo das reclamações (Lopes *et al.*, 2012, p. 32). Como tal, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes constituiu outro avanço na dignificação dos doentes, no cabal respeito pela sua condição e na humanização dos cuidados de saúde, “caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado” (*idem ibidem*). A suprema legislação outorga aos cidadãos o direito de avaliarem a prestação dos serviços, convocando-os a participar e aferir os serviços e os profissionais mediante os instrumentos disponíveis (*idem ibidem*).

---

<sup>5</sup> A Carta de Liubliana visou “articular um conjunto de princípios como parte integrante dos atuais sistemas de saúde que possam melhorar os cuidados de saúde em todos os Estados Membros na OMS Europa” (Ferreira, 2012, p. 71).

Com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02, o Gabinete do Utente vê a sua designação alterada para Gabinete do Cidadão, preservando-se a filosofia subjacente ao antigo GU, e integra os serviços de apoio do ACES, funcionando na dependência do respetivo diretor executivo. De acordo com o n.º 1, do art.º 37.º do referido Decreto-Lei, compete especialmente ao Gabinete do Cidadão (GC):

- a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados;
- d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

Aquando da transição para as atuais Unidades Locais de Saúde (ULS), a APSS e a OAS – Comissão Instaladora, estabeleceram as competências do Serviço Social nas ULS, uma das quais é a “Colaboração com os órgãos de direção, administração e gestão dos serviços de saúde na melhoria contínua dos serviços e satisfação dos utentes” (APSS e OAS – Comissão Instaladora, 2023, p. 5). Logo, esta função inscreve-se no âmbito da intervenção do GC.

A oportunidade de mais participação nas instituições, e o poder decisor do cidadão utente, adquiriram gradualmente a sua importância, realizando-se com a disponibilidade das instituições para a recolha e tratamento de sugestões e reclamações em ordem a mais qualidade e aperfeiçoamento contínuo, quer dos serviços proporcionados, quer dos profissionais e instituições (Lopes *et al.*, 2012, p. 25). O estudo das reclamações configura um possível meio para verificar a qualidade na ótica dos utentes (*idem*, p. 36). De referir ainda que, de acordo com o Regulamento n.º 65/2015, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o tratamento de todas as reclamações passa obrigatoriamente pela submissão das mesmas na plataforma SGREC da ERS, e todos os organismos que prestam cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, estão sujeitos à regulação da ERS.

A maioria dos Assistentes Sociais aprecia a ação no GU, enquanto função própria do Serviço Social, percecionando-o como um serviço potenciador do “papel de *pivot*” da qualidade e humanização, bem como de “provedoria”, cujo funcionamento pode melhorar com a colaboração de recursos humanos administrativos (Branco, 2008). A minoria, encara o GU como um serviço muito burocrático, sorvedor de tempo que dificulta a ação noutras áreas e, quiçá, deturpador da profissão (*idem*).

No entanto, observa-se que a intervenção do Serviço Social no GC dos ACES é particularmente importante (Branco e Farçadas, 2012, p. 21). Com efeito, o Serviço

Social ao ter estado presente na sua fase incipiente (GU) teve uma função relevante na edificação da jurisdição do Serviço Social, cabendo-lhe ainda hoje, “uma importante função de ancoragem do Serviço Social nos centros de saúde” (*idem ibidem*). No cenário da integração de recursos humanos de Serviço Social nos CSP, e da conciliação das diversas funções e atividades do Serviço Social, nomeadamente entre a intervenção nas equipas de prestação de cuidados de saúde, bem como nos programas de saúde comunitária, o GC “surge como janela de oportunidade” (*idem*, p. 22), permitindo intervir na área da acessibilidade, qualidade e promoção do direito à saúde, atuando em aspetos fundamentais dos cuidados e do acesso à saúde, posicionando-se, “assim, o Serviço Social como *pivot* enquanto serviço orientado para a qualidade” (*idem ibidem*).

Além de tudo, a APSS enfatiza a intervenção ativa dos Assistentes Sociais no GC, não só como forma de incorporarem o importante acervo empírico legado pelos (antigos) GU, mas também pela sua formação profissional para prosseguirem as suas metas, tanto ao promover o acesso aos cuidados de saúde, como na promoção da qualidade em saúde, ou no âmbito da participação da comunidade nos CSP (APSS, 2008).

### **3.2. O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DA CIDADANIA NA SAÚDE**

Decorre do exposto que os Assistentes Sociais promovem a participação dos cidadãos nas ações e determinações sobre as suas vidas, ou defendem os direitos de cidadania (APSS, 2018, p. 7), a qual tem como base a “dignidade da pessoa humana e a garantia de efetivação dos direitos e liberdades fundamentais” (Arnaut, 2020b, p. 122). Encara-se a cidadania como o estatuto das pessoas de uma comunidade que lhes confere direitos e deveres, na sociedade onde vivem (Costa e Ianni, 2018, p. 47). Porém, Menezes (2011, p. 130) distingue o estatuto formal de cidadão, de cidadania que implica a ação. Para Gracia-Pérez e Gil-Lacruz (2018, p. 114) a participação dos cidadãos é uma estratégia essencial para o desenvolvimento comunitário e de promoção e educação para a saúde.

A Cidadania na Saúde apareceu na Declaração de Alma-Ata, da OMS (Leite, Pontes e Pavão, 2015, p. 27), definida “como o direito e dever das populações de participarem individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (*idem*, p. 35). É uma face específica da cidadania em geral, e reporta-se à “capacidade de exercer, de modo informado e responsável, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde” (Ramos e Gonçalves, 2010, p. 3).

Conjugam-se vários direitos e deveres dos cidadãos, cuja efetivação favorece um relacionamento harmonioso entre profissionais de saúde e os seus utentes, a saber:

o direito a ser reconhecido como indivíduo e o dever de reconhecer a mesma qualidade nos outros; o direito de respeito pela autonomia e dignidade e o dever de os respeitar em si e nos outros; o direito de ser informado e o dever de informar; o direito de receber cuidados de qualidade e rigor e o dever de retribuir na medida do seu alcance a si e aos outros; o direito a ter responsabilidade por parte dos serviços de saúde e seus profissionais e o dever de se comprometer por si e pelos outros naquilo que possa influenciar e controlar. (Leite, Pontes e Pavão, 2015, p. 34)

Como tal, para potenciar o benefício da ação dos cidadãos e o desenvolvimento dos efeitos adquiridos na saúde, têm que se fomentar os princípios chave da cidadania na saúde, como a literacia, a capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e comunidades, a humanização dos serviços e dos cuidados de saúde, e o combate ao desperdício de recursos (*idem*, p. 35).

A literacia em saúde (LS) é a capacidade dos indivíduos de aceder, entender e praticar a informação em saúde e usar adequadamente o sistema de saúde (*idem*, p. 428). Promover “a LS, junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública” (Arriaga *et al.*, 2019, p. 6). A LS ampliou-se progressivamente para englobar várias competências mais completas: atuar conforme as orientações médicas ou com informações escritas, e transmitir necessidades aos profissionais de saúde (Leite, Pontes e Pavão, 2015, p. 35). Esta noção perfilha a ideia de *empowerment*, que a OMS indicou como a maneira das pessoas adquirirem controlo acerca das posições implicadas na sua saúde, entendendo-se que a promoção da saúde as capacita para um melhor controlo da própria saúde (*idem*, p. 35-27). Na promoção da saúde, o *empowerment* é dos conceitos fundamentais, porque é um dos objetivos primais dos programas de promoção da mesma (*idem*, p. 27). As duas noções, colaboram para a nova aceção de promoção da saúde, a qual encara o meio socioeconómico, político e a educação como fundamentais para promover a saúde (*idem*, p. 35). A promoção da saúde foi definida na Carta de Ottawa<sup>6</sup>, da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde da OMS, em Ottawa (1986) como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986). Para Loureiro e Miranda (2021) é toda a conciliação organizada de iniciativas educacionais, “políticas, económicas, reguladoras e organizacionais destinadas a

---

<sup>6</sup> É um marco histórico da Saúde Pública, considerado “o principal documento de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais” (Hartmann *et al.*, 2020, p. 7-8).

facilitar mudanças de comportamentos e do ambiente conducentes à saúde dos indivíduos, grupos e comunidades” (Loureiro e Miranda, 2021, p. 429).

Neste contexto, Hermano Carmo assinala que o Serviço Social sempre esteve ligado à educação para a cidadania (Carmo, 2014, p. 122). E Restrepo (2003, p. 68) salienta a ação promotora do Serviço Social, a qual é caracterizada por:

dar ênfase ao desenvolvimento social e humano, considerando o indivíduo como construtor da realidade e sujeito ativo do seu próprio bem-estar. Está orientada para potenciar as capacidades individuais e os recursos coletivos para melhorar ou satisfazer as necessidades humanas e sociais, colocando especial ênfase na capacidade de resposta que as pessoas, grupos ou comunidades – afetadas por determinadas situações – dependem para assumir as mudanças e superar as dificuldades. (*idem*, 2003, p. 70)

Dito isto, a intervenção promotora do Serviço Social alicerça-se na motivação, participação ativa, autogestão e autonomia, enquanto princípios da ação social, direcionando a intervenção em função da organização e promoção dos indivíduos, grupos e comunidades (Silva, 2012, p. 266). Transparecem como estratégias a educação e a capacitação com uma função relevante nesta ação profissional, uma vez que mediante as mesmas, os objetivos promocionais e organizativos são atingidos (*idem ibidem*). Através daquilo que Restrepo (2003) denominou pacote de modelos contemporâneos, i.e., vários traços em ascensão que dão a entender um percurso rumo à reformulação metodológica profissional, influenciados por a teoria geral sistémica, interacionismo simbólico, teoria da ação comunicativa, o construtivismo, a hermenêutica, bem como a fenomenologia, originam modelos convergentes que possibilitam orientar a ação profissional com a tónica na centralidade da objetividade como componente do social nos processos comunicacionais que, transmitidos numa linguagem, exprimem a ação social, a relação e percepção como elementos importantes das interações sociais no dia-a-dia. Na ótica de Silva (2012), estes modelos são modificáveis e aplicam-se na parte “individual e coletiva, estabelecendo um são equilíbrio entre ambas e fazendo parte da caixa de ferramentas técnicas interativas, como a observação, a entrevista, e os grupos de discussão, entre outras” (p. 267).

Acresce que o Serviço Social promove o *empowerment* (FIAS, 2014). Dado que neste quadro, o *empowerment* é de capital importância para melhorar a participação dos cidadãos utentes na própria saúde, Silva (2003, p. 31) alude à relevância do *empowerment* na ação profissional dos Assistentes Sociais, como meio para promover a cidadania ativa. Segundo este autor, o *empowerment* é um trabalho “para e com os utentes” (*idem*, p. 35) a fim de facilitar o acesso, não apenas a apoios materiais, mas também, ao benefício de direitos de que estão excluídos, estimando neste processo a função que os utentes têm que exercer na “resolução” das suas necessidades imediatas

como na modificação das suas condições de vida” (*idem*, p. 35-36). Na opinião de Pinto (1998), é:

um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. (Pinto, 1998, p. 252)

Também Pinto (2014, p. 402) assinala que os conceitos de *empowerment*, estão ancorados ao poder, à demonstração das diferenças de poder que coexistem nas sociedades, bem como numa valorização axiológica destas diferenças, o *empowerment* envolve a hipótese verdadeira de alterar os desníveis de poder, individual e coletivamente. Acredita-se que o futuro pode, e deve, ser construído pelos indivíduos (*idem ibidem*).

### 3.3. ÉTICA NO SERVIÇO SOCIAL

O termo ética provém do grego *éthos* (costume) e Cícero definiu-a como a ciência da moral, embora a ética seja um conceito mais amplo do que a noção de moral, que deriva do latim *mores* (costumes) (Ferreira, 1999, p. 25). Mas, a moral busca “princípios universais e objetivos, ou seja, racionais que identificam como se deve agir, o que é bom fazer” (Jacques, 1999, p. 10). E Ricoeur<sup>7</sup> registou a ética como “um princípio de julgamento das práticas de um sujeito quer seja individual ou coletivo” (Badiou, 1993, p. 5). Há preocupações éticas que tendem a aumentar devido aos desafios quotidianos decorrentes do avanço científico e técnico, e às questões de carácter humano e social que lhes estão subjacentes (Ferreira, 1999, p. 26), as quais vão exigindo alguma regulação das atitudes nos contextos técnico-científicos (bioética), e nas situações sociais (ética do ser-em-conjunto) (Badiou, 1993, p. 5). Aqui está implicada a responsabilidade coletiva, o respeito pela diversidade, que são princípios centrais do Serviço Social (FIAS e AIESS, 2014), e outros dos seus “princípios éticos: Direitos Humanos; integridade profissional; confidencialidade profissional; sustentabilidade do ambiente e da comunidade” (APSS, 2018, p. 10). Ou seja, princípios pelos quais o Assistente Social deve nortear a sua ação profissional e, bem assim, pelos valores que presidem à ação do Serviço Social – a Dignidade Humana – a Liberdade – a Justiça Social – cujas referências são basilares para os princípios que se enunciaram (*id.*, p. 8).

Quando se abordam os valores do Serviço Social, é tocada a ética, a qual é crucial no Serviço Social porque o cerne da profissão é a pessoa e o relacionamento humano

---

<sup>7</sup> Paul Ricoeur intitulou o artigo que escreveu para a Encyclopaedia Universalis: Avant la loi morale: L'ethique, no qual apresentou o conceito de ética supracitado (Ferreira, 1999, p. 25).

(Carvalho, 2016, p. 73 e 41). Além disso, a profissão ao incidir na satisfação das necessidades humanas e no bem-estar social, tem que se considerar a realização de um serviço público, o que impõe reconhecer a condição ética dos cidadãos com quem se trabalha, bem como “a exigência de qualidade ao nível da resposta institucional e/ou organizacional que se oferece, e a procura constante de uma maior competência no desempenho” (Serafim, 2004, p. 26). A ética no Serviço Social está ligada aos aspetos práticos, técnicos, políticos e ao exercício profissional, articula princípios morais gerais da ação e o seu uso na tomada de decisão e na justificação de ações com argumentos racionais por dedução, partindo de princípios gerais e regras derivadas aplicando-as em casos particulares (Banks e Nørh, 2008, p. 12).

Há diversas abordagens às éticas profissionais – a ética da virtude, do dever, utilitária e da justiça social (*idem*, p. 12-14) –, as quais se dividem em duas tendências na ética: uma assente em princípios gerais e outra com base no ser e nas relações (Carvalho, 2016, p. 49). A primeira foca-se no dever, liberdade, razão prática, justiça, respeito, boa vontade, utilidade e bem-estar, a segunda refere-se à virtude, sensibilidade, relação, empatia, ao compromisso e à responsabilidade pelas gerações vindouras (*idem ibidem*). A ética do dever remete para Kant (*idem*, p. 50) cuja filosofia contempla mormente o princípio do respeito pelas pessoas, que o filósofo elaborou como um imperativo categórico (ordem que deve ser acatada), sendo um dos seus aforismos: “Atua tratando a humanidade, quer na tua própria pessoa ou na de outrem, nunca somente como um meio mas como um fim” (Banks e Nørh, 2008, p. 16). Logo, deve-se tratar os outros como seres com objetivos e não como objetos ou meios para atingir o nosso fim (*idem ibidem*). Outra máxima Kantiana que consubstancia a anterior, é: “As Coisas Têm Preço. O Homem Dignidade” (Rosa, 1996, p. 227), i.e., ter preço, significa valer relativamente, ou valer como meio para, ao invés “tem dignidade o ser que vale em absoluto, tem dignidade o ser que nunca pode considerar-se um meio, mas sempre um fim. É o caso do homem” (*idem ibidem*). A Dignidade Humana é o atributo comum a todas as pessoas, incorpora:

quer a maneira como o sujeito se vê a si próprio, quer como a sua relação se estabelece com todos os outros seres vivos e com o mundo e alicerça-se na combinação indissociável de direitos e de responsabilidades. A Dignidade humana promove a pessoa em processos de capacitação, de modo a atuar de forma livre e responsável e com expressão em atitudes, palavras e atos. (APSS, 2018, p. 8)

E Kant defendeu que cada pessoa é intimamente merecedora de respeito, só por ser pessoa, a qual é um ser dotado de razão e de ação autodeterminada, considerando “racional” ser capaz de ajuizar ações e “autodeterminado” ser capaz de agir conforme as opções e decisões próprias, por isso, o princípio do respeito pela liberdade de

escolha das pessoas é bastante importante, refletindo-se no princípio da autodeterminação na ética do bem-estar social (Banks e Nørh, 2008, p. 16). Daí, a filosofia Kantiana ser essencial no Serviço Social (Carvalho, 2016, p. 51). A deferência pelo valor da Liberdade compreende a oportunidade, conceção de possibilidades de realização humana, incluindo dimensões como:

Relações respeitadoras de ambientes democráticos e de equidade, dando relevo a condições de participação;  
Espaço de autonomia para a realização de escolhas e tomadas de decisão e respetivas consequências dessas decisões;  
Emancipação e busca de alternativas de realização pessoal, grupal e coletiva;  
Libertação dos impedimentos que limitem a manifestação e realização das competências e possibilidades de todos e de cada um. (APSS, 2018, p. 9)

Outros pensadores importa convocar, no domínio da ética no Serviço Social, como J. Bentham e J. Stuart Mill, os quais preconizam o princípio da promoção do bem-estar e da justa distribuição dos bens, tal princípio, reporta-se à ideia de que o que acontece visa satisfazer os interesses individuais com um fim coletivo: possibilitar o bem-estar ao maior número de pessoas possível (Beckert, 2012, p. 65). Segundo Bentham, o bem-estar corresponde a ser útil, e este equivale “à máxima felicidade, para o maior número de pessoas” (Carvalho, 2016, p. 52). Destarte, medir-se-ia a utilidade, que traria benefícios: avaliar distintos assuntos em relação ao mercado, sistema legal e às políticas públicas e sociais; decidir acerca das políticas mais certas; comparar sociedades distintas com o intuito de deliberar aquela que melhor reage ao princípio da maior utilidade – felicidade – considerando o benefício para o maior número de pessoas (*idem ibidem*). Nesta corrente, “a ação correta é aquela que produz o maior equilíbrio do bem sobre o mal (princípio da utilidade)” (Banks e Nørh, 2008, p. 16), as ações obrigatórias ou corretas são as que fomentam maior felicidade para o máximo número de pessoas (Beckert, 2012, p. 65). Refira-se que Irene Carvalho reputa a utilidade e a felicidade da maior importância para o Serviço Social, pois conduzem a um dos fins da profissão – o bem-estar (Carvalho, 2016, p. 52).

Acresce o valor do pensamento legado por J. Rawls para a ação do Serviço Social, uma vez que incide sobre o justo e a distribuição equitativa de bens, na esfera das políticas sociais (Serafim, 2004, p. 44). Rawls, opina que a justiça social concede mais responsabilidade ao Estado Social, como sistema político que prepara a solidariedade e os distintos modos de justiça, com base no respeito pelos direitos sociais, liberdade e pela diferença, sendo as organizações representativas dos cidadãos responsáveis por a justa distribuição (*idem*, p. 43). A Justiça Social é potenciada por dimensões, como:

Universalidade de acesso a políticas e medidas justas e aos respetivos bens e serviços;  
Funcionamento de estruturas e sistemas sociais que respeitem a Dignidade Humana;  
Distribuição adequada, justa, legítima e fundamentada dos recursos disponíveis na

sociedade e no mundo, nomeadamente em situações de escassez de recursos e face a situações de urgência. (APSS, 2018, p. 9)

Cabe destacar o contributo de Hannah Arendt, cujas considerações remetem para a importância da ação no domínio público e o poder só é originado quando as pessoas atuam conjuntamente (Serafim, 2004, p. 42). De citar a exigência do debate e da argumentação num espaço público crítico, interveniente e plural que contém o referencial ético-político de J. Habermas, porque a linguagem e a comunicação são vitais na relação entre o Assistente Social e o cidadão utente, a fim de o capacitar a resolver, por si, as dificuldades com que se depara, tal como entre Assistentes Sociais e outros profissionais (*idem*, p. 39-40).

Cumprir pontuar a dimensão ético-política do Serviço Social, em virtude do seu compromisso com a democracia e os princípios e valores tácitos nos direitos humanos, ultrapassar as intenções (Carvalho, 2016, p. 19). Tais princípios estão arraigados no projeto societal que supõe um reordenamento social, a democracia, direitos humanos e direitos civis, políticos e sociais, em oposição ao conservadorismo, ditaduras, caridade e filantropia (*idem*, p. 19-20).

Neste âmbito, Sousa (2017, p. 12) argumenta que a dimensão política do Serviço Social transparece na própria definição global de Serviço Social, designadamente, no que respeita à conexão da profissão com os direitos humanos e a justiça social:

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 da 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<sup>8</sup>, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social. (IFSW e IASSW, 2014)

Esta dimensão também está patente no compromisso que consta no documento *The Global Agenda for Social Work and Social Development - Commitment to Action*, da iniciativa da FIAS, AIESS e ICSW (Sousa, 2017, p. 12). A Agenda Global foi concebida para responder ao aumento da complexidade global, robustecer o perfil do Serviço Social “e permitir que os Assistentes Sociais contribuam mais fortemente para o desenvolvimento de políticas” (Jones e Truell, 2012). Contudo, a perceção do Serviço Social como possuidor de uma dimensão política não é “linear nem isento de debate” (Sousa, 2017, p. 13). A este propósito, José P. Netto clarifica que é impossível a “neutralidade político-ideológica da profissão e dos profissionais” (Netto, 2015, p. 238), pois “grande parte do Serviço Social, é uma **prática política**” (Amaro *et al.*, 2022, p. 46

---

<sup>8</sup> “Por “conhecimentos indígenas” entenda-se conhecimentos locais específicos” (APSS, 2018, p. 5).

realce dos autores). Mas esta “consensualidade de leituras não é livre de problematização e de uma visão, também ela generalizada, de que grande parte dos profissionais não tem consciência dessa dimensão política inerente à profissão” (Amaro, 2012, p. 171-172).

De frisar a própria opção dos referenciais teórico-metodológicos (Sousa, 2017, p. 21), porque as “ideologias e suposições sobre a sociedade e os seres humanos estão embutidas nas teorias e competências do Serviço Social” (Chu, Tsui e Yan, 2009, p. 291). Então, o Assistente Social ao escolher esta ou aquela teoria, revela como vê o mundo, reproduzindo esse olhar na prática (Sousa, 2017, p. 21). Tal escolha pode ser consciente, ou não, mas “a visão do mundo atravessa, implicitamente, o agir profissional” (*idem ibidem*). A mesma autora, alerta que este tema é de suma importância, pelo que é necessário aumentar o seu debate científico (*idem*, p. 23).

Os conhecimentos teóricos, a proficiência prática e a preocupação por bem agir, em que o Assistente Social investirá e desenvolverá continuamente, mitigarão os dilemas éticos e as frustrações, mas será apenas a consciência do que fica por fazer sempre mais e melhor (Félix e Neves, 2017, p. 16).

### **3.4. SERVIÇO SOCIAL, DIREITOS HUMANOS E O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE**

Mencionada a definição de Serviço Social e a sua ligação aos Direitos Humanos (DH), há que partir da premissa que os DH são “inatos, inalienáveis e privilégios fundamentais que pertencem a todos os indivíduos como seres humanos, e que esperam poder realizar” (André, 2011, p. 37). Fazem parte de todas as pessoas pelo simples facto de terem nascido (Oliveira, Teles e Casara, 2021, p. 20), sem olhar a:

raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, liberdade de opinião e expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre outros. Todos têm direito a estes direitos, sem discriminação. (ONU, 2019)

A sensibilidade desta matéria remete para “o sentido primeiro e basilar dos direitos humanos: a dignidade humana” (Moniz, 2022, p. 22). Logo, sem os DH as pessoas não podem viver condignamente (ONU, 1999, p. 22). Dado que a vida conjunta ou a coexistência são inerentes à condição humana, os DH são, na sua essência, princípios orientadores para a área da ciência e das práticas que influem as pessoas a viver juntas e a dividir espaços de vida, desde o nível local, ao regional, nacional e continental, de modo a incluir-se a comunidade global (Walz, 2022, p. 24). Afiguram-se particularmente relevantes porque outorgam direitos às pessoas, levando as autoridades a vincularem-

se às respetivas obrigações (Hostmaelingen, 2016, p. 15). Devido ao cariz universal e igualitário destes direitos, eles apoiam a redução da desigualdade de poder entre autoridades públicas e os particulares (*idem ibidem*). Visam a proteção de cada pessoa sujeita ao poder estatal (*idem*, p. 35), o desenvolvimento e a utilização total do potencial das pessoas, e colmatar as suas necessidades (ONU, 1999, p. 22). A base dos DH é ainda, a busca crescente da Humanidade de uma vida onde a dignidade e o valor das pessoas valham respeito e proteção (*idem ibidem*). Só podem ser limitados, se a pessoa ou grupo ameaçar os direitos de outrem (*idem ibidem*).

As atrocidades cometidas na 2ª. Guerra Mundial comoveram o mundo despertando-o “para o facto de que os direitos humanos, como conceito-reitor da vida política, estavam adormecidos há cento e cinquenta anos” (Marques, 1996, p. 15). Então, pela primeira vez foi estabelecida uma proteção universal dos DH com a DUDH, uma Declaração decisiva na memória dos DH, concebida por representantes de muitos países e promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, “como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações” (ONU, 2020). Os DH dividem-se segundo o período em que se estabeleceram, e em três gerações (Hostmaelingen, 2016, p. 23). A primeira, inclui os direitos civis como o direito à vida, proibição da tortura e maus tratos, à privacidade, liberdade de expressão e religião, bem como os direitos políticos que integram os direitos ao voto, eleição, reunião, são fundamentais para a democracia e o Estado de Direito funcionarem, a Liberdade é a chave destes direitos (*idem*, p. 21-23). A segunda, abrange os direitos económicos, sociais e culturais, ligam-se ao estado de bem-estar, a sua chave é a Igualdade (*idem*, p. 23). A terceira, comporta os direitos coletivos, o direito à paz, ao desenvolvimento e a um ambiente sadio, a sua chave é a Fraternidade (*idem*, p. 21-23). Porém, os DH têm que ser tidos como um todo, uma vez que são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (*idem*, p. 21).

Na esteira do que foi dito, Branco (1996, p. 5) observa precisamente que a ação dos Assistentes Sociais incide nos “Direitos Humanos como totalidade indivisível, sendo clara a articulação dos direitos sociais, culturais, civis e políticos em algumas das mais relevantes problemáticas sociais.” Alega C. Niehoff, que a conexão entre DH e Serviço Social não assenta só no conceito global de Serviço Social (2014), pois a história do Serviço Social ilustra muitas ligações aos DH (Niehoff, 2022, p. 104). Provas disso, são as pioneiras do Serviço Social: Adams que integrou uma liga protetora dos DH, lutando pelo voto feminino e tráfico humano, ou, Richmond defensora dos direitos dos grupos vulneráveis, também por isto, a FIAS (1988) considerou o Serviço Social uma profissão dos DH (Carvalho, 2016, p. 71). A mesma autora, indica que os DH apenas são concretizados por uma parte da população mundial, impelindo o Serviço Social a

salvaguardar os DH num quadro cada vez mais complexo “de globalização, crise económica e exploração dos grupos mais vulneráveis” (*idem*, p. 71-72), da sociedade que geralmente são os utentes do Serviço Social (ONU, 1999, p. 33). Os Assistentes Sociais estão no terreno como agentes essenciais na defesa dos DH com indivíduos, grupos ou comunidades e são mediadores ativos “entre o universalismo e o relativismo cultural” (Carvalho, 2016, p. 72).

No mesmo sentido, Francisco Branco afirma que o Serviço Social como profissão tem uma ligação íntima à “institucionalização dos Direitos Humanos e particularmente dos Direitos Sociais” (Branco, 1996, p. 5). E os “direitos sociais integram o rol dos direitos humanos” (Oliveira, Teles e Casara, 2021, p. 35). Cabe ao Estado democraticamente legitimado, garantir a efetivação dos direitos sociais, ao ensino, à habitação, ao trabalho, à saúde, à cultura, à segurança e à justiça (Arnaut, 2020b, p. 122). A CRP engloba tais direitos (Morgado, 1996, p. 5), sitos nos artigos 22º a 27º da DUDH, para assegurar a justiça social, ao prover as necessidades básicas da pessoa e a sua participação nos assuntos sociais (ONU, 1999, p. 22-23). Neste contexto, destaque-se que a DUDH pela primeira vez formalizou a Saúde como um Direito fundamental da pessoa (Oliveira, Teles e Casara, 2021, p. 44), consagrando-o no Art.º 25 (ONU, 2022). O direito à saúde associa-se ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana, porque para viver uma vida digna é preciso ter saúde, indispensável para que a dignidade humana seja alcançada (Schwartz, 2001, p. 67).

A Constituição da OMS (1948), definiu a Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2020, p. 1), de modo positivo, embora estático (Loureiro e Miranda, 2021, p. 25). Já na Conferência de Alma-Ata (1978), enfatizou-se que a Saúde “é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, além do setor da saúde” (Ministério da Saúde, 2002, I). Logo, a noção de saúde passou a integrar outros setores sociais, tidos como indispensáveis para promover a saúde (Loureiro e Miranda, 2021, p. 25). Mais tarde, a OMS vê a saúde como “a capacidade de desenvolver o potencial próprio e responder de forma positiva aos problemas do ambiente, sendo encarada como uma componente indispensável ao desenvolvimento económico” (*idem*, p. 26). A saúde como um recurso para o desenvolvimento, que permite uma vida biopsicossocial e espiritual positiva e economicamente produtiva, tem subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de modo a poder-se atuar nos seus determinantes (Graça, 2015, p. 9).

Neste quadro, alude-se novamente aos DSS, porque os DSS estão ligados à justiça social e à realização dos direitos humanos (Loureiro e Miranda, 2021, p. 74), e os DSS são o cerne da ação do Serviço Social na saúde (Farçadas, 2022, p. 52), os quais também integram “os serviços de saúde” (CNDSS e Fundação Oswaldo Cruz, 2006), bem como o “Acesso a serviços de saúde a preços acessíveis e de qualidade” (WHO, s.d.). A Resolução 70/1 de 25/09 de 2015 da Assembleia Geral das Nações Unidas, com o tema: Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, contemplou numa das suas metas o “acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade acessíveis para todos” (UNGA, 2015, p. 16). Considere-se que:

O Cuidado em Saúde compreende o atendimento humanizado, baseado no acolhimento, vínculo, escuta, na realidade social, garantindo o [utente] como co-produtor do seu processo saúde-doença, estando relacionado com a experiência de todos os trabalhadores que constroem o dia a dia dos serviços de saúde. (Castro, 2006, p.128)

Na ótica da Entidade Reguladora da Saúde:

O direito a cuidados de saúde de qualidade pressupõe que o utente tem direito a aceder aos cuidados mais adequados à sua situação com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos. Esses cuidados devem ser os tecnicamente mais corretos, de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Os cuidados de saúde deverão, ainda, ser prestados de forma humana e com respeito pelo utente. O direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde em qualquer estabelecimento prestador de cuidados. (ERS, 2022)

E o Serviço Social na saúde também “favorece um atendimento de qualidade à população utilizadora do sistema” (Krüger, 2010, p. 142). O Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal (2018) indica que cabe ao Assistente Social: “Fazer prevalecer os interesses das pessoas que utilizam os serviços” (APSS, 2018, p. 13). Face a tais considerações, o Assistente Social intervém no trabalho em saúde, sendo eticamente responsável por contribuir para a qualidade dos cuidados e fortalecer a cidadania, fazendo-se necessário incorporar a dimensão do Cuidado em Saúde no trabalho dos assistentes sociais na saúde (Castro, 2006, p. 130).

### **3.5. MEDIAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL**

A palavra mediação deriva do latim (*mediare*) cujo significado é interpor-se, “e foi empregue através dos tempos para designar uma oferta de interposição muitas vezes imposta a dois beligerantes” (Almeida, 2008, p. 3). Numa visão mais recente, a mediação transcende muito tal noção (*idem ibidem*). Porém, definir mediação criou mais polémicas do que consensos, pois as diferentes definições “são seriamente questionadas por boas – e menos boas – práticas que põem em causa até os aspetos tidos como essenciais” (Torremorell, 2008, p. 16).

Dito isto, elencam-se alguns dos seus conceitos e a dinâmica dos mesmos.

À semelhança da noção ligada à etimologia da mediação, trata-se de um “modo alternativo à tradicional resolução judicial de conflitos entre particulares e entre estes e os serviços públicos” (Almeida, Albuquerque e Cruz, 2015, p. 141). Todavia, não se limita a resolver disputas, nem à crise judicial de regulação litigiosa que lhe é inerente (*idem*, p. 143). Nos cenários de diversidade sociocultural, consiste numa “estratégia fundamental na perspetiva do reforço do diálogo intercultural e da coesão social” (Oliveira e Galego, 2005, p. 25). Para estas autoras, a mediação impulsiona a “restauração de laços sociais, sustentando modalidades alternativas de gestão das relações sociais, tornando-se um processo comunicacional de transformação do social e uma requalificação das relações sociais” (*idem*, p. 26). O aspeto comunicacional inquestionável da mediação permitiu defini-la “a partir do campo da comunicação humana” (Torremorell, 2008, p. 18). Destarte, Suares (1997, p. 95) faz notar que “a mediação surge para conduzir problemas de comunicação e esta condução é resolvida “na” comunicação”, e Six (1990, p. 185) que a melhor mediação é a que “produz uma verdadeira comunicação entre as partes, uma comunicação que trará realmente frutos na vida de cada uma das duas pessoas ou de cada um dos dois grupos.”

De forma análoga, Helena Almeida regista a mediação como “um mecanismo de regulação a nível societal e interindividual” (Almeida, 2008, p. 11). Tendo em conta que:

a regulação social é o conjunto de mecanismos através dos quais se criam, se transformam e se anulam as regras. A regulação social toma a forma de mediações sociais e interindividuais. Elas preenchem uma dupla função, latente e manifesta: “fazer sociedade” e “regular conflitos”. (Briant e Palau, 1999, p. 43)

A mediação ultrapassa o estabelecimento da interação entre a sociedade e o indivíduo, sendo ao mesmo tempo societal e interindividual (Almeida, 2008 p. 12). É societal porque tal interação visa criar “ou desenvolver laços sociais e tratar ou prevenir conflitos” (Briant e Palau, 1999, p. 118). E interindividual, pois é uma alternativa não contenciosa de regular conflitos, sob a tutela de um terceiro que possibilita a sua transformação a partir de um compromisso (Almeida, 2008, p. 12). Alguns autores consideram hoje consensual que:

a mediação é um processo de intervenção onde a transformação social está presente, implicando a melhoria das relações humanas – viver, estar e relacionar-se melhor. Nesta perspetiva enquadra a melhoria das competências de comunicação, com a criação de relações de empatia, das sociabilidades, implicando a participação, ativa, das pessoas e o seu empowerment. (Almeida, Albuquerque e Santos, 2015, p. 141)

A pesquisa de H. Almeida durante 1997/2000, confirmou “a mediação como uma conceção identitária do Serviço Social e como um modelo de intervenção social”

(Almeida, 2013, p. 53), porque foi instituído como profissão “de controle e de regulação social” (*idem ibidem*) afirmando-se gradualmente na normalização e inclusão social, no combate pela liberdade humana, ou na valorização da cidadania (*idem ibidem*). O lugar intermediário do Assistente Social nos dispositivos de proteção social tem estruturado o “seu saber, fazer e ser profissional” (*idem ibidem*), daí a função mediadora ser indissociável do Serviço Social (*idem ibidem*). A mediação em Serviço Social configura-se através de:

Estratégias de Intervenção – Orientações meios-fins (Relacionais ou de abordagem, Enquadramento social, Empowerment, Contratualização) e Competências Profissionais (Comunicação, Estudo, Análise, Argumentação, Negociação, Trabalho em Equipa, Intervenção em rede, Planificação, Avaliação). (*idem*, p. 55 realces da autora)

Tais aspetos requerem conhecimentos teórico-práticos inseparáveis de valores, logo, “mediar não é para quem quer, mas para quem possui conhecimentos na área e tem sensibilidade social” (*idem ibidem*), aplicando-se “a nível micro (indivíduo, família, tipo de procura e redes de apoio); a nível meso (sistemas e serviços disponíveis, *stakeholders*, dinâmicas relacionais na articulação de recursos) e a nível macro (Legislação, políticas sociais gerais e territorializadas)” (*idem ibidem*).

Berta Granja corrobora que a mediação “é estruturante para a profissão e para a sua construção identitária” (Granja, 2014, p. 74). Professora a mesma autora que:

A mediação é uma atividade de ligações complexas nas relações sociais presentes, em que se ligam populações, instituições e sociedade local com transações e arranjos através de pontos de passagem que se abrem ou são abertas pelas estratégias e da atividade dos profissionais. (*idem ibidem*)

Este modelo de intervenção entre a população e os distintos sistemas sociais é crucial quando se dificulta essa relação “por incapacidade da população, seja por doença, dependência, falta de recursos e poder e/ou legitimidade relacionada com o estatuto social, bem como incapacidade de argumentação para defender os seus interesses” (*idem ibidem*).

Incumbe ao Assistente Social nos serviços de saúde colocar os interesses e necessidades dos utentes no centro da discussão, dado que o Assistente Social contacta com as opiniões dos utentes no seu dia-a-dia, e por ser um mediador entre os utentes e a instituição (Prá, 2003, p. 69). Devido à dimensão ético-política do Serviço Social, o Assistente Social deve interceder junto dos serviços de saúde para que os interesses dos utentes prevaleçam, isto é, agir de encontro às suas necessidades, requerendo que o Assistente Social medeie o debate vivido pelos utentes (*idem ibidem*). Aliás, a procura da qualidade dos serviços de saúde, na ótica da assistência universal e integral das pessoas, supõe que o Assistente Social potencie a participação social da população (Iamamoto, 1999, p. 69, *apud* Prá, 2003, p. 4).

## 4. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

Este ponto alude à informação sobre os procedimentos e instrumentos adotados na pesquisa empírica, tal como à forma da recolha de dados, e integra vários elementos: tipo de investigação, exposição do desenho metodológico do estudo, identificação da população alvo, amostra e definição da mesma, bem como os motivos dos instrumentos selecionados (Coutinho, 2023, p. 254).

### 4.1. DEFINIÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Optou-se por uma abordagem qualitativa para este estudo, porque é particularmente útil quando se pretende que os participantes façam ouvir a sua voz sobre questões que necessitam ser exploradas, levando-os a partilhar as suas experiências (Gonçalves, Gonçalves e Marques, 2021, p. xxiii), e o estudo qualitativo visa precisamente a interpretação e a compreensão da realidade (Vilelas, 2022, p. 205). Acresce que esta abordagem inscreve-se no paradigma holístico interpretativo (*idem ibidem*), logo, a totalidade dos seres humanos nesta abordagem é contemplada (*idem*, p. 203), o investigador participa entrevistando os participantes (*idem*, p. 201), e trata-os “como seres únicos que atribuem significados às suas experiências” (*idem*, p. 203). O que está na linha do Serviço Social.

Uma forma clássica de desenhar a “investigação é seguir uma progressão lógica de etapas ou tarefas” (Gómez, 2021, p. 8). Assim, como técnica de recolha de dados qualitativa, enveredou-se pela entrevista que consiste numa interação pessoal, guiada tecnicamente, é adequada para recolher informações desenvolvidas sobre opiniões, pensamentos, experiências e sentimentos dos entrevistados (Magalhães e Paul, 2021, p. 67). Então, optou-se pela Entrevista Semiestruturada pelos seguintes motivos:

Possibilita perguntas “abertas, fechadas ou uma mistura de ambas” (Coutinho, 2023, p. 141). A liberdade do entrevistado aumenta em relação à entrevista estruturada, ou ao inquérito por questionário, dado que é aplicado um guião temático elaborado de forma flexível (Haro *et al.*, 2016, p. 95). O entrevistador pode comentar ou propor, levando o entrevistado a dar informações preciosas para o estudo, simultaneamente, conduz a conversa de modo a abordar todos os aspetos previstos (*idem ibidem*). Se estes autores assinalam a aplicação de um guião para conduzir a entrevista e abordar os temas previstos, a realização das entrevistas requereu uma preparação antecipada, i.e., a elaboração de um guião da entrevista semiestruturada, associado ao rigor metodológico do entrevistador, segundo os mesmos autores (2016).

Sendo assim, este instrumento de recolha de dados implicou um vasto trabalho para identificar os temas principais, “e suas potenciais relações, contradições e tensões” (Haro *et al.*, 2016, p. 95). O guião desta entrevista pode ser consultado no **Apêndice B**.

Os mencionados autores (2016, p. 96) consideram fulcral o perfil do entrevistador, uma vez que a proximidade e a confiança entre o entrevistador e o entrevistado facilitam o discurso. Por conseguinte, é preciso que o entrevistador tenha algumas características e seja capaz de as praticar quando necessário como a empatia, paciência, humildade, assertividade, dominar os diversos registos sociolinguísticos e adaptar-se ao ambiente e características do entrevistado, promover o arranque da entrevista com um tema ou questão que leve ao desenvolvimento do discurso até aos aspetos essenciais.

Para obter um registo preciso da entrevista, é aconselhável a sua gravação (Magalhães e Paul, 2021, p. 73), porque permite que o entrevistador esteja concentrado apenas na condução da entrevista, e dá-lhe segurança pois sabe que no fim dispõe de uma cópia áudio, outra vantagem é a possibilidade da sua transcrição, logo, também da sua análise partindo da literalidade dos termos do entrevistado (Haro *et al.*, 2016, p. 97-98).

Tendo em conta que as entrevistas também podem ser realizadas por telefone e que nesse caso, “devem ser gravadas e transcritas para posterior análise e interpretação o que implica recorrer a técnicas de análise de conteúdo” (Coutinho, 2023, p. 142), as entrevistas aplicaram-se aos participantes telefonicamente, com gravação áudio para a sua transcrição e o mencionado fim.

## **4.2. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS**

De acordo com Haro *et al.* (2016) apesar de não existir uma só regra para conduzir uma entrevista, há vários procedimentos (técnicas) para criar a fluidez e a continuação discursiva numa entrevista, quais sejam:

- Repetir a formulação das perguntas ou da proposta de tema e esclarecer os aspetos teoricamente mais complexos: “Com esse termo, o que queremos referir é a ideia de...”;
- Recorrer a expressões de interesse que contribuam para o desenvolvimento e reforço do discurso: “Sim, é interessante...”, “Sim? Não sabia...”, “Desconhecia esse aspeto”;
- Sintetizar uma resposta ou um aspeto abordado na mesma. Trata-se de um convite implícito para o entrevistado aprofundar ou analisar com maior pormenor: “Portanto, na sua opinião, a questão está relacionada com os fatores...”, “Se bem percebo...”;
- Importa saber gerir silêncios, que criam sempre uma situação complicada entre dois desconhecidos, entrevistador e entrevistado que interagem pela primeira vez. O

entrevistador deve ter paciência e sentido de oportunidade. Desta forma, terá que interpretar se o silêncio não é mais do que tempo para o entrevistado refletir e avançar no discurso, ou se é realmente o final da sua resposta;

- Reconduzir a conversa: a liberdade que a entrevista permite ao entrevistado favorece, que este no decurso da sua intervenção, vá além dos temas propostos. Para evitar a dispersão do discurso, o entrevistador deve reorientar o sentido da conversa: “Referiu a existência de duas componentes deste problema e desenvolveu a primeira. Mas, qual é a segunda?”; Dizia há pouco que ...” (para retomar um ponto que merece ser aprofundado). “Pode especificar...?”; “Ainda não falamos de..., pode dizer-me como vê...? (para abordar um outro aspeto do assunto);

- Resistir à tentação de intervenção, não desvirtuando o testemunho do entrevistado com as suas intervenções. Neste contexto é recomendável abster-se de sugerir palavras, completar as frases nos momentos de hesitação ou forçar mudanças abruptas do tema;

- A última palavra deve caber sempre ao entrevistado, por isso, quando o entrevistador considera que a entrevista chegou ao fim, deve oferecer a oportunidade ao entrevistado de acrescentar qualquer informação que julgue relevante (Haro *et al.*, 2016, p. 97).

Tendo em conta que a “recolha de dados no contexto de um serviço ou organização deve ser precedida de autorização formal por parte do respetivo serviço ou organização” (Vilelas, 2022, p. 473), o presente estudo empírico obteve os pareceres favoráveis da Responsável do GC do ACeS Sotavento, do Diretor Executivo Interino da instituição, da Comissão de Ética e de Saúde da ARSA, IP. e do seu Conselho Diretivo, bem como da Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa, após a submissão dos respetivos projetos de investigação às referidas entidades.

#### **4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO**

Dado que neste âmbito a população “é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (Vilelas, 2022, p. 179), a população nesta investigação correspondeu aos utentes/familiares que recorreram à maioria das Unidades dos CS das localidades abrangidas pelo ACeS Sotavento, e respetivos Pólos, nos 10 dias anteriores à realização da entrevista.

Uma vez que a amostra é só uma parte que representa a população, sendo “um reflexo fiel da população” (*idem*, p. 179-180), nesta pesquisa a amostra constituiu-se por 2

utentes/familiares do ficheiro de cada médico de família, da maioria das unidades da instituição: UCSP Aleo, UCSP Mar, USF Baesuris, USF Balsa, USF Esteva, USF Gilão, USF Levante, e 2 utentes/familiares de cada Pólo das referidas unidades (Martinlongo, Vaqueiros, Luz de Tavira, Cachopo, Altura, Conceição/Cabanas de Tavira, Santa Catarina da Fonte do Bispo, Vila Nova de Cacela, Santo Estevão e Monte Gordo).

Uma das etapas da técnica de amostragem é “calcular o tamanho da amostra” (*idem*, p. 180). Assim, a dimensão da amostra neste estudo foi de 64 utentes/familiares, equivalendo este número a 2 utentes do ficheiro de cada médico de família, como acima referido, cujo somatório é de 64 utentes/familiares. Porém, a dimensão da amostra não é determinante da sua qualidade, importa mais a sua parecença com a população da pesquisa, sendo que, 30 unidades é a dimensão amostral considerada mínima (*idem*, p. 188). O tamanho da amostra depende ainda da fiabilidade que se pretende obter nos resultados, “dos recursos e tempo disponíveis” (*idem ibidem*).

Recorreu-se a uma amostra intencional, e bastante útil se afigura dado que são identificadas as características dos participantes que o investigador considerou importantes (*idem*, p. 182). Posto isto, a seleção dos participantes visou:

- Incluir utentes/familiares que tenham recorrido às unidades/pólos nos últimos 10 dias, porque tinham uma base experiencial recente que lhes permitiu opinar sobre os serviços de saúde prestados;
- Impedir que os utentes entrevistados pertencessem ao(s) ficheiro(s) do(s) mesmo(s) médico(s) (Santos *et al.*, 2007, p. 18);
- Potenciar a heterogeneidade da amostra para garantir a diversidade e pertinência das expressões (*idem*, p. 17).

Como estratégia para selecionar os utentes, o investigador contactou as Gestoras de Máquinas dos CS da instituição para obter uma lista nominativa dos utentes e respetivos contactos telefónicos, que utilizaram os serviços da unidade/pólo nesse período de tempo, de cada médico da unidade/pólo, acrescentando que o recrutamento dos participantes considerou utentes de ambos os sexos, a partir dos 18 anos, em condições físicas e psíquicas para participar. Durante os contactos telefónicos efetuados pelo investigador, caso um utente/familiar recusasse participar, optar-se-ia por outro, cujo nome e contacto telefónico constasse na lista fornecida pelas referidas profissionais, de modo a atingir o número de utentes/familiares que se pretendeu entrevistar.

Não houve preocupação com a representatividade estatística.

#### 4.4. IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis “são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Vilelas, 2022, p. 171). Uma variável é toda a característica ou qualidade factual que pode ter valores diferentes, e apesar de variar assume um valor fixo (*idem ibidem*). Dado que se estabelecem relações entre as variáveis, a variável que não depende de qualquer outra é a variável Independente (*idem*, p. 175). Com base neste autor, as variáveis Independentes neste estudo foram o sexo, idade, escolaridade e a situação face ao estudo/trabalho/ reforma dos participantes. Também denominadas variáveis sociodemográficas (*idem*, p. 178).

Já a variável cujos valores dependem dos que assume a variável independente, é a variável Dependente (*idem*, p. 175). O investigador, ancorado nestas palavras deste autor, concluiu que nesta pesquisa a variável dependente é a satisfação dos utentes porque integra vários aspetos oriundos das diferentes opiniões dos participantes sobre a satisfação com os cuidados de saúde proporcionados.

Esta variável também é complexa porque inclui diversos aspetos (*idem*, p. 173). Face a uma variável complexa (como é a satisfação), deve-se subdividi-la em qualidades simplificadas, logo mais facilmente verificável (*idem ibidem*). A tais subqualidades que conjuntamente integram a variável, chamam-se Dimensões, que possibilitam estudar a variável (*idem*, p. 173-74). Por isso, a variável satisfação com os cuidados de saúde prestados, operacionalizou-se em várias dimensões, e indicadores que “são os aspetos a ser verificados em cada dimensão” (*idem*, p. 174), e em categorias e subcategorias que “emergem dos dados” (Wiersma, 1995, p. 217).

#### 4.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para este efeito, utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) de Bardin que surgiu no princípio do século vinte nos Estados Unidos, sendo inicialmente a matéria jornalística e a propaganda analisadas por Harold Lasswell (Bardin, 1977, p. 17). A 1ª e 2ª Guerra Mundial levaram à diáspora da AC com o estudo da propaganda, usando-se ainda na psicologia e na literatura (*idem*, p. 17-21). Após a 2ª Guerra conheceu “anos de bloqueio” (*idem*, p. 21) e nos anos 50 revitaliza-se com o debate sobre aspetos que não integrava, inclusive, o uso numa abordagem quantitativa ou qualitativa (Vilelas, 2022, p. 433). Mas esta controvérsia ampliou o uso da AC (*idem*, p. 434).

Visto que o conteúdo das entrevistas é rico e complexo (Bardin, 1977, p. 9), e que a AC tem duas funções – a *heurística* que enriquece a tentativa exploratória, aumentando a

tendência para a descoberta —, e a — probatória —, as quais podem coexistir, na prática, complementando-se uma à outra (*idem*, p. 31-32), o investigador utilizou a AC:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (*idem*, 1977, p. 44)

A AC tem três etapas cronológicas diferentes (*idem*, p. 121):

1ª) A Pré-Análise, visou a organização, operacionalizar e sistematizar ideias iniciais, nomeadamente a relação dos dados obtidos com os objetivos do estudo, definindo a estrutura das operações analíticas seguintes (*idem ibidem*). Abrangeu uma *leitura flutuante* para contactar com os dados e conhecê-los, cuja leitura progressivamente foi mais precisa, e constituir o *corpus*, ou seja, o conjunto dos dados considerados para análise, de acordo com regras (*idem*, p. 122), principalmente as regras da:

**exaustividade** - deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada;  
**representatividade** - a amostra deve representar o universo;  
**homogeneidade** - os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e recolhidos [pelos mesmos] indivíduos;  
**pertinência** - os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa. (Coutinho, 2023, p. 218 realces da autora)

2ª) A exploração do material, implicou codificar os dados brutos para atingir o âmago da sua perceção mediante operações “de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas” (Vilelas, 2022, p. 436-37). Requereu seleccionar as unidades de análise que responderam aos objetivos do estudo, as quais eram unidades de contexto, ou seja, partes do conteúdo mais latas, donde se retiraram as unidades de registo, conforme preconizado por Vilelas (2022, p. 435-37), que equivaleram a unidades de sentido, isto é, partes do conteúdo “a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 1977, p. 130), incluíram um critério de definição semântico (Coutinho, 2023, p. 219) e palavras tema (*idem ibidem*) que são rúbricas, classes ou categorias (*idem*, p. 221).

Na codificação o conjunto de temas (categorias) que formaram conjuntos semanticamente congruentes de unidades de sentido recebeu um código particular, e os subtemas (subcategorias) também (Vilelas, 2022, p. 435). Isto ligou-se à categorização que “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia)” (Bardin, 1977, p. 145).

Deste modo, procedeu-se à Análise Temática ou Categorical que consiste numa técnica que visa atingir os sentidos expressos e latentes das comunicações através da

segmentação do texto sobre as diversas categorias (temas) existentes agrupadas, descobrindo “os núcleos de sentido que compõem uma comunicação” (Vilelas, 2022, p. 438), e “a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis” (*idem ibidem*). Ou seja, dividiu-se o texto em temas principais aperfeiçoados em subtemas (Bardin, 1997, p. 96) e utilizou-se “uma *grelha de análise categorial*, privilegiando a repetição de frequência dos *temas*, com todas as entrevistas juntas” (*idem*, p. 91). Dado o elevado número de entrevistas recorreu-se a uma *grelha Excel* que permitiu a contagem automática da frequência dos temas, e um aumento substancial no rigor do estudo.

As transcrições discursivas relevantes para o estudo consideraram várias regras: todos os entrevistados denominaram-se – *E*, com o número das entrevistas – *E1*, *E2*, para os termos retirados dos discursos aparecerem ligados às respetivas entrevistas; reticências – indicam pausas nos discursos dos entrevistados –; reticências (...) – significam trechos das transcrições irrelevantes para o estudo (Vilelas, 2022, p. 437-38).

Considerou-se um número suficiente de participantes que proporcionasse a repetição dos seus esclarecimentos, logo, utilizou-se – a *saturação* – um termo de Glaser e Strauss (1967) que se refere à parte da pesquisa qualitativa em que a reincidência das respostas dos entrevistados não acrescenta informações para o objeto de estudo (Minayo, 2017, p. 4-5). Ou seja, todos os excertos relevantes foram considerados e contabilizados, mas quando havia “saturação da compreensão do objeto” (*idem*, p. 8), a repetição desses excertos não constou na apresentação dos resultados.

3ª) O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, nesta fase, os resultados em bruto trataram-se de modo “a serem significativos (“falantes”) e válidos” (Bardin, 1997, p. 127), submetendo-os a procedimentos estatísticos simples, ou seja, percentagens (*idem ibidem*), por forma a evidenciarem as informações alcançadas, acerca das quais se efetuaram interpretações e inferências, considerando o quadro teórico e os objetivos assumidos na pesquisa (Vilelas, 2022, p. 438).

#### **4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Tendo em conta que o investigador não “pode envolver um ser humano como sujeito de uma pesquisa antes de obter o [seu] consentimento informado legalmente efetivo” (*idem*, p. 469), as entrevistas aplicaram-se apenas com o Consentimento Informado (CI) dos participantes. Significa o CI que o participante compreendeu *à priori*, “a informação necessária, sabe do que se trata a investigação [e] percebeu a essência do

consentimento voluntário a que se presta” (Nunes, 2018). Neste caso, obteve-se o CI dos participantes em formato de declaração adaptada para os fins em causa, isto é, contacto telefónico.

O CI na presente pesquisa integrou várias informações que foram previamente transmitidas aos participantes, nomeadamente: a identificação do investigador e da “entidade de acolhimento da investigação” (Vilelas, 2022, p. 470); o objetivo geral do estudo; a duração prevista; o incentivo à participação (*idem*, p. 472); “A garantia de anonimato do entrevistado e confidencialidade dos dados obtidos” (Haro *et al.*, 2016, p. 96); “A autorização para a gravação áudio e/ou vídeo por parte do entrevistado” (*idem ibidem*), e que os entrevistados podiam “desistir da sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal” (Vilelas, 2022, p. 470), ou alguma objeção do investigador. O CI em questão, pode ser consultado no **Apêndice A**.

Dado que durante a entrevista “o investigador deve assegurar a neutralidade dos juízos e valorizar o respeito, a educação e o relacionamento, enquanto fatores éticos que estão associados às relações sociais” (Magalhães e Paul, 2021, p. 73), as entrevistas efetuaram-se respeitando as diferenças de valores e experiências de todos os participantes e com a neutralidade do investigador (abstendo-se de aplicar os seus valores e perspetivas face às ideias dos participantes no estudo). Ou seja, a condução das entrevistas contemplou o respeito por todas as opiniões/considerações dos participantes. Isto também, porque cada entrevista é uma experiência única (*id.*, p. 71).

Uma vez que o investigador deve proteger o participante “contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazer mal ou de o prejudicar” (Vilelas, 2022, p. 468), as perguntas formuladas não envolveram riscos emocionais/psicológicos para os entrevistados.

As entrevistas realizaram-se no horário de expediente do GC do CS de Tavira.

Foi efetuada a transcrição das entrevistas seguindo as regras de transcrição, de acordo com a Orientadora do estudo, e com base na literatura. Caso algum entrevistado referisse a identificação de algum profissional, a mesma não foi mencionada na transcrição das entrevistas.

Geriou-se a informação recolhida através da transcrição das entrevistas, acautelando o anonimato das fontes de informação. Já que os dados recolhidos no estudo “devem ser armazenados e mantidos de forma segura e acessível” (*idem*, p. 476), para impedir o acesso indevido de terceiros às gravações áudio das entrevistas, foram tomadas as medidas de segurança indicadas pelo Técnico de Informática do CS de Tavira.

Procedeu-se à destruição das gravações áudio quando o estudo terminou.

## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O ponto em título inicia-se com uma descrição geográfica, organizacional e funcional da instituição que acolheu o estudo, combinada com os resultados das características sociodemográficas do painel de participantes do ACeS Sotavento na pesquisa. Posteriormente, apresentam-se os resultados obtidos das dimensões que se pretenderam estudar, estabelecendo um diálogo entre os mesmos e o quadro teórico.

### 5.1. O ACES SOTAVENTO

Integra o CS de Tavira (sede deste ACeS), Vila Real de Sto. António, Castro Marim e Alcoutim, cuja área de intervenção abrange os concelhos das referidas localidades, o que corresponde a um território de 1 544,4 Km<sup>2</sup> (Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde do ACeS Sotavento, 2020, p. 10).

O Plano Local de Saúde do ACES Sotavento 2017/2020 da USP Sotavento (p. 17-18) indica que o concelho de Alcoutim tem 576,57 Km<sup>2</sup> de área e 2 917 habitantes, uma densidade populacional de 5 habitantes por Km<sup>2</sup>, e cinco freguesias: Alcoutim, Pereiro, Giões, Martinlongo e Vaqueiros. É um concelho interior com uma população idosa rural. Castro Marim, com 300 Km<sup>2</sup>, abrange as freguesias de Azinhal, Odeleite, Castro Marim e Altura, tem 6 747 habitantes e a densidade populacional é de 22 habitantes por Km<sup>2</sup>. Vila Real de Sto. António, com 57, 53 Km<sup>2</sup> e 19 156 habitantes, tem a maior densidade populacional, 313 habitantes por Km<sup>2</sup>, três freguesias: Vila Nova de Cacela, Monte Gordo e Vila Real de Sto. António. Tavira, tem uma área de 611 Km<sup>2</sup> e 26 167 habitantes dispersos pelas freguesias de Sta. Maria e Santiago, Sto. Estêvão/Luz de Tavira, Sta. Catarina da Fonte do Bispo, Conceição de Tavira/Cabanas, Cachopo, Sta. Luzia, e a densidade populacional é de 43 habitantes por Km<sup>2</sup>. A pirâmide etária do ACeS Sotavento entre 1991 e 2016, tem sofrido uma redução da base e um alargamento do topo, mostrando o contínuo envelhecimento da população.

Figura 1 - Concelhos da Região



O ACeS Sotavento é tutelado pela ARSA, I.P. cuja missão é nos termos do n.º 1, do Art.º 3, do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30/01: “garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.” Por sua vez, o ACeS Sotavento sob a jurisdição da sua Direção Executiva, tem como missão: “assegurar Cuidados de Saúde Integrados

e sustentáveis de forma a garantir à população residente no Sotavento Algarvio uma vida mais saudável, mais longa e com maior qualidade” (Art.º 4 do Regulamento Interno do ACeS Sotavento), cujos objetivos são:

contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população; promover a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença, e a reabilitação através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos vulneráveis especialmente vulneráveis e à comunidade; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. (Art.º 2 do Regulamento Interno do ACeS Sotavento)

**Figura 2 - Organograma do ACeS Sotavento**



Fonte: Plano Local de Saúde do ACES Sotavento 2017/2020 da USP Sotavento (p. 45)

A estrutura orgânica da instituição permite verificar que é constituída por várias unidades funcionais, nomeadamente, a **UCSP Aleo e UCSP Mar**, possibilitam cuidados personalizados assegurando o acesso, continuidade e globalidade dos mesmos, são constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos que não estejam afetos às USF (Art.º 10.º do Decreto-Lei n.º 22/2008, de 22/02). A **USF Baesuris, USF Balsa, USF Esteva, USF Gilão e USF Levante**, proporcionam cuidados de saúde à população de uma área geográfica definida, garantindo “a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 289/2007, de 22/08). Assentam também na equipa multiprofissional anterior, cujo plano de ação contém um compromisso assistencial, objetivos, indicadores e os fins a alcançar relativamente à acessibilidade, desempenho assistencial, bem como à qualidade e eficiência (n.º 1 do Art.º 3.º, n.º 1 do Art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22/08).

## 5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO PAINEL DE PARTICIPANTES

A recolha de dados decorreu no final de 2023, e permitiu verificar que dos/as 64 entrevistados/as, 47 eram mulheres (73%) e 17 homens (27%). Este resultado converge quer com a pesquisa intitulada a “Monotorização da Satisfação dos Utilizadores das USF e de uma Amostra de UCSP: a voz dos utilizadores”, na qual se verificou que 66,1% dos participantes eram mulheres (Ferreira e Raposo, 2015, p. 78), quer com o estudo “A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal”, pois concluiu também que a maioria dos respondentes eram mulheres “65,3%” (Ferreira, Raposo e Pisco, 2017, p. 751).

No tocante às faixas etárias, como se pode verificar na Tabela 2, o maior número de participantes tinha entre 36 - 45 anos (25%). No que diz respeito à escolaridade, a Tabela 3 mostra que predominou o 1.º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário, com 23,4% cada, *ex aequo*.

**Tabela 2** - Distribuição dos/as Participantes por Faixa Etária

| Faixa Etária | N.º       | %           |
|--------------|-----------|-------------|
| 18 - 25 Anos | 2         | 3%          |
| 26 - 35 Anos | 7         | 11%         |
| 36 - 45 Anos | 16        | 25%         |
| 46 - 54 Anos | 11        | 17%         |
| 55 - 64 Anos | 11        | 17%         |
| 65 - 74 Anos | 9         | 14%         |
| ≥ 75 Anos    | 8         | 13%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>64</b> | <b>100%</b> |

**Tabela 3** - Distribuição dos/as Participantes por Escolaridade

| Escolaridade       | N.º       | %            |
|--------------------|-----------|--------------|
| Sabe Ler /Escrever | 1         | 1,5%         |
| 1º Ciclo           | 15        | 23,4%        |
| 2º Ciclo           | 6         | 9,3%         |
| 3º Ciclo           | 12        | 18,7%        |
| Ensino Secundário  | 15        | 23,4%        |
| Bacharelato        | 2         | 3,1%         |
| Licenciatura       | 13        | 20,3%        |
| <b>TOTAL</b>       | <b>64</b> | <b>99,7%</b> |

Relativamente à situação face ao estudo/trabalho/reforma, verificou-se uma forte prevalência de participantes empregados/as (62,5%), como demonstra a Tabela 4.

**Tabela 4** - Distribuição dos/as Participantes Face ao Estudo/Trabalho/Reforma

| Situação                | N.º       | %           |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Trabalhador/a Estudante | 1         | 1,5%        |
| Empregados/as           | 40        | 62,5%       |
| Desempregados/as        | 5         | 7,8%        |
| Reformados/as           | 18        | 28,1%       |
| <b>TOTAL</b>            | <b>64</b> | <b>100%</b> |

### 5.3. ACESSIBILIDADE

A avaliação da satisfação dos utentes relativa à acessibilidade aos cuidados de saúde teve em conta, a acessibilidade às consultas médicas, o tempo de espera para consultas médicas, consultas/tratamentos de enfermagem e para outros profissionais de saúde (Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, etc.), a alteração da data/hora da consulta médica, a acessibilidade telefónica aos vários profissionais de saúde e o acesso telefónico ao Secretariado Clínico para pedir informações, renovar receitas ou resolver aspetos burocráticos.

Antes de se incidir especificamente no acesso aos cuidados de saúde prestados pelas várias Unidades/Pólos, considerou-se importante perceber os meios de deslocação utilizados pelos utentes participantes, bem como a facilidade ou dificuldade na utilização desses meios.

Assim, verificou-se que o carro foi o meio de deslocação utilizado pela maioria (71%), sendo fácil estacionar para a grande maioria (95%), e difícil para 5%, o que indica que a instituição, neste âmbito, proporciona um acesso muito bom. Deslocavam-se a pé, alegando a proximidade dos CS 24%. Utilizavam o transporte público 5%, cuja facilidade explicou a maioria (67%) e a dificuldade 33%.

#### 5.3.1. ACESSIBILIDADE ÀS CONSULTAS MÉDICAS

Avaliou-se a satisfação com o acesso às consultas médicas considerando a Consulta do Dia, a Consulta Programada e a Consulta Domiciliária.

Apurou-se que 7 pessoas nunca precisaram de recorrer à Consulta do Dia. De entre aquelas que necessitaram (57), a maioria (71%) opinou ser fácil aceder a esta consulta:

“(...) utilizei há pouco tempo, tanto para o meu filho como para mim, e foi fácil, sim” (E3).

“(...) é, é porque eu já precisei e rapidamente se conseguiu (...)” (E23).

“Agora, tenho a sensação que é mais fácil, sim, muito pela médica (...)” (E30).

Enquanto que encontraram dificuldade 29%:

“É difícil, então vocês sabem que os médicos estão sobrecarregados de trabalho” (E41).

“Mm, não porque há poucas vagas para a Consulta do Dia” (E45).

“(...) é difícil porque não são em número suficiente para a população (...) precisávamos de mais Consultas do Dia (...) e vamos empatar uma Urgência de Vila Real aa com situações que se calhar podiam ser resolvidas aqui neste Centro de Saúde” (E59).

Uma das respostas (E59) coaduna-se com a ótica de Delnoij, Klazinga e Velden (2003, p. 243) ao referirem que uma das funções dos CSP é precisamente evitar que os utentes

do SNS recorram aos hospitais devido a problemas de saúde que podem ser tratados nos CSP, diminuindo-se assim, os desnecessários congestionamentos nos serviços de urgência dos hospitais.

Acerca da Consulta Programada, verificou-se que 1 pessoa ainda não tinha necessitado desta consulta. Das pessoas que precisaram (63), 1 manifestou conformismo: “(...) sujeito-me à lista de espera que houver” (E45), e a maioria (77%) mencionou facilidade no acesso a esta consulta:

“(...) acho que é fácil” (E2).

“Agora tem sido” (E1).

“(...) não tenho tido problemas, não” (E35).

No entanto, revelaram dificuldade 23%:

“(...) tem que ser quinze dias ou três semanas às vezes. Não é fácil, claro” (E11).

“(...) às vezes temos que esperar mais de um mês para conseguir a consulta” (E9).

“(...) nunca na vida pode esperar por uma consulta que demora 2, 3 meses” (E36).

Quanto aos meios utilizados para a marcação desta consulta 48%, faziam-no presencial e 44% telefonicamente, através do *email* 5%, sendo residual 3%, a utilização do Portal do SNS. A maioria (87%) indicou que marcar esta consulta era fácil:

“(...) online, passado uma semana consigo consulta” (E33).

“(...) não tenho tido problemas” (E57).

Mas para um grupo (13%) foi difícil:

“Por telefone não, não se consegue” (E9).

“Raramente atendem o telefone” (E14).

Um dos entrevistados, encontrou uma justificação para esta dificuldade:

“(...) o telefone não atendem, não têm telefonista” (E53).

A respeito do acesso à Consulta Domiciliária, a maioria (95%) dos/as participantes não se manifestou relativamente à acessibilidade uma vez que não precisou. Das pessoas que necessitaram, todas referiram facilidade no acesso:

“Marcámos num dia, ela apareceu no outro” (E35).

“O Enfermeiro vinha fazer o penso aqui a casa, sempre que foi preciso” (E64).

Concluindo, a maioria (71%) expressou satisfação com o acesso à Consulta do Dia. No que respeita à Consulta Programada, a maioria (77%) relatou satisfação no seu acesso. Os meios mais utilizados para marcar a consulta foram o presencial (48%), e o telefónico

(44%), tendo a maioria (87%) mencionado facilidade na marcação da consulta. As maiores dificuldades foram sentidas na marcação telefónica. Não se pronunciou sobre o acesso à Consulta Domiciliária a maioria (95%) porque não necessitou.

### 5.3.2. TEMPO DE ESPERA

Aferiu-se a satisfação com o tempo de espera quer para as Consultas Médicas, quer para as Consultas/Tratamentos de Enfermagem, e para Outros Profissionais de Saúde.

Considerou a maioria (56%) das/os participantes estar satisfeita com o tempo de espera para as Consultas Médicas, declarando:

“(...) acho que é um tempo consideravelmente bom” (E43).

“(...) pelo que se ouve falar a nível nacional aqui em Tavira não estamos assim muito mal” (E15).

“Não tenho razão de queixa, digo-lhe de coração” (E54).

E um pequeno grupo (9%) revelou uma posição intermédia, ainda que tendendo para a satisfação com este tempo de espera:

“É médio, só que não é exagerado, não, não, é médio” (E4).

“(...) eu acho que agora é razoável” (E26).

“(...) está mais ou menos bem” (E1).

Enquanto que expressaram a sua insatisfação 35%:

“Isso é mau, é mau... infelizmente é mau” (E2).

“(...) 3 meses, também me parece um bocado exagerado” (E60).

Um dos entrevistados, justificou a demora para as consultas médicas:

“(...) é demorado porque é assim, há poucos médicos” (E36).

Sobre o tempo de espera para Consultas/Tratamentos de Enfermagem, 19 participantes ainda não tinham precisado destes cuidados. Daqueles/as que necessitaram (45), a larga maioria (98%) demonstrou satisfação com o tempo de espera em apreço:

“(...) às vezes uma pessoa chega, é logo atendida” (E21).

“(...) da enfermeira é mais rápida” (E63).

“(...) rápido sim, sim, mas é normal o tratamento de enfermagem é mais rápido” (E4).

E revelaram insatisfação 2%:

“(...) porque às vezes só está uma sozinha e somos muitas pessoas. Também espero muito tempo” (E50).

Acerca do tempo de espera para consultas com os outros profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, etc.), 56 entrevistados/as ainda não tinham necessitado destas consultas. Dos/as que precisaram (8), a maioria (62%) exprimiu satisfação com este tempo de espera:

“Ah, houve a necessidade de um raio x, também foi rápido, muito rápido, sim” (E2).

“Aa pá, fui à Higienista [Oral] uma vez, sim, foi rápido sim” (E4).

“(…) não é assim grande tempo de demora” (E15).

Ao passo que explicaram a sua insatisfação 38%:

“(…) a minha filha supostamente foi-lhe pedida uma consulta para uma psicóloga, há mais de 1 ano, ela anda numa psicóloga aqui em Tavira porque até à data nunca foi chamada” (E27).

“(…) as consultas demoram imenso tempo, desde que a médica faz o pedido (…)” (E30).

Conclui-se que, a maioria dos/as participantes referiram satisfação com o tempo de espera para as consultas com os diferentes profissionais de saúde. Sobressaiu a larga maioria (98%) que expressou satisfação com o tempo de espera para as consultas/tratamentos de enfermagem. Também uma maioria (62%) manifestou satisfação com o tempo de espera para consultas com os outros profissionais de saúde. A outra maioria (56%) revelou satisfação com o tempo de espera para as consultas médicas, e um grupo (9%) apresentou uma posição intermédia com tendência para a satisfação com o tempo de espera para estas consultas.

### **5.3.3. ALTERAÇÃO DA DATA/HORA DA CONSULTA MÉDICA**

Por iniciativa dos serviços, a maioria (58%) dos/as participantes experienciou a mudança do dia/hora desta consulta aludindo à forma como a alteração foi tratada:

“Já, já. Foi tratado pela via SMS. Foi logo reagendada para o outro dia” (E16).

“(…) sim. Mas isso telefonam. (...) por exemplo de uma semana para a outra” (E29).

“Já (...) Foi tratado por *email*. Não, não demorou muito tempo” (E3).

Em conclusão, a alteração do dia/hora da consulta médica por iniciativa dos serviços foi vivenciada por a maioria (58%), que reportou também a forma como a mudança foi tratada e a sua satisfação.

### **5.3.4. ACESSIBILIDADE TELEFÓNICA AOS VÁRIOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A avaliação da satisfação com este acesso considerou a facilidade ou a dificuldade em telefonar ao/à Médico/a, tal como ao/à Enfermeiro/a, e também a outros profissionais de saúde (Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, etc.)

De frisar que não havendo um protocolo do acesso telefónico aos/às médicos/as fica por conseguinte, ao critério quer do secretariado clínico, quer dos próprios médicos as condições desse acesso.

Assim, verificou-se que 39 participantes não precisaram de contactar telefonicamente o/a médico/a, e 2 não sabiam que era possível esta alternativa. Daqueles/as que necessitaram (23), a maioria (70%) declarou ser fácil telefonar ao/à médico/a:

“É fácilimo” (E2).

“É, para mim é” (E31).

“Sim, se o assunto for mesmo necessário com o médico, sim” (E48).

Mas 30%, mencionaram a dificuldade no contacto com este/a profissional:

“(...) a receção nunca me passa o telefone para ela” (E7).

“(...) a administrativa filtra o assunto, fala ela, e depois liga-me a dar o recado (...)” (E30).

“(...) ninguém passa a chamada, as meninas da receção não deixam a gente se aproximar dele [risos]. Ele é uma pessoa mais acessível se a gente o conseguir apanhar no corredor e falar com ele, ou dentro da consulta, ele está sempre disponível. Agora as meninas da receção dificultam esse trabalho, nunca é possível falar com ele” (E37).

“(...) nem atendem o telefone, nós temos que ir lá” (E50).

“(...) a gente fala com elas, elas depois é que ligam ao médico” (E63).

Acerca da facilidade ou dificuldade em telefonar ao/à enfermeiro/a, 33 participantes ainda não tinham precisado de lhe telefonar, e 1 não sabia que era possível esta hipótese. Dos/as que precisaram (30), a grande maioria (83%) afirmou ser fácil contactar telefonicamente este/a profissional:

“(...) é fácil, é” (E35).

“Já falei uma vez. Foi só o tempo de passarem a chamada, e foi fácil” (E16).

“Sim, por acaso liga-se para lá atendem rápido” (E22).

No entanto, revelaram dificuldade no acesso telefónico ao/à enfermeiro/a 17%:

“(...) telefonei, esperei, esperei, fui atendida e disseram: “Vou passar à enfermeira”, e eu até hoje ainda estou à espera” (E21).

“(...) pois ninguém atende os telefones” (E37).

“(...) é muito raro elas atenderem o telefone. Nós temos que ir pessoalmente ao Centro de Saúde para falar com a enfermeira” (E50).

No que concerne ao contacto telefónico com os outros profissionais de saúde (já referidos), apurou-se que 57 participantes ainda não tinham precisado de lhes telefonar. Daqueles/as que necessitaram (7), 60% mencionaram facilidade no acesso telefónico à assistente social, à psicóloga e à terapeuta da fala, com 20% cada, *ex aequo*:

“(...) a Assistente Social (...) Sim, sim” (E11).

“Com Psicóloga. Foi (...)” (E30).

“Com a Terapeuta da Fala (...) sim” (E46).

Mas 40%, referiram-se à dificuldade em telefonar aos profissionais em questão:

“(...) porque toca, toca e às vezes leva muito tempo alguém a atender até que a chamada acaba por cair” (E23).

“O acesso é super difícil, sim” (E3).

Os resultados obtidos permitem concluir que a maioria mostrou satisfação relativamente à acessibilidade telefónica aos vários profissionais de saúde. Destacando-se a larga maioria (83%) que declarou ser fácil o contacto telefónico com o/a enfermeiro/a. A seguir, a maioria (70%) que mencionou ser fácil telefonar ao/à médico/a, verificando-se ainda que a insatisfação resulta da inexistência de um protocolo que explicita as condições de acesso telefónico ao/à médico/a. E a outra maioria (60%) expressou facilidade no acesso telefónico aos outros profissionais de saúde.

### **5.3.5. ACESSO TELEFÓNICO AO SECRETARIADO CLÍNICO**

Tal como foi referido no início da acessibilidade, avaliou-se a satisfação dos utentes com o acesso telefónico ao Secretariado Clínico para pedirem informações, renovarem receitas ou resolverem aspetos burocráticos, apurando-se que 2 pessoas nunca tinham precisado de telefonar para o CS, 1 nunca tinha tratado nada por telefone, e a outra só utilizava o telefone para falar com a família. De entre aqueles/as que necessitaram (60), a maioria (60%) avaliou positivamente este serviço, considerando:

“(...) muito, muito prestáveis. Considero muito prestável” (E2).

Qualificando assim o participante anterior (E2), a solicitude destes/as profissionais.

“Positivo. Não é o melhor serviço do mundo, mas é muito aceitável” (E10).

“(...) atendem-me sempre o telefone, esclarecem-me sempre o que eu pretendo” (E39).

“(...) telefone para as administrativas, são 2 administrativas, ou uma ou outra atende-me, eu peço a receita e passado pouco tempo recebo a mensagem com a receita” (E57).

Um pequeno grupo (3%) manifestou uma posição intermédia, ainda que tendendo para a satisfação com o serviço em questão:

“(...) é médio, né, porque as pessoas normalmente quando ligam para o CS têm sempre urgência em falar com alguém. Aa, mas pronto também entendo que seja muita gente a ligar, vejo as duas partes [riso]” (E16).

“É mais ou menos fácil. Há dias em que atendem mais facilmente, há dias em que levam mais tempo a atender” (E45).

Mas outro grupo (37%) avaliou negativamente este acesso:

“É 0 [frisou na voz]. Cada vez que preciso alguma coisa dessas tenho que me dirigir lá para ser diretamente, ao telefone é 0” (E37).

“Eu o atendimento telefónico avalio 0. Tem dias, há dias que atendem, há dias que levamos quase de manhã à tarde ao telemóvel e elas não atendem o telefone” (E50).

“[riso irónico] não é muito bom. Dá-me a sensação que toca, toca, toca e ao fim de algum tempo parece que levantam o auscultador e fica, sem... E não atendem, é a sensação que dá, não sei se estou certa ou errada, mas que deixa de tocar, mas depois ninguém fala. Não sei se aquilo é programado assim ou não” (E14).

“(...) eu já nem ligo por aí pelo telefone, vou lá mesmo pessoalmente, é mais fácil do que estar a ligar para lá” (E31).

Estes resultados permitem concluir que a maioria (60%) dos/as participantes estava satisfeita com o acesso telefónico ao Secretariado Clínico para os efeitos pretendidos, embora a insatisfação também se fizesse presente de forma significativa (37%).

#### 5.4. QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Considerou-se pertinente perceber se os espaços onde as/os utentes são acolhidas/os, aguardam e recebem os cuidados de saúde têm impacto na sua satisfação.

A opção metodológica utilizada, com o recurso a duas perguntas acentuadamente abertas (o que mais satisfaz, e o que menos satisfaz nas instalações), resultaram numa heterogeneidade de respostas que se traduziram, quer numa apreciação de âmbito geral, quer de âmbito particular. De entre os/as que fizeram uma apreciação geral, 1 pessoa não se posicionou de forma clara sobre o que mais a satisfazia nas instalações da sua unidade, todos/as os/as outros/as apreciaram positivamente as mesmas, classificando-as um grupo (22%) como bastante boas:

“As instalações agora, pois estão, dentro do que foi estão bastante boas [risos]. Antigamente não havia nada, agora temos um CS (...)” (E62).

“(...) é bastante acolhedor, pronto, dentro dos possíveis, que foi possível fazer aqui. Acho que está bom” (E29).

“Eu acho que são umas instalações ótimas [risos], para o que temos, acho que temos umas instalações ótimas. Com todas as condições” (E59).

O maior grupo (44%) classificou-as como boas:

“São boas, são boas” (E4).

“Agora tem umas boas instalações (...)” (E3).

“(...) acho que as instalações são boas não tenho razão de queixa” (E16).

Considerou-as razoáveis 12%:

“As instalações são razoáveis” (E21).

“As instalações não são más. Mas prontos, é razoável” (E22).

Apreciaram *latu sensu* 22%, mas não as classificaram:

“Em geral, gosto de tudo” (E61).

“(…) gosto de tudo foram feitas obras, melhoramentos” (E35).

“Para mim tem tudo o que preciso” (E31).

Dos/as que fizeram uma apreciação particular, salientou-se de forma positiva: a limpeza das instalações; a sala de espera; o gabinete médico; o gabinete de enfermagem; os sanitários; o ar condicionado; a dimensão das instalações; o conforto; a construção recente; a organização das mesmas; o silêncio; o estacionamento; a sinalética; e a conservação do edifício.

A limpeza das instalações mereceu especial destaque, segundo 26%:

“(…) limpeza, sempre, sempre, é verdade” (E39).

“Aí cinco estrelas” (E16).

“(…) eu quando vou lá, tanto o gabinete médico como de enfermagem, casas de banho, está sempre tudo limpinho” (E50).

Converge este resultado com o estudo de Pedro L. Ferreira, Vítor Raposo e Paula Godinho (2005), intitulado “A Voz dos Utilizadores dos CS”, a nível nacional, no qual se concluiu que “35,3%” considerou a limpeza da instituição “Boa” (Ferreira, Raposo e Godinho, 2005, p.16).

A seguir, relataram satisfação com a sala de espera 18%:

“A sala de espera que é bastante ampla” (E52).

“A sala de espera não é má, tem vários lugares. Pronto, se calhar dentro do edifício é o que eu mais gosto” (E26).

“(…) aa recentemente foi alterada, no ano pós-Covid que puseram aquela disposição e está bem, tem lá o ecrã. Está, está bom” (E21).

Com o gabinete médico 13%:

“(…) o gabinete médico é arejado, tem luz, é limpo. Aa, sim” (E30).

“O gabinete médico da minha médica também. Nada de cheiros, nada de coisas especiais” (E52).

“Aaa normal é como os consultórios todos, não posso exigir mais do que aquilo que está, e realmente está agradável” (E40).

Com o gabinete de enfermagem 12%:

“(…) a sala do Enfermeiro (…)” (E9).

“Também em termos de... limpeza e etc, e conforto. Sim, sim” (E43).

“Sim... gosto, tem ali pronto... sim, é pequeno, mas é acolhedor. Pronto, a bem dizer, e tem ali as coisinhas tudo à mão” (E42).

Especificaram a satisfação com os sanitários 7%:

“(...) olhe as casas de banho também melhoraram, estão mais modernas” (E4).

“(...) as casas de banho estão sempre limpas [risos], o que é muito raro a gente encontrar” (E8).

“(...) a casa de banho está boa ali ao lado” (E18).

Com o ar condicionado, também 7%:

“(...) ares condicionados também já têm” (E35).

“Tem ar condicionado para o fresco e para o quente” (E47).

A dimensão das instalações foi o que mais satisfez 4%:

“Eu acho que são umas instalações, portanto, espaçosas, condignas” (E54).

“As salas são pequenas, mas como isto há pouco pessoal, dão bem o suficiente” (E63).

“(...) o espaço em si, é um espaço pequeno, mas é acolhedor” (E52).

O conforto geral das instalações também foi evidenciado por 4%:

“Sim, sim, sim [confortáveis]” (E39).

“São, são” (E40).

A construção recente das mesmas, muito satisfez 2%:

“São umas instalações relativamente novas. (...) Aquilo são instalações novas, que pronto, já satisfazem certos parâmetros que um CS antigo, se calhar não tem” (E57).

“(...) é um edifício mais ou menos recente” (E60).

Aludiram à sua organização 2%:

“(...) é tudo muito bem organizado” (E39).

“(...) está arrumado. Está organizado” (E46).

Também particularizaram a satisfação com o silêncio 2%:

“Às vezes é o silêncio [riso]” (E29).

“(...) já morei num sítio, onde aquilo havia muita, muita gente, que era uma barulheira. Aqui é um silêncio profundo, não, não há barulhos nem grandes confusões” (E28).

E agradou o estacionamento, a sinalética, e a conservação do edifício, com 1% cada, *ex aequo*:

“(...) o estacionamento” (E4).

“(...) as placas melhoraram estão mais modernas” (E4).

“(...) a manutenção do edifício, aquilo está bem conservado, preservado” (E30).

Acerca do que menos satisfazia de um modo geral nas instalações, há apenas a assinalar que a uma participante nada lhe agradava nas instalações, e outra criticou a limpeza geral das mesmas. Todos/as os/as outros/as participantes não encontraram nada nas instalações que desagradasse:

“Não vi nada de concreto, que dissesse assim não gostei” (E6).

“Não tenho nada a dizer nesse aspeto, também, nadinha, nadinha” (E54).

“(…) não ponho nada em cheque que esteja mal (…)” (E28).

No que se refere ao que particularmente menos satisfazia nas instalações, 1 participante considerou que o bar do CS de Tavira é muito fechado para os utentes, e mais voltado para os funcionários, o outro opinou que o exterior do CS de Alcoutim podia ter mais sombras em função do clima que ali se gera. Os restantes participantes assinalaram: vários equipamentos; a sala de espera; o circuito de atendimento; a falta de privacidade; o barulho; a antiguidade do edifício; a sinalética; os sanitários e o gabinete médico.

Vários equipamentos foram criticados por 26%:

“O sistema informático delas coitadas, é caótico [risos] está sempre em baixo. É, é, sinceramente é, está sempre com o problema do sistema de senhas, está sempre todo trocado, sinceramente acho que depois atrasa ali bastante a vida” (E2).

“(…) a marquesa lá da sala da Dra. aquela para as citologias podia ser um bocadinho mais baixa, que aquilo já está tudo velho” (E8).

“(…) aquele telefone chega a não estar a trabalhar, aqueles computadores chegam a não estar a trabalhar, inclusive, posso-lhe dizer que o médico hoje atrasou as consultas porque o raio do computador não trabalhava. Portanto, todo o sistema informático, telefónico... Eles vêem-se, azuis, os computadores volta e meia não trabalham, os telefones não trabalham, e eles vêem-se lá completamente perdidos. (...) aquelas cadeiras todas amarradas umas às outras, aquilo é horrível. A pessoa está sentada numa ponta, se a outra pessoa se levantar, aquilo abana tudo por todo o lado (…)” (E27).

“(…) as cadeiras não são muito confortáveis. A porta de acesso ao Centro de Saúde é difícil de abrir, tem uma mola” (E48).

A sala de espera não satisfaz 22%:

“A sala de espera não tem lugar para as pessoas estarem sentadas” (E9).

“(…) é a parte da sala de espera em baixo, cá em baixo, aí é que pronto tem pouco espaço para utentes, por exemplo se estivermos, imaginemos que estamos 6 utentes, acaba já por não haver uma cadeira, e isso faz a sala bastante pequena” (E16).

“É uma sala muito pequenina para tanta população de Monte Gordo. É, as pessoas chegam têm que estar em pé encostadas à parede” (E50).

O circuito de atendimento também recebeu observações insatisfatórias de 22%:

“(…) não gosto muito dessas mudanças de andar, porque aquilo havia só um sítio onde estava o administrativo, onde antes era a UC, era cá em cima no primeiro andar, e, e a gente ia ali estava o administrativo, estava o enfermeiro, estava tudo ali, fazia-se tudo no mesmo piso. E agora temos que dar muitas voltas, eu não sei quem foi a pessoa que realmente pôs a darmos essas voltas todas e tirar uma senha num lado e depois ir outra vez para ali, e depois vir outra vez para cá, e depois ir para o primeiro andar. Acho que

isso não, não para mim acho que não. Não, não, acho que isso não é muito prático para as pessoas” (E17).

“(…) agora isto da senha é que a gente tem que ir a um lado e ir para o outro (…) é mais chato (…)” (E19).

“(…) temos que ir sempre, lá, tirar senha e depois é que voltamos à sala. Isso é um bocadinho confuso, aa eu acho que isso torna-se um bocadinho confuso. Como estava anteriormente, era mais fácil. Tirávamos uma senha e subíamos ao primeiro andar e éramos atendidos, agora não” (E24).

A falta de privacidade foi revelada por 9%:

“(…) acho que há pouca privacidade. Acho que, uma pessoa vai lá expor o problema de saúde, e toda a gente ouve. Não há, assim um espaço mais resguardado” (E5).

“(…) a falta de privacidade para alguns exames mais invasivos, nomeadamente as citologias” (E45).

Esta preocupação vai ao encontro da perspetiva de diferentes autores, ao assinalarem a privacidade como um dos Direitos Humanos - DH (Hostmaelingen, 2016, p. 21), sendo a base dos DH também, a busca crescente da Humanidade de uma vida onde a dignidade e o valor das pessoas valham respeito e proteção (ONU, 1999, p. 22). Por isso, sustenta-se que “Os cuidados de saúde deverão, ainda, ser prestados de forma humana e com respeito pelo utente” (ERS, 2022).

Insatisfação só com o barulho refletiram 5%:

“(…) a única coisa que achei negativa, é as pessoas falarem muito alto [risos]” (E55).

E a antiguidade do edifício, a sinalética, os sanitários e o gabinete médico, com 4% cada, *ex aequo*:

“(…) só já ser um edifício mais, mais velho” (E38).

“A falta de sinalização da casa de banho” (E26).

“(…) as casas de banho dos utentes, aa que talvez pudessem ser um pouquinho mais espaçosas. E eu digo-lhe isto porquê, porque o meu pai como ele ficou incapacitado, eu tenho que entrar com ele lá para dentro para ele fazer o xi xi, e aquilo fica assim um bocadinho apertado” (E23).

“(…) o gabinete médico é pequeníssimo (…)” (E9).

Em suma, no plano geral, a totalidade das/os participantes apreciou positivamente as instalações, classificando-as como boas 44%, bastante boas 22%, razoáveis 12%, e agradaram a um grupo (22%) que não as classificou. No âmbito particular, destacaram a limpeza como fator de satisfação 26%, expressaram satisfação com a sala de espera 18%, com o gabinete médico 13%, e o de enfermagem 12%. Em relação ao que menos satisfazia, de um modo geral, à exceção de 2 pessoas, todas as outras não encontraram nenhum aspeto insatisfatório nas instalações, o que reforçou a satisfação com as mesmas. Acerca do que menos satisfazia, particularmente, mostraram insatisfação com

vários equipamentos 26%, com a sala de espera 22%, o circuito de atendimento foi criticado por outros 22%, e apontaram a falta de privacidade 9%.

## 5.5. ATENDIMENTO DO SECRETARIADO CLÍNICO

A opção metodológica utilizada, com o recurso a duas perguntas acentuadamente abertas (o que mais satisfaz, e o que menos satisfaz no atendimento administrativo), resultaram numa diversidade de respostas que se traduziram, quer numa apreciação de âmbito geral, quer de âmbito relacional ou utilitário. À exceção de 1 pessoa que ainda não tinha uma impressão formada sobre este atendimento, todos/as os/as outros/as participantes apreciaram de uma forma geral e positiva o atendimento administrativo, distinguindo um grupo (10%) este serviço como excelente:

“(...) o atendimento ao balcão, foi excelente” (E4).

“(...) atualmente, nas últimas experiências que tenho tido, tem umas funcionárias que são excelentes, mesmo para com as outras pessoas, são muito, muito a tentar ajudar” (E3).

“(...) acho que tem uma ou duas funcionárias que são cinco estrelas” (E2).

Outro grupo (6%) classificou-o como muito bom:

“Muito bom (...) Desde o Seguro até às senhoras... que estão, até a quem atende nos balcões, muito bom” (E4).

“Muito bom” (E45).

Sendo maioritária (61%) a classificação de bom:

“Que elas me atendam bem, e como têm-me atendido bem, acho... bom” (E19).

“(...) estavam lá duas raparigas de Tavira, todas tinham bonito jeito, não sei o nome delas, mas a senhora atendeu-me bem” (E11).

“(...) atendem bem (...) Atendem, como devem atender” (E58).

Houve outro grupo (23%) ao qual agradou este atendimento, mas não o qualificou:

“(...) por acaso tudo me satisfaz” (E35).

“(...) gosto de tudo (...)” (E47).

Dos/as participantes que valorizaram o âmbito relacional, sobressaiu: a atenção; a disponibilidade; a simpatia; a boa disposição e o humanismo.

A atenção dos/as assistentes técnicos/as foi o que mais satisfaz 38%:

“(...) a boa atenção delas consegue... consegue fazer trabalhar” (E2).

“São, são muito atenciosas” (E64).

“são atenciosos, não sei se é porque eu os conheço há muito tempo, não sei...” (E31).

A disponibilidade recolheu-se com ligeira diminuição da percentagem anterior (36%):

“(...) A disponibilidade, exatamente, a procura pelas respostas, eu estar ao telefone estar à espera e ela deslocar-se à enfermeira para fazer a pergunta, isso para mim é fantástico, ajuda bastante” (E2).

“São... aa muito prestáveis (...) Sempre, sempre” (E39).

“(...) a disponibilidade das pessoas que muitas das vezes precisamos de coisas ali tratadas que não são assim tão fáceis de adquirir, não é, porque precisamos que sejam transmitidos recados ao médico, ou isso, e até (...) costuma ser bastante acessível” (E27).

A simpatia muito satisfaz na opinião de 22%:

“(...) a simpatia delas [risos]” (E42).

“As pessoas são simpáticas, acho que sim” (E11).

“(...) a simpatia, da que está neste momento. Sim, sim, é uma pessoa simpática e que nos tenta ajudar” (E59).

A boa disposição destes/as profissionais foi observada por 3%:

“Ah, estão sempre bem dispostos [riso]” (E35).

“(...) sempre bem dispostas” (E25).

E notou que o humanismo facilitava o atendimento administrativo, 1%:

“(...) a parte delas serem humanas, essencialmente, facilita bastante as coisas, vou-lhe ser sincera porque em muitos outros lados a falta de humanidade das pessoas...Aa, complica os serviços, sabe. A gente às vezes tem que ser um bocadinho...mais, humanos, né, para resolver certas questões. A gente é mais esse pormenor do que propriamente, a...a eficácia, não é. E acho que isso é fundamental. (...) elas facilitam bastante e acho que isso move, faz mover muita, muita, a coordenação” (E2).

Dos/as participantes que valorizaram os aspetos utilitários, realçou-se: a utilidade das informações; a rapidez e o profissionalismo.

A utilidade das informações prestadas pelo secretariado clínico foi verbalizada por 73%:

“(...) Sim, as informações são úteis” (E30).

“Sim, pois respondem-me àquilo que eu pergunto, são” (E46).

“(...) sim. Por exemplo se o médico não puder, dizem, olhe venha amanhã, venha à tarde... Como hei-de dizer, não é tipo assim, que já era no passado: “Olhe não, e a pessoa fica, não, mas, e se... Elas dão logo uma opção, uma alternativa e ajudam a fazer a revisão que eu acho importantíssimo” (E23).

A rapidez deste atendimento foi o aspeto preferido de 18%:

“(...) é que eles são muito rápidos. Eu preciso de coisas e, pronto, visto que não vou, preciso de algum atestado para a minha filha porque a consulta foi nas urgências (...) Ainda não tive, pronto, algum pedido em termos de medicação, em termos de receituário porque, pronto, porque as consultas são demoradas, e isto são medicamentos que eu e a minha filha por exemplo tomamos todos dias. E às vezes precisamos de medicação e

é rápido e eficaz, e o nosso pedido é... Nunca houve, nunca saí de lá sem estar satisfeita” (E36).

“São muito céleres quando se tem que tratar de alguma coisa” (E51).

“Normalmente como somos poucas pessoas, pois o atendimento tende a ser célere, não é, não estamos ali muito tempo à espera” (E60).

E o profissionalismo para um grupo menor 9%:

“(...) o profissionalismo, as senhoras identificam logo, sabem a história, pronto... Quer dizer, não temos que estar ali a dar tudo, as senhoras já sabem” (E23).

“(...) super profissionais” (E4).

No que diz respeito ao que menos satisfazia, de um modo geral, a maioria (68%) não referiu qualquer aspeto insatisfatório:

“(...) do atendimento administrativo, nada a dizer” (E30).

“(...) não tenho muita razão de, de assinalar qualquer falta na parte administrativa, não tenho...” (E24).

“Não tenho razão de queixa, se tivesse também o dizia” (E54).

Os restantes 32%, demonstraram genericamente insatisfação com o atendimento administrativo, identificando-se os seguintes motivos: a falta de simpatia e de disponibilidade; a demora do atendimento telefónico; a falta de formação profissional; as informações prestadas; a falta de profissionalismo; a falta de privacidade; uma regra da unidade; os equipamentos e a Lei do atendimento prioritário.

A falta de simpatia e de disponibilidade, nas palavras de 14%:

“Aa podia ser mais simpática (...)” (E26).

“(...) A menina que está lá parece que lhe devem e não lhe pagam (...)” (E37).

“(...) Elas não, não parece ter grande vontade, não é grande vontade, têm má cara para as pessoas. Essa é logo a primeira chegam lá parece que estão logo... estão aborrecidas porque as pessoas vão lá” (E53).

“(...) outras que na mesma situação (...) não, não fazem absolutamente nada, não sei, parece que... percebe (...) e outras parece que não se esforçam minimamente” (E9).

A demora do atendimento telefónico foi acrescentada por 3%:

“Aa [voz sorridente] o tempo que demoram a atender o telefone, presencial não há problema, telefónico às vezes é um problema” (E45).

“(...) é mesmo só a parte do atendimento telefónico que é quase impossível” (E56).

A falta de formação profissional, na opinião de 3%:

“(...) as pessoas que estão lá, não, não (...) eu acho que também não têm estudos para ter ali o atendimento às pessoas” (E53).

“(...) a maneira de atender que se devia de ter, porque a pessoa quando vai ali já vai fragilizada, e se vê ou ouve alguma coisa menos, fica um bocado ainda pior” (E17).

As informações prestadas pelo secretariado clínico desagradaram também a 3%:

“(...) não dão informações completas, falam tudo pela metade” (E9).

“(...) podia ser mais clara nas informações que presta” (E26).

A falta de profissionalismo foi referida, de acordo com 2%:

“(...) a rececionista que costuma estar lá [riso irónico], não é muito fácil de aceder [risos] é uma pessoa muito fechada, é complicado falar com ela. (...) acho que conforme o humor dela, conforme o tratamento das pessoas, o que não é bom. (...) a senhora... não me trata mal, mas também tem dias que também não, não se disponibiliza a, a resolver as coisas. Ela, aa, se acha que uma coisa é assim, é assim e não dá para contornar de maneira nenhuma, ou em vez de bater à porta... qualquer coisa que uma pessoa para perguntar à médica a opinião, ou qualquer coisa ela não faz isso, ela pronto, é da maneira que ela quer e quando quer. E às vezes também noto que ela, como é ali da zona, aa dá um tratamento especial a certas pessoas e a outras não” (E7).

A falta de privacidade neste serviço foi repetida por 2%:

“(...) acho que há pouca privacidade. Acho que, uma pessoa vai lá expor o problema de saúde, e toda a gente ouve (...)” (E5).

Também a insatisfação com uma regra da Unidade, segundo 2%:

“(...) fiquei logo mal impressionada, que eu estava ali, estava em consulta com o meu marido, pois para me medirem a tensão não precisava de ir tirar uma senha. Isto no meu ver, agora cada um dá a sua opinião, né, na minha opinião achava que não” (E6).

Alguns equipamentos do secretariado clínico voltaram a ser criticados por 2%:

“(...) não tem a ver com as pessoas, tem a ver com os equipamentos. Os telefones que às vezes não trabalham, e os computadores que não colaboram” (E27).

Teceu uma profunda crítica à Lei do atendimento prioritário, 1%:

“(...) olhe é eu não ter prioridade com a minha filha. Para já, eu tenho esclerose múltipla, e a minha filha é autista. E a gente chega, se houver 20 pessoas, tem que esperar as 20 pessoas. E é complicado porque uma criança destas desespera, né. E não há nenhum tipo de prioridade para, quer dizer vamos a umas finanças, vamos a um supermercado, temos prioridade. E precisamente num espaço onde é dedicado à saúde, não haver prioridade, não haver este tipo de atenção, ou mesmo para uma consulta do dia. Um autista não tem prioridade” (E36).

Para além disso, duas pessoas referiram-se ao tempo de espera para o atendimento administrativo, mas desvalorizando-o.

Dos resultados obtidos, conclui-se que no âmbito geral, a totalidade dos/as participantes apreciou positivamente o atendimento do secretariado clínico, considerando-o a maioria (61%) bom, excelente 10%, muito bom 6%, e agradou a um grupo (23%), que não o classificou. No plano relacional, valorizaram a atenção dada por estes/as profissionais 38%, a disponibilidade 36%, e a sua simpatia 22%. Nos aspetos utilitários, a maioria

(73%) declarou satisfação com a utilidade das informações dos/as Assistentes Técnicos/as, com a rapidez do atendimento 18%, e mencionaram o profissionalismo 9%. A maioria (68%) não tinha qualquer aspeto negativo a apontar, consubstanciando a satisfação com este serviço. No entanto, mostraram insatisfação com a falta de simpatia e de disponibilidade 14%.

## 5.6. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A opção metodológica utilizada, com o recurso a duas perguntas acentuadamente abertas (o que mais satisfaz, e o que menos satisfaz nos cuidados de enfermagem), resultaram numa diversidade de respostas que se traduziram, quer numa apreciação de âmbito geral, quer de âmbito relacional ou utilitário. A totalidade dos/as participantes manifestou-se positivamente acerca dos cuidados de enfermagem. Daqueles/as que fizeram uma apreciação geral, um grupo (23%) classificou-os como excelentes:

“Enfermagem tem sido cinco estrelas, sempre que eu precisei fui bem atendido. (...) Correto, sim. Sempre bom, cinco estrelas” (E53).

“(...) a enfermeira que é cinco estrelas. A enfermeira do médico de família” (E33).

“(...) tenho conhecido muitas enfermeiras, aliás todas. E mesmo o meu marido é da mesma opinião, têm sido todas impecáveis, um atendimento impecável” (E21).

Consideraram 3% muito bons:

“(...) têm tratado muito bem” (E21).

E um grupo significativo (41%) qualificou-os como bons:

“São, são bons” (E41).

“Tem sido bom, sim” (E62).

“Tenho sido sempre bem atendida por qualquer uma das enfermeiras” (E37).

Estes resultados convergem com o “Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos CS do Serviço Regional de Saúde dos Açores” (2009), no qual os cuidados de enfermagem foram avaliados como “bons (46.2%)” (Secretaria Geral da Região Autónoma dos Açores, 2009, p. 74).

Deixaram bem patente a sua satisfação com tais cuidados 33%, mas sem os classificarem:

“O que eu mais gosto, é o atendimento da enfermeira (...) gosto de tudo (...)” (E35).

“(...) já tenho ido lá com o meu neto a pesá-lo, gosto, não desgosto” (E11).

“(...) gosta de tudo o que elas fazem” (E25).

De entre aqueles/as que valorizaram o âmbito relacional, evidenciou-se: a atenção; a simpatia; a disponibilidade; o cuidado; a dedicação e o profissionalismo; a relação de proximidade.

A atenção prestada pelos/as enfermeiros/as, afirmaram 38%:

“(...) a enfermeira é muito atenciosa (...) ela até com os meus netinhos é muito atenciosa, muito... Também já a conheço há vários anos (...)” (E20).

“São sim, sim enfermeira ou enfermeiro são muito atenciosos” (E63).

“A atenção que elas têm para com os doentes” (E51).

A simpatia destes/as profissionais foi expressa por 22%:

“(...) a enfermeira... Só passei por duas, são simpáticas” (E34).

“A simpatia das enfermeiras” (E48).

“A enfermeira que me atendeu foi muito simpática” (E55).

Sublinharam a sua disponibilidade 17%:

“A disponibilidade, o sacrifício (...)” (E4).

“(...) qualquer dos 3 enfermeiros estão disponíveis para ajudar. Sim, sim” (E56).

“Os enfermeiros são prestáveis, são. Estão sempre, tentam sempre ajudar” (E3).

E o seu cuidado 10%:

“(...) os cuidados que têm para connosco, os doentes” (E42).

“(...) é o cuidado (...) o carinho que têm a tratar o utente. (...) não somos atendidos assim às 3 pancadas, digamos assim” (E39).

“(...) acho que se importam” (E5).

Mencionaram a sua dedicação e o seu profissionalismo 8%:

“(...) é a dedicação dos enfermeiros, muito profissionais. Pelo menos, os que... eu não falo de todos, falo pelos que tenho sido atendido, são muitos, mas pronto no geral acho que são todos iguais” (E10).

“São profissionais. Foram, sim” (E57)

“(...) E sempre muito cuidadosas com desinfecções dos equipamentos quando entram lá pessoas de idade a fazer curativos e isso tudo. Não deixam entrar ninguém sem desinfetar as coisas todas, e estão sempre ali todas muito, isso é tudo muito direitinho” (E27).

Tal como a relação de proximidade, na opinião de 5%:

“(...) ela atende-nos e depois eu falo um bocadinho também sobre a minha vida, ela também ouve, e prontos, e gosto muito da enfermeira X, é a nossa enfermeira” (E35).

“(...) são grandes amigas dela, são muito amigas, já estão ali há muitos anos” (E25).

Dos/as participantes que valorizaram os aspetos utilitários, destacou-se: o tempo da consulta/tratamento de enfermagem; a eficiência dos cuidados; a utilidade das informações e a rapidez.

O tempo da consulta/tratamento de enfermagem foi declarado positivamente por 47%:

“Sim, sim acho que é um tempo adequado, não é muito tempo, também não é pouco tempo” (E43).

“O tempo é conforme, pois, a falta que a gente precisa. Às vezes é mais depressa, outras vezes levam mais tempo com a gente a falar, isto e aquilo, o que é que preciso...” (E63).

“Era o esperado, era o esperado” (E23).

Uma das respostas (E23) está de acordo com a perspetiva de Paul, Martins e Roseira (1999, p. 18) ao mencionarem que é da avaliação feita pela pessoa em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados que resulta a satisfação.

A eficiência destes cuidados também foi realçada por um grupo substancial (42%):

“São eficientes, não haja dúvida nenhuma” (E54).

“Foram, foram, sim senhora [frisou na voz]” (E23).

“(...) fez aquilo que era preciso” (E64).

Sublinharam a utilidade das informações dos/as enfermeiros/as, 7%:

“As informações mais técnicas do enfermeiro” (E9).

“(...) está-nos sempre a alertar para cuidados de saúde” (E16).

“(...) informa-me de tudo, nos diabetes aqueles cuidados a ter” (E40).

E valorizaram a sua rapidez 4%:

“Sim, é rápido nada de alarmante” (E52).

“(...) o que eu gosto mais, é que seja atendido e que me resolvam o que têm para resolver para me ir embora [riso]” (E22).

“(...) não demoram assim muito tempo” (E31).

Relativamente ao que menos satisfazia, em sentido lato, a grande maioria (93%) não fez nenhum reparo insatisfatório:

“Não tenho nada a apontar, nadinha” (E54).

“Não tenho nada a apontar, muito pelo contrário” (E23).

“Não, não há aspeto nenhum” (E40).

Os aspetos de insatisfação observados por 7%, reportaram-se a equipamentos e materiais consumíveis:

“(...) acho que elas precisavam ali mais um apoiozinho mais moderno [risos] umas coisas melhorzinhas só (...) As coisas são um bocado antigas, um bocado, um bocado usadas, vá...” (E2).

“Só têm que melhorar mesmo é a marquesa” (E8).

“(...) por exemplo na parte da enfermagem os meus filhos chegaram a ir a dar vacinas e nem sequer terem um penso para pôr no braço dos miúdos, porque já tinham pedido e não tinham pensos no CS” (E27).

Estes resultados encontram-se na linha do que defende Pereira (2003), segundo o mesmo, a qualidade na saúde aplica-se de modo transversal, “desde o ato do atendimento – que é o primeiro embate do utente com a instituição – aos atos praticados por todos os outros profissionais, sejam médicos, enfermeiros ou técnicos, à qualidade dos equipamentos” (Pereira, 2003, p. 4).

Conclui-se, que no âmbito geral, a totalidade dos/as participantes fez uma apreciação positiva dos cuidados de enfermagem, classificando-os como bons 41%, excelentes 23%, ou muito bons 3%, e agradaram a um grupo (33%) que não os classificou. No plano relacional, evidenciaram satisfação com a atenção dos/as enfermeiros/as 38%, com a simpatia dos/as mesmos/as 22%, e com a sua disponibilidade 17%. No âmbito utilitário, expressaram satisfação com a duração da consulta/tratamento de enfermagem 47%, e com a eficiência destes cuidados 42%. Finalmente, destaca-se que a larga maioria (93%) não mencionou nenhum aspeto insatisfatório, consolidando assim, a satisfação com os cuidados de enfermagem.

## 5.7. CUIDADOS MÉDICOS

A opção metodológica utilizada, com o recurso a duas perguntas acentuadamente abertas (o que mais satisfaz, e o que menos satisfaz nos cuidados médicos), resultaram numa heterogeneidade de respostas que se traduziram, quer numa apreciação de âmbito geral, quer de âmbito relacional ou utilitário. Verificou-se que duas participantes ainda não tinham uma impressão formada sobre o/a médico/a, dado que 1 delas tinha sido atendida pelo interno da sua médica de família, que ainda não conhecia, e a outra uma vez que o seu médico era novo no CS. Dos/as que fizeram uma apreciação geral, a totalidade avaliou positivamente o/a médico/a de família, classificando-o/a um grupo (37%) como excelente:

“(...) o médico de família atual, por mim, acho excelente” (E10).

“(...) ultrapassa as cinco estrelas, se houvesse mais dava mais” (E2).

“O meu médico de família é impecável, é verdade, é uma pessoa muito impecável” (E17).

Muito bom, fizeram saber 3%:

“(…) nós fomos muito bem tratados sempre, e vamos sempre ao CS primeiro” (E4).

Bom, notaram 20%:

“(…) é um bom médico” (E61).

“(…) a minha médica de família tem sido boa e é boa para mim (E1).

“(…) foi a primeira vez que fui a ele, gostei, gostei do senhor, atendeu-me bem” (E12).

Ao maior grupo (40%) o/a médico/a agradou, mas não o/a classificou:

“Gosto de tudo. Desde o atendimento, até tudo, né, até abalar, até me ir embora” (E29).

“Eu gosto de tudo, ela me ajuda muito” (E32).

“Gosto muito do meu médico de família (…)” (E38).

De entre os/as participantes que valorizaram o âmbito relacional, salientou-se: a boa relação médico/a - utente; a atenção; a simpatia; a disponibilidade; o profissionalismo; o humanismo e a boa disposição.

A boa relação médico/a - utente foi retratada por um grupo considerável (38%):

“É uma relação boa, é uma relação boa com o médico de família” (E19).

“Ele parece que é de família, é muito bem, parece mesmo de família, é amigo” (E18).

“(…) Depois, ele ligou-me e falámos telefonicamente, houve uma boa relação, ele disse-me logo que me ia ligar e ligou-me” (E60).

Os resultados dos aspetos relacionais nos cuidados médicos estão na linha de vários autores, os quais defendem que a “satisfação do utilizador deverá ser incluída como indicador de modo a garantir a qualidade da relação e comunicação médico-doente” (Pereleman *et al.*, 2016, p. 26).

A atenção dada pelos/as médicos/as foi corroborada por 30%:

“O que eu mais gosto é a atenção dele” (E18).

“É, há tantos anos, é, é atenciosa” (E21).

“Foi, foi, é atencioso sempre, é sim senhora” (E62).

Outra participante também valorizou a atenção do médico de família, pelo que gostaria de ser atendida na consulta do dia pelo mesmo médico, que já conhece.

A simpatia destes/as profissionais, deram a conhecer 11%:

“Sim, é simpática” (E33).

“(…) a simpatia do Dr.” (E48).

“É, é muito simpático, por acaso é muito simpático” (E64).

E a sua disponibilidade 10%:

“(…) aa e é disponível, e isso é bom” (E30).

“Epá, é a disponibilidade” (E57).

“É sempre muito prestável, tenta sempre saber o que é que se passa, caso haja algum problema o meu médico de família disse-me sempre, eu tenho consulta agendada para x dia, mas caso haja algum problema que eu posso sempre recorrê-lo antes desse dia” (E43).

Reconheceram o profissionalismo, consubstanciando a sua satisfação, 6%:

“(…) e o profissionalismo também, claro” (E48).

“(…) e bastante profissional” (E56).

“(…) o empenho, a preocupação em zelar por um bom atendimento ao paciente” (E57).

O humanismo foi abordado positivamente nos cuidados médicos por 3%:

“(…) aa acho que ela é muito humana” (E16).

“O cuidado, o carinho com que nos tratam” (E39).

“(…) é muito humano” (E47).

E a boa disposição destes/as profissionais assinalaram 2%:

“(…) encontrá-la bem-disposta quando tenho tido consultas, a médica está muito bem disposta” (E25).

“Agora até estava bem disposto, outras vezes não está. É como toda a gente, umas vezes estamos bem outras vezes estamos mal. Mas não tenho razão de queixa” (E13).

De entre aquelas/es que valorizaram os aspetos utilitários, sobressaiu: a eficiência dos cuidados médicos; a duração da consulta; a clareza das informações; a pontualidade e assiduidade.

A eficiência dos cuidados médicos foi evidenciada pela maioria (56%):

“Foram eficientes, sim. (...) encaminhou logo para os sítios certos, aconselhou, medicou. (...) não me senti perdida porque eu de repente vejo-me com o meu pai que estava completamente independente, numa situação que nós próprios ainda não sabíamos muito bem o que tinha acontecido. Aa até que depois o Dr. verificou. Portanto, isto para dizer o quê, o meu pai foi... teve um episódio que parecia ser uma quebra de tensão, afinal tinha sido um AVC [Acidente Vascular Cerebral] e só se começa a perceber 2 dias depois, que foi quando ele foi ao médico. Aa e aí o médico disse que foi um AVC: “o seu pai vai imediatamente para o Hospital de Faro” (E23).

“Sim, têm sido eficazes, adequados, sim” (E30).

“São, são. Vê tudo, desde o princípio ao fim [riso]” (E31).

Estes resultados são consentâneos com o preconizado por vários autores, os quais sustentam que a qualidade na saúde deve reunir a eficiência, sendo legítimo que as pessoas esperem que os cuidados de saúde sejam “adequados e efetivos” (Pisco e Biscaia, 2001, p. 43-44). A qualidade passa por uma “uma prestação de cuidados eficiente e eficaz” (Pereira, 2003, p. 1). Segundo a OMS os serviços de saúde de

qualidade têm que ser eficazes - proporcionando cuidados de saúde com base na evidência a todos que deles precisam (OMS, 2020, p. 13).

A duração da consulta muito satisfez, nas palavras de 35%:

“É boa, porque no tempo da consulta, não temos tempo, pode demorar 1 hora porque ela vê tudo e mais alguma coisa” (E31).

“(...) às vezes quando há outras questões a Dra. não olha a tempos e dá-nos a atenção precisa” (E16).

“Dentro daquilo que é necessário, é tal e qual como na enfermagem, quando é situações... Eu por exemplo, neste momento estou grávida, estou a ser acompanhada também no Hospital de Faro, quando não tenho dúvidas, quando está ali tudo bem na gravidez, que eu tenho diabetes gestacionais e tenho tido aqui uns imprevistos, mas quando está tudo estabilizado, é uma consulta relativamente rápida que ele introduz as informações no computador, ok X, pronto vemo-nos dia tal. Quando há situações mais complicadas, fica lá dentro, sou observada, é consoante aquilo que é necessário” (E27).

A clareza das informações médicas foi enunciada por 7%:

“(...) Aa creio que ela é clara na mensagem que passa” (E30).

“(...) gosto que ele me diga como é que estão as coisas a correr, o que é que eu preciso fazer, o que é que eu não preciso, e ele explica-me essas coisas bem. Sim, sim, é, é comigo e acho que é com o pessoal” (E63).

A pontualidade e assiduidade, segundo 2%:

“A minha médica de família, em questão, diretamente é muito pontual. Nunca tive uma falha da parte dela, acho que isso para mim, sabe, nunca está de baixa, nunca falha, isso para mim é essencial” (E2).

“Aaa, mais ou menos é pontual nas consultas, no horário das consultas, não é um médico que atrase muito” (E10).

Para além destes resultados, há ainda a referir que uma participante manifestou satisfação pelo facto de ter médico de família.

No que toca ao que menos satisfazia, genericamente, a grande maioria (83%) não referiu qualquer aspeto insatisfatório:

“Não posso dizer nada, porque estou bem” (E18).

“Por enquanto não tenho nada a dizer da médica” (E7).

“Não, na consulta com o Dr. X, não houve nada, muito pelo contrário” (E23).

De entre o grupo que demonstrou, em termos gerais, insatisfação nos cuidados médicos, identificaram-se como motivos: a relação médico-utente; a duração da consulta; a comunicação e eficiência dos cuidados; a acessibilidade à consulta; a eficiência dos cuidados.

A relação médico-utente na opinião de 5%:

“(…) acho que não é uma pessoa muito empática, e não cria ali um ambiente [silêncio] que eu possa falar, que eu possa estar à vontade” (E5).

“(…) não vou lá muito bem com o médico. Não” (E20).

A duração da consulta para 3%:

“Eu, nos meus casos acho que é [um tempo de consulta] demasiado reduzido” (E5).

“Foi muito tipo relâmpago. (...) a gente foi lá por causa duma hérnia que o meu marido tem na virilha do lado direito, e levou os exames feitos, né. Eu acho que ele como médico, se ele ia encaminhar um paciente para uma cirurgia, como era a 1.<sup>a</sup> vez que via o paciente, estava vendo os relatórios, ele tinha mais era que examinar a hérnia, ou não...” (E6).

A comunicação e eficiência dos cuidados foram reportadas por 3%:

“(…) ele é estrangeiro então, é difícil de compreendê-lo, e como eu disse, aa... ele não, não... Tem médicos de família, eu já tive outro médico de família ele virava-me do avesso para descobrir as causas, as minhas reclamações e não sei o quê, e o Dr. X infelizmente não é assim, tudo o que eu falo para ele, ele ah não sei o quê, um remédinho, ah não sei o quê, né, em vez de ir pesquisar a doença, o facto causador, né... E eu peço-lhe um exame na minha ignorância, né, sei lá, podiam ser até outros exames, eu não sei, e ele está sempre, ah não sei o quê não precisa, não sei o quê, parece que lhe sai do bolso, né. A única coisa que eu tenho de satisfação, que, que eu estou satisfeita com o médico de família, é ter um médico de família, que poderia não ter e ser até pior, né. (...) não é muito eficiente, por essas 2 situações, ou ele não querer ou não sei, porque é que não faz essa pesquisa, né, de... dos sintomas de forma mais aprofundada e tal, e também pelo facto dele não falar português e ser complicada a comunicação na consulta” (E9).

“(…) é a dificuldade em percebê-lo, ele é espanhol fala meio espanhol meio português, eu oiço mal também já há bastantes anos, apita-me a cabe... E depois é a tal confusão, é que as doenças minhas que são crónicas, pronto. Começa a aparecer e, nunca cura nenhuma, nem uma constipação tem sido capaz de curar, boa médica que eu tive foi a Dra. X, o resto... o resto não... crónico fica, tá, tá e... vai andando... Até agora não me curaram de nada...” (E53).

A acessibilidade à consulta médica, de acordo com 3%:

“(…) como lhe disse às vezes a dificuldade em arranjar consulta, mas, pronto como é em B, é em F, vou gerindo assim para ser mais rápido” (E30).

“(…) às vezes esperamos muito tempo (...)” (E3).

A eficiência dos cuidados, nas palavras de 3%:

“(…) por vezes o médico também poderia ter um bocadinho mais de humildade no sentido de quando não, não é capaz, quando não é algo... É assim, o médico de família não é especialista em todas as áreas, como é óbvio, né, (...) quando não se consegue deverá ter-se a humildade de encaminhar para um especialista. E às vezes falta isso. Tenho uma experiência familiar que não correu muito bem, e... É médico de família, ok, mas quando não, não é capaz de, de avaliar certas situações é uma questão de acompanhar para, para outra que seja capaz... De coração, ou assim, foi a experiência que correu menos bem com um familiar que aconteceu com a morte do familiar, poderia ter sido outro acompanhamento... Os médicos também podem errar, mas errar com a saúde dos outros é um bocadinho complicado” (E14).

“Aaa, não somos avaliados pronto, às vezes como no privado, percebe” (E3).

Conclui-se, que dos/as participantes que fizeram uma apreciação geral, a totalidade aferiu positivamente os cuidados médicos, classificando o/a médico/a de família como excelente 37%, bom 20%, e muito bom 3%, ao maior grupo (40%) o/a médico/a agradou, mas não o/a classificou. No âmbito relacional, a boa relação médico/a - utente muito satisfaz 38%, a atenção 30%, a simpatia destes/as profissionais 11%, e a disponibilidade dos/as mesmos/as 10%. No plano utilitário, a maioria (56%) revelou satisfação com a eficiência dos cuidados médicos, com a duração da consulta 35%, e a grande maioria (83%) não referiu nenhum reparo insatisfatório, o que enfatizou a satisfação com estes cuidados.

## 5.8. RECOMENDAÇÃO DOS SERVIÇOS DA UNIDADE/PÓLO A OUTRAS PESSOAS

Apurou-se que a larga maioria (98%) dos/as utentes recomendava a outras pessoas os serviços da sua Unidade/Pólo:

“Recomendava, e recomendo” (E54).

“Sim, aconselho, pelo menos eu aconselho porque sou bem atendida, acho que as outras pessoas também devem ser” (E52).

“Sim, sim. Estou sempre a dizer... As pessoas têm a mania de ir sempre logo para o privado. Mentira, aqui é muito melhor” (E4).

“Sim, a toda a gente” (E40).

“Sim, sim, é muito *soft* porque tem outros CS que já fui, por exemplo o meu namorado teve que passar para este porque onde ele estava não era bem atendido” (E31).

“(...) mudei para lá. Portanto, foi por alguma razão [risos]. Recomendo” (E57).

“Com certeza que sim, pois qualquer pessoa que seja necessário, que seja de lá, que lá esteja que seja necessário, ou qualquer pessoa de outro lado do país, ou de outro lado do mundo, que ali estiver nessa altura que precisar, com certeza que recomendo” (E60).

Mas não recomendavam 2%, aconselhavam apenas os serviços de enfermagem:

“Não, só se for para os enfermeiros, se tiverem particular vão para outro particular” (E53).

Estes resultados convergem com o estudo, “A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal” (2017), porque os autores verificaram que “87,5%” das pessoas recomendavam “a sua unidade a amigos” (Ferreira, Raposo e Pisco, 2017, p. 753).

## 5.9. PRIORIDADES DE MUDANÇA

Os/as participantes foram questionados/as sobre as duas medidas que tomariam para melhorar os cuidados de saúde da sua Unidade/Pólo à população, considerando a limitação de recursos humanos e financeiros, verificando-se que 15 pessoas não sabiam

o que melhoravam, 7 nada melhoravam porque tudo estava bem, o que indicou a plena satisfação das mesmas.

Dos/as participantes que tomavam medidas, 1 propôs a desburocratização das receitas, mas atualmente não há justificação para tal, na medida em que a emissão das receitas ou a renovação das mesmas encontra-se simplificada, 1 instalava um controle da pontualidade, mas na data das entrevistas a instituição já dispunha de um, e 1 sugeriu um sistema de senhas no Pólo de Monte Gordo.

Os/as restantes (39) mencionaram as seguintes medidas: o alargamento do horário de funcionamento da Unidade/Pólo; o aumento do número de médicos; a melhoria das instalações, equipamentos e do abastecimento de materiais consumíveis; a melhoria da acessibilidade à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas; a melhoria do atendimento telefónico; intensificar a prevenção e as informações sobre a oferta de serviços de saúde; contratar outros profissionais de saúde; formação profissional ao Secretariado Clínico e geral; motivar os/as profissionais; um *Link* para avaliar a consulta médica; acelerar a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; e consultas a horas.

O alargamento do horário de funcionamento da Unidade/Pólo foi referido por 25%:

“(...) aumentar o horário, talvez até à meia noite principalmente em época alta, mudar o horário para não congestionar tanto as urgências em Faro e Vila Real” (E4).

“(...) uma alteração dos horários, porque o Pólo só funciona até à hora de almoço, o que é muito mau. (...) as pessoas também estão doentes à tarde, e também necessitam de consultas médicas e de outros cuidados à tarde” (E37).

“(...) um maior período de atendimento, pois se calhar seria benéfico para muito utente, não é, se calhar têm que se deslocar a Vila Real por causa disso, o CS está fechado” (E57).

O aumento do número de médicos, segundo 17%

“Aumentava o número de médicos, exatamente, para a nossa população. Sim, sim. Faz falta, faz falta” (E35).

“(...) só se arranjam mais um médico, porque o CS tem bastantes utentes e eles às vezes vêm-se um bocado limitados em aceitar novas pessoas, por esse motivo mesmo, têm poucos médicos ali (...) seria só mesmo essa, de pelo menos mais um médico” (E51).

Estes resultados convergem com “O Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos CS do Serviço Regional de Saúde dos Açores”, no qual se concluiu que na ótica dos utentes uma das prioridades a melhorar foi o aumento do número de médicos (Secretaria Geral da Região Autónoma dos Açores, 2009, p. 74).

Melhoravam as instalações, os equipamentos e o abastecimento de materiais consumíveis 13%:

“(…) a sala de espera é que está muito pequenina (…) Sim, sim. A sala de espera maior. Não cabem lá todos” (E18).

“Olhe um Centro de Saúde maior e com mais condições, tem os espaços muito pequeninos, as casas de banho também são muito pequeninas. Ter um espaço bem grande para os doentes terem um Centro de Saúde como deve ser” (E50).

“(…) era mesmo aquela porta da entrada [do CS] que não está nada acessível” (E48).

“(…) pôr lá na parte de baixo do atendimento uma máquina de água e café (…)” (E15).

“Se calhar, ar condicionado. Aa não tanto por mim, mas se calhar há pessoas com mais dificuldade e que não iam aguentar tanto o calor. Aa convinha os ares condicionados funcionarem nas normalidades. Na sala de espera e até mesmo no gabinete” (E26).

“Os computadores (…) para eles poderem trabalhar. E os básicos de saúde, pensos, que eles precisam, e que às vezes estão em falta” (E27).

Convergem estes resultados com o estudo anteriormente citado, porque o mesmo também concluiu que outras prioridades a melhorar seriam as instalações e os equipamentos (*idem ibidem*).

Melhoravam a acessibilidade à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas, 8%:

“(…) primeiro de manhã seriam só consultas de urgência, consultas do dia, exatamente (…) No período da tarde, faria então as consultas agendadas, acho que daria perfeitamente tempo e a população seria melhor atendida dentro do horário que já existe de funcionamento” (E59).

“(…) outra medida, é as consultas do dia (…) há pessoas que vão às consultas do dia com pormenores mínimos onde a consulta do dia é mesmo para pessoas que estejam mesmo aflitas, né” (E31).

“(…) era a gente ter conseguido ter mais rápido uma consulta que, às vezes não se consegue, isto é complicado (…)” (E17).

“(…) tenho um filho que tem hiperatividade está sendo acompanhado no D<sup>a</sup>. Estefânia ee há mais de 1 ano que estou à espera de consulta (…) Sim, melhorava os especialistas aqui na nossa zona, né. Pois, pois, é o que nos falta aqui” (E41).

Melhoravam o atendimento telefónico 8%:

“Melhorava o atendimento telefónico (…) deveria ser muito mais rápido, não é... Pôr a música ali a tocar e a pessoa nunca mais sai dali” (E21).

“(…) o atendimento telefónico é importantíssimo, porque a pessoa ligando uma vez, ligando outra e não atendem, e depois espera, e não atendem, não atendem aa torna-se desesperante. Era uma das medidas que tomava, era essa, sim” (E24).

“A questão do telefone, sim, que se organizasse alguma telefonista, ou alguém só para isso, para haver uma melhor gestão e um mais rápido atendimento” (E45).

Intensificavam a prevenção e as informações sobre a oferta de serviços de saúde 8%:

“(…) é a prevenção. É estar em cima das pessoas no sentido de as aconselhar a não perder as consultas, aa a aconselhá-los está na hora... Já se vai fazendo isso na minha área. (...) eu acho que era importante (...) Fazer-se a prevenção, entende? Quando se vai ao médico, já não ser tarde de mais, pronto. E para isso teria que haver uma organização da parte dos serviços para conseguir identificar, olhe está na hora, poderem telefonar às pessoas, aos familiares, olhe está na hora de vir fazer a sua consulta de coração, ou está na hora de vir fazer a sua mamografia, o que for... Isso, há uma

tentativa, mas ainda não está nos pontos, e eu acho que era fundamental a prevenção. Acho que se ia poupar muito dinheiro ao país, e ter muito mais saúde às pessoas” (E23). “(...) um bocadinho mais de informação de notícias [sobre] problemas de saúde que acontecem, ainda há pessoas que não tomam atenção às coisas e depois (...) os deveres” (E22).

“(...) a primeira, informaria os, os utentes da... das possibilidades de acesso à melhor saúde, né, o que o Centro de Saúde oferece porque eu não sabia sequer que existia um Nutricionista no Centro de Saúde, e que eu poderia ter acesso a ele, né. Então, informar os utentes daquilo que é possível, o que é o que o Centro de Saúde oferece, né, para promover a saúde, né, todos os programas e como aceder a eles, né...” (E9).

Contratavam outros profissionais de saúde 6%:

“(...) outro tipo de profissional que pudesse vir, Psicólogo também é necessário, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, exatamente, Nutricionista, exatamente. Todos esses serviços, mesmo que fosse mensal, já seria uma grande valia porque nós estamos longe de tudo (...)” (E59).

“(...) haver (...) outros profissionais, aqui nem todos os profissionais de saúde, que não há, é tudo muito reduzido aos médicos, ao Psiquiatra e ao Psicólogo que veem do H. Faro, e aos cuidados de enfermagem, e o Assistente Social que também, portanto é tudo nas unidades envolventes que fazem parte do ACeS Sotavento, portanto isso era a melhorar porque o CS tem condições para melhorar para ter outros profissionais” (E56).

“Devia haver (...) mais pessoas para poderem também fazer o fluxo que seja mais rápido. Há circunstâncias mais complicadas do que outras (...)” (E22).

“(...) se houvesse outras valências seria melhor, né, os raios x (...) eletrocardiograma[s], exato, exato” (E62).

Estes resultados encontram-se de acordo com vários autores, os quais alegam que gradualmente a abordagem e a intervenção na saúde têm deixado de ser só do exercício da medicina e outros profissionais têm vindo a ser chamados para uma abordagem holística das situações de saúde (Branco e Farçadas, 2012, p. 3-4). Assim, a integração dos Assistentes Sociais nas várias áreas da saúde provém do avanço do conceito de saúde, i.e., de uma ótica só biomédica para uma visão biopsicossocial (Dhooper, 1997). Impõe-se o desígnio de “influenciar paulatina e permanentemente a árdua passagem de um paradigma biomédico para um paradigma biopsicossocial e holístico” (Auslander, 2001, p. 211). Nos CSP observa-se a concentração no capital humano típico, i.e., na especialidade médica e de enfermagem, em detrimento de outras especialidades como o Serviço Social (Branco e Farçadas, 2012, p. 3). Nos CS os recursos humanos de Serviço Social afiguram-se bastante escassos, o que dificulta a compreensão deste aspeto (*idem ibidem*).

Referiram a necessidade de Formação Profissional ao Secretariado Clínico, e de forma latente (E19), a todos os profissionais, o que correspondeu a 6%:

“(...) melhorar os recursos nos balcões (...) para receber e serem mais, mais profissionais “(...) Uma Formação de Atendimento ao Cliente, para todas elas, ou então, renovarem, com alguma, com alguma... frequência, uma vez por ano, ou de 6 em 6 meses” (E4).

“(...) melhorava o atendimento administrativo, pois (...) as pessoas quando vão para lá vão doentes, eles estão lá estão trabalhando (...) as pessoas podem ir mal dispostas (...)”

agora eles ali não, eles é o trabalho deles (...) quando as pessoas vêm... pronto, entre aspas, vêm lixadas, eu, tenho que compreender, eu estou ali é o meu trabalho, só tenho é que tentar acalmar as pessoas e satisfazer as pessoas dentro do que elas me estão a pedir (...) as pessoas vêm alteradas ou se vêm de má cara, elas põem má cara também (...)” (E53).

“Eu só tomava medidas que as pessoas sejam todas bem atendidas, pronto” (E19).

Estes resultados estão em conformidade com Pereira (2003), o qual defende que o incremento da qualidade requer formação profissional para sensibilizar os vários grupos profissionais sobre particularidades que no passado lhes eram menos inteligíveis, e despoletar “entre eles mudanças de comportamento, hábitos e práticas estabelecidas” (Pereira, 2003, p. 5). Logo, a formação é essencial e deve ser adequada (*idem ibidem*).

Na motivação dos/as profissionais apostavam 3%:

“Aa compensação, provavelmente, em tempo de férias por satisfação dos serviços” (E45).

“(...) aumentava os ordenados deles, trabalham muito (...) eu acho que eles estão ali para nos ouvir a todos, eles fazem um pouco de tudo (...) além da profissão deles” (E35).

Estes resultados estão na linha de Pisco e Pinto (2020) ao mencionarem que aquando da celebração do 40º aniversário do SNS, Marta Temido declarou que a forma mais relevante de comemorar esta data é preparando-o para o futuro, destacando como prioridades: “motivar os profissionais de saúde para aumentar a sua produtividade e reforçar o investimento.”

Implementavam um *Link* para avaliar a consulta médica, 2%:

“(...) uma pesquisa de satisfação automática após a consulta com o médico, talvez, para conseguir ter em números, né... Após saída, ou, né, já ter um *Link* para fazermos a avaliação daquela consulta em específico” (E9).

A proposta da E9 é defendida por diferentes autores que indicam ser necessária a existência de meios rigorosos e sistemáticos que avaliem os cuidados prestados e comprovem se os recursos são bem utilizados, e se é atingida a melhor qualidade (Pisco e Biscaia, 2001, p. 43-44). Existirá melhoria permanente se o nível onde se está for compreendido, sendo inegável a relevância de perceber o grau do desempenho dos profissionais e da satisfação dos destinatários dos serviços (Pereira, 2003, p. 5).

Aceleravam a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, 2%:

“(...) a questão da realização de exames ser mais rápida, pronto, porque é assim, depois não se pode pedir milagres aos médicos que estão nos CS e aos enfermeiros, né, que depois tudo o resto funciona mal (...) Os exames em geral, sim, que fossem mais rápidos, porque ajuda” (E33).

E consultas a horas, foi a proposta também de 2%:

“(...) as consultas serem à hora marcada (...) a consulta é às 9: 50, é às 9: 50, não é às 11h, por exemplo” (E49).

Conclui-se que o alargamento do horário de funcionamento da Unidade/Pólo foi a medida que tomavam mais participantes (25%), a seguir aumentavam o número de médicos 17%, melhoravam as instalações, os equipamentos e o abastecimento de materiais consumíveis 13%, melhoravam o acesso à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas 8%, o atendimento telefónico 8%, a prevenção e as informações sobre a oferta de serviços de saúde 8%.

### **5.9.1. A ÚLTIMA PALAVRA COUBE ÀS/AOS PARTICIPANTES**

Antes de terminar a entrevista questionaram-se os/as participantes se queriam acrescentar algum aspeto que julgassem oportuno, para promover a total participação da comunidade nos CSP, apurando-se que 42 pessoas não quiseram referir mais nada, 6 não quiseram porque estava tudo bem, e houve 1 situação em que no momento desta pergunta caiu a chamada, não tendo sido possível retomá-la. Daqueles/as que quiseram (15), 50% reiteraram uma elevada satisfação:

“Quero, quero, eu quero... dar, dar os parabéns por essa Unidade de saúde, sinceramente, porque como lhe disse, vivi em vários sítios de Portugal, e em 42 anos da minha vida, 43 já, que me lembre de percorrer os Centros de Saúde que foram muitos... Para mim, foi de todos, mas assim em larga escala, o melhor. Quero, não sei se o senhor. está dentro... Quero dar os parabéns, sem dúvida alguma. Agradeço a prestação a todos de um modo geral, desde as pessoas que estão sentadas cá fora, até lá dentro à cozinha do café [risos] que se calhar não tem nada a ver... Cinco estrelas, sinceramente” (E2).

“Quero, é bom que refira que o Centro de Saúde de Tavira realizou um trabalho excelente na minha família” (E4).

“Aa sim, queria só dizer que tanto as enfermeiras como os médicos, aa e até mesmo as próprias auxiliares são mesmo muito profissionais” (E43).

“(...) acho que estão a melhorar, estão mesmo a melhorar, porque... antigamente era... para mim era muito difícil ir ao Centro de Saúde porque não havia tanto dos funcionários administrativos, como dos próprios médicos assim nenhuma disponibilidade, percebe. E pronto, atualmente, tem vindo muito a melhorar” (E3).

“(...) Para mim está tudo bem. Mesmo até os Seguranças são muito simpáticos à porta vêm logo nos ajudar para tirar senha, perguntam logo se é para medicação e tudo. Não, a nível disso, estou muito satisfeita com o nosso Centro de Saúde” (E35).

“Este Centro de Saúde aqui de Castro Marim faz-me lembrar os Centros de Saúde de aldeia, em que é quase como se fosse uma família, eles são atenciosos, são cuidadores, são... [Há proximidade] Exatamente, exatamente. E uma pessoa quando lá vai pois não se sente... Como é que hei-de dizer, vai doente, vai com aquela, aquele peso, aquela coisa da doença, mas depois de lá estar e falar com quem lá está, consegue sair um pouco mais leve, pronto, apesar da doença, né, não vem com aquele peso de como a gente habitualmente vai a um hospital, que tem aquelas horas de espera e o médico às vezes nem sempre tem aquela atenção para com as pessoas, nem pergunta, aa os motivos, aa essas coisas assim... É uma coisa de proximidade” (E51).

Os/as restantes 50%, apresentaram sugestões de melhoria, tais como: a acessibilidade à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas; o alargamento do horário de funcionamento; o aumento do número de médicos; mais atenção dos/as médicos/as às pessoas, e eficiência dos cuidados médicos; o apoio psicológico e, a utilidade do estudo da satisfação dos utentes.

A acessibilidade à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas, foi sugerida por 13%:

“(...) ter mais (...) vagas porque às vezes precisa-se duma consulta (...) do dia, espera-se uma tarde inteira para se conseguir ter uma consulta, às tantas (...)” (E14).

“(...) importante era que realmente houvesse uma melhoria na rapidez (...) uma maior facilidade (...) porque realmente uma pessoa espera por uma consulta (...) estamos a falar de clínica geral, né, porque se for para o lado das especialidades, então isso é para esquecer, né, e seria importante que fosse, fosse mais rápido, mais fluente” (E34).

O alargamento do horário de funcionamento, na opinião de 13%:

“(...) podia ter o horário um bocadinho mais alargado, que é só na parte da manhã (...) é só até às 2 (...)” (E28).

“(...) que o CS estivesse até pelo menos à meia noite já é um bocadinho melhor” (E18).

O aumento do número de médicos foi verbalizado por 6%:

“(...) é necessário mais médicos, né, porque há muitos utentes, muitas pessoas sem médico de família” (E39).

Mais atenção dos/as médicos/as às pessoas, e eficiência dos cuidados médicos, de acordo com 6%:

“(...) principalmente os médicos aa darem mais atenção às pessoas e, eu sei que há pessoas que deixam tudo e vão pedir exames para tudo e mais alguma coisa, mas, dar mais atenção às pessoas, e pensar investigar mais as doenças e quando não se consegue, encaminha-se para um especialista, acho que isso devia ser...” (E14).

O apoio Psicológico para 6%:

“(...) devia haver um apoio psicológico (...) há uma linha da Saúde 24 de apoio psicológico, parece-me que algumas pessoas idosas não terão essa facilidade e gostam do contacto físico (...) fazer qualquer coisa nesse sentido, em ter disponível alguém que pudesse, não estou a dizer todos os dias, alguém em Santa Catarina (...) pronto, uma manhã que pudesse ter utentes que quisessem (...)” (E30).

E a utilidade do estudo da satisfação dos utentes foi valorizada por 6%:

“Aa eu achei muito interessante este contacto porque acho que realmente é a população que deve, que deve expor, e que deve falar, e por vezes as pessoas reclamam e não dizem as coisas, né, onde devem dizer. Não é uma situação contra aquilo que existe, é uma situação que podemos realmente melhorar muito os serviços, e acho que é necessário” (E59).

Esta última resposta (E59), encontra respaldo quer na Carta para a Participação Pública em Saúde, que visa “fomentar a participação da população, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública” (Art.º 1.º do Anexo I da Lei n.º 108/2019, de 9/09), quer em vários Assistentes Sociais ao mencionarem que o principal desígnio desta avaliação “não é provar, mas melhorar” (Lopes *et al.*, 2012, p. 25). Tal como numa das filosofias subjacentes ao Serviço Social, a de Hannah Arendt, ao preconizar que o poder só é originado quando as pessoas atuam conjuntamente (Serafim, 2004, p. 42).

Além disso, tanto a pergunta formulada, como estes resultados, estão de acordo com vários autores ao referirem que a última palavra deve caber sempre ao entrevistado, por isso, quando o entrevistador considera que a entrevista chegou ao fim, deve oferecer a oportunidade ao entrevistado de acrescentar qualquer informação que julgue relevante (Haro *et al.*, 2016, p. 97).

Assim, este procedimento permitiu concluir que um grupo (50%) aproveitou esta oportunidade para reiterar a sua satisfação com os cuidados de saúde prestados. Dos/as participantes que apresentaram sugestões de melhoria, um grupo (13%) melhorava o acesso à Consulta do Dia, Programada e a outras Especialidades Médicas, e o outro grupo (13%) alargava o horário de funcionamento da Unidade/Pólo.

## 6. CONCLUSÕES

A intervenção do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários não se esgota no diagnóstico das fragilidades do utente e da família, no âmbito dos Determinantes Sociais da Saúde comumente conhecidos, de modo que com os recursos existentes possam, utente, família e recursos da comunidade atenuar os efeitos da doença, ou mesmo curá-la. Cabe também ao Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários, agir noutro dos Determinantes Sociais da Saúde – a qualidade dos cuidados de saúde –, designadamente no Gabinete do Cidadão dos ACeS. Como ficou bem patente, a qualidade em questão tem um indicador precioso – a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados – a qual cada vez é mais importante.

A pesquisa foi operacionalizada, precisamente, através do objetivo geral – verificar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde da maioria das Unidades/Pólos do ACeS Sotavento –, e de um conjunto de objetivos específicos que se inscreveram na assunção desta responsabilidade do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários. A formulação dos objetivos específicos pretendeu, a partir da voz dos/as utentes, aferir as áreas de funcionamento que mais os/as satisfaziam, e que menos os/as satisfaziam, emergindo assim, as áreas a melhorar nos cuidados de saúde proporcionados aos utentes desta instituição do SNS. Considerou-se importante verificar se os/as participantes recomendavam os serviços das suas unidades/pólos a outras pessoas, uma vez que este aspeto constitui um forte indicador de satisfação, e permite antever a continuidade da utilização dos serviços. Também se afigurou relevante conhecer as prioridades de mudança, na ótica dos utentes, para lhes permitir participar nas decisões inerentes aos cuidados de saúde que recebem, adequar os cuidados às suas expetativas e promover a Cidadania na Saúde.

Apresentam-se, em seguida, os principais resultados desta pesquisa, em articulação com cada um dos objetivos específicos enunciados:

**(i) Identificar as áreas de funcionamento da maioria das unidades/pólos que mais satisfaziam, entendendo quais as dimensões que estão implícitas na satisfação evocada.**

Identificou-se que as áreas que mais satisfaziam foram, o tempo de espera para consultas/tratamentos de enfermagem (98%), a marcação da Consulta Programada (87%), o acesso telefónico ao/à enfermeiro/a (83%), o acesso à Consulta Programada (77%), bem como à Consulta do Dia (71%). Observou-se mais satisfação, embora menos expressiva, com a acessibilidade, incluindo a telefónica, quer ao/à médico/a,

quer aos outros profissionais de saúde, nomeadamente, à assistente social, à psicóloga e à terapeuta da fala, ou ao secretariado clínico.

A alteração do dia/hora da consulta médica por iniciativa dos serviços foi experienciada por a maioria (58%), a qual manifestou satisfação com a forma como essa mudança foi tratada.

Na qualidade das instalações e equipamentos, o maior grupo (44%) classificou as instalações como boas. Sobre o que mais satisfazia, em particular, a limpeza das instalações foi realçada por 26%, seguindo-se a sala de espera (18%). Em sentido lato, todos/as os/as participantes não apontaram qualquer insatisfação nas instalações, o que reforçou a satisfação com as mesmas.

No Atendimento do Secretariado Clínico, o que mais satisfez foi a utilidade das informações prestadas (73%), e consideraram este atendimento bom 61%. Nos aspetos relacionais, a atenção dos/as assistentes técnicos/as foi o que mais satisfez (38%). De um modo geral, o maior grupo (68%) não referiu nenhum aspeto negativo, consolidando a satisfação com este serviço.

Nos Cuidados de Enfermagem, a duração da consulta/tratamento de enfermagem foi o que mais satisfez (47%), seguindo-se a eficiência dos cuidados (42%), e classificaram os cuidados de enfermagem como bons 41%. No plano relacional, também a atenção dos/as enfermeiros/as foi o que mais satisfez (38%). Em termos gerais, a larga maioria (93%) não assinalou qualquer reparo insatisfatório, o que enfatizou a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Nos Cuidados Médicos, manifestaram mais satisfação com a eficiência dos cuidados (56%), e consideraram o/a médico/a de família excelente 37%. No âmbito relacional, a boa relação médico/a - utente foi o que mais satisfez (38%). Genericamente, a grande maioria (83%) não fez nenhuma observação negativa, consubstanciando a satisfação com os cuidados médicos.

**(ii) Identificar as áreas de funcionamento da maioria das unidades/pólos que menos satisfaziam.**

As áreas onde os/as participantes evidenciaram menos satisfação foram, o acesso telefónico aos outros profissionais de saúde (assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) na opinião de 40% dos/as participantes, seguiu-se o tempo de espera para as consultas com estes/as profissionais de saúde (38%), o acesso telefónico ao secretariado clínico (37%), o tempo de espera para as consultas médicas de um modo geral (35%), e o acesso telefónico ao/a médico/a (30%).

A inexistência de um protocolo que definisse as condições do acesso telefónico aos diferentes profissionais de saúde foi identificado como uma dificuldade neste acesso. Sequencialmente, houve menos satisfação no acesso à Consulta do Dia (29%), e à Consulta Programada (23%), apurando-se também menor satisfação com vários equipamentos (26%), com a sala de espera e com o circuito de atendimento.

**(iii) Verificar se os utentes das referidas unidades/pólos recomendariam as mesmas a outras pessoas.**

Verificou-se que a grande maioria (98%) aconselhava os serviços das suas unidades/pólos, constatando-se uma satisfação global massiva dos/as participantes.

**(iv) Conhecer os aspetos prioritários de mudança para aumentar a satisfação com os cuidados de saúde, e como seriam alterados se tal mudança dependesse da vontade e necessidades dos participantes na investigação.**

Como prioridades de mudança para este efeito, os grupos mais significativos de participantes mencionaram o alargamento do horário de funcionamento da Unidade/Pólo, o aumento do número de médicos, e a melhoria das instalações, dos equipamentos e do abastecimento de materiais consumíveis.

Posto isto, os resultados permitiram responder a todos os objetivos, e à questão de investigação, ou seja, a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais da maioria das Unidades/Pólos do ACeS Sotavento foi maior nos Cuidados de Enfermagem, nos Cuidados Médicos e menor no Atendimento do Secretariado Clínico.

Ainda a título conclusivo, refira-se que vários dos resultados obtidos convergiram com o quadro teórico apresentado, isto é, estabeleceu-se um diálogo entre a teoria e a prática. Também se pode constatar que este estudo focou aspetos da satisfação dos utentes que não foram considerados nos estudos consultados – O Tempo de Espera para consultas com outros profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, etc.) e o acesso telefónico aos mesmos –, ou seja, a acessibilidade aos outros profissionais de saúde.

Logo, o enfoque em tais aspetos nesta pesquisa traduziu uma inovação nos estudos da satisfação dos utentes nos CSP, ao contemplar o modelo biopsicossocial, holístico, nas situações de saúde. E poderá deduzir-se, que de forma consciente, ou não, ainda existe a tendência para o foco no modelo biomédico, e a dificuldade na transição efetiva para um modelo biopsicossocial, que apesar de ser sobejamente divulgado na comunidade científica, desde longa data, não é isento de debate.

As dificuldades que mais se sentiram, ao longo de todo este trabalho, consistiram em conciliar atividades profissionais, responsabilidades de cuidador informal principal, e alguns condicionalismos institucionais com a realização desta pesquisa.

Esta acumulação de funções, impôs limites a este estudo, pois sendo o autor o único investigador, não foi possível abordar a satisfação dos utentes com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde das restantes Unidades/Pólos da instituição (UCC Talabriga, UCC Santo António de Arenilha, URAP, USP e ECSCP), porque implicaria ampliar muito mais a amostra, o número de entrevistas e o respetivo tratamento.

Sugerem-se futuras investigações sobre a Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários, optando por abordagens qualitativas, quantitativas ou mistas, incluindo também a acessibilidade aos outros profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, etc.), e a satisfação com os serviços prestados por estes profissionais, ou seja, considerando o modelo biopsicossocial nas situações de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Helena (2001) - Conceptions et Pratiques de la Médiation Sociale: Les modèles de médiation dans le quotidien professionnel des assistants sociaux. Coimbra: Fundação Bissaya-Barreto/Instituto Superior Bissaya-Barreto
- ALMEIDA, Helena Neves (2008) - Conceptualização da Mediação Social em Trabalho em Rede [Em linha]. Investigação e Debate (17), 3-31. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.researchgate.net/publication/303610273>>
- ALMEIDA, Helena Neves (2013) - Processos e Competências Cruzadas na Agenda do Conhecimento em Serviço Social. In SANTOS, Clara Cruz; ALBUQUERQUE, Cristina Pinto; ALMEIDA, Helena Neves. Serviço Social: Mutações e Desafios. Coimbra: Coimbra Editora. p.15-63
- ALMEIDA, Helena Neves; ALBUQUERQUE, Cristina Pinto; SANTOS, Clara Cruz (2015) - Cultura de Paz e Mediação Social. Fundamentos para a construção de uma sociedade mais justa e participativa [Em linha]. Revista de Ciências Sociais y de la Comunicación n.º 12 (2015),132-157. [Consult. 28 Set. 2024] Disponível em WWW: <URL:<https://www.researchgate.net/publication/276077468>> ISSN1989
- AMARO, Maria Inês (2012) - Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da profissão na contemporaneidade. Lisboa: Universidade Católica Editora
- AMARO, Maria Inês; BIGLER, Mark O.; BORGES, Marta; LUZ, Marta Matias da (2022) - Redução de Danos: O Gatilho para Novas Práticas em Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene de. coord. Práticas de intervenção do Serviço Social na saúde.1ª ed. Lisboa: Pactor. p. 37-50
- ANDER-EGG, Ezequiel; IDAÑEZ, Maria José Aguilar (1999) - Como Elaborar Um Projeto: Guia para desenhar projetos sociais e culturais. 2ª ed. Lisboa: Centro Português de Investigação e Trabalho Social e Projeto Atlântida
- ANDRÉ, Maria Graça (2011) - Formar Assistentes Sociais para uma mediação em Direitos Humanos. Intervenção Social, n.º 38, p. 35-43
- APSS (2008) - Posição da APSS sobre o Serviço Social no Quadro dos ACES, Lisboa, 31/10/2008
- APSS (2018) - Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal (Aprovado na Assembleia Geral da APSS em 25 de outubro de 2018)
- APSS; OAS – Comissão Instaladora - Parecer sobre o PNS 2021-2030 [Mensagem em linha] para Sócios da APSS. 9 Mai. 2022. [Consult. 10 Mai. 2022]
- APSS; OAS – Comissão Instaladora (2023) - Orientações para a Organização do Serviço Social nas ULS. p. 2-12
- ARAKAWA, Aline Megumi; LOPES-HERRERA, Simone Aparecida; CALDANA, Magali de Lourdes; TOMITA, Nilce Emy (2012) - Perceção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. Revista CEFAC [Em linha]. n.º 6 (2012), 1108-1114. [Consult. 28 Set. 2022]. Disponível em: WWW<URL:<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462012005000010>>
- ARNAUT, António (2020 a) - Serviço Nacional de Saúde SNS: 30 anos de resistência. 3ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra University Press

- ARNAUT, António (2020 b) - O Étimo Perdido: O SNS, O Estado Social e Outras Intervenções. 2ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra University Press
- ARNAUT, António; SEMEDO, João (2017) - Salvar o SNS: Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia. 1ª ed. Porto: Porto Editora
- ARRIAGA, Miguel Telo de; SANTOS, Benvinda dos; SILVA, Andreia; MATA, Francisco; CHAVES, Nicole; FREITAS, Graça (2018) - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 [Em linha]. Portugal. Lisboa: DGS. [Consult. 29 Ago. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>>
- AUSLANDER, Gail K. (2001) - Social Work in Health Care. Journal of Social Work, 2/2001. Sage Publications: London, Thousand Oaks, p. 201-222
- BADIOU, Alain (1993) - L'éthique. Essai sur la conscience du Mal. Paris: Hatier, 1993
- BANKS, Sarah; NØRTH, Kirsten (2008) - Ética prática para as Profissões do Trabalho Social. Porto: Porto Editora
- BARDIN, Laurence (1977) - Análise de conteúdo. ed. Revista e Atualizada Lisboa: Edições 70
- BECKERT, Cristina (2012) - Ética. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa
- BISCAIA, André Rosa; HELENO, Liliana Correia Valente (2017) - A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ciências & Saúde Coletiva [Em linha]. 23 (3) (2017) 701-711. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/j/csc/a/sKYdyXJB8rJ9DsB8bTmDxvs/?format=pdf&lang=pt>>
- BRANCO, Francisco (1996) - Editorial. Intervenção Social [Em linha]. n.º 13/14 (1996), 5-9. [Consult. 20 Nov. 2022]. Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2350/2483>>
- BRANCO, Francisco (2008) - O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Trajetória e Desafios. Comunicação apresentada no Seminário 60 anos do Serviço Social do IPO. Lisboa
- BRANCO, Francisco (2009) - A profissão de assistente social em Portugal. Locus Soci@l [Em linha]. n.º 3 (2009), 61-89. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW:<URL:<https://doi.org/10.34632/locussocial.2009.10160>>
- BRANCO, Francisco (2012) - Prefácio. In CARVALHO, Maria Irene coord. Serviço Social na Saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor, p. xxi-xxii
- BRANCO, Francisco; FARÇADAS, Maria (2012) - O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In CARVALHO, Maria Irene coord. Serviço Social na Saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p.1-22
- BRANCO, Francisco; JOAQUIM, H.; MATIAS, Mª. Aurora; MIRANDA, Mª. R. (2007) - Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI. Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde

- BRIANT, Vicent de; PALAU Yves (1999) - La médiation: Définition, pratiques et perspectives. collection Sciences Sociales, 128. Paris: Éditions Nathan/HER
- CANNON, Ida Maud (1913) - Social Work in Hospitals: A Contributive to Progressive Medicine [Em linha]. New York, Russell Sage Foundation MCMXVII, Reprinted October, 1917, National Library of Medicine. [Consult. 27 Fev. 2022]. Disponível em WWW:  
<URL:<https://collections.nlm.nih.gov/ext/kirtasbse/28310200R/PDF/28310200R.pdf>>
- CARMO, Hermano (2014) - Educação para a Cidadania: Um Imperativo Estratégico para o Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene de; PINTO, Carla, coord. Serviço Social: Teorias e Práticas. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p.113-126
- CARMO, Isabel do (2012) - A quem serve o “bota-abaixo” do Serviço Nacional de Saúde. In CARMO, Isabel do, org. - Serviço Nacional de Saúde em Portugal, as ameaças a crise e os desafios. Coimbra: Almedina. p.55-66
- CARREIRAS, Emília; NOBRE, Teresa; FIGUEIRA, João (2003) - SIM> CIDADÃO: Manual de Formação SGSR, Versão 1.0 - Design and Layout LusoWeb
- CARVALHO, Maria Irene de (2016) - Ética Aplicada ao Serviço Social: Dilemas e Práticas Profissionais. 1ª ed. Lisboa: Pactor
- CARVALHO, Maria Irene de (2020) - O Serviço Social na saúde em Portugal e os desafios da Covid-19. Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social [Em linha]. 1086-1098. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW:  
<URL:[https://www.researchgate.net/publication/347552942\\_O\\_Servico\\_Social\\_n\\_a\\_saude\\_em\\_Portugal\\_e\\_os\\_desafios\\_da\\_Covid-19](https://www.researchgate.net/publication/347552942_O_Servico_Social_n_a_saude_em_Portugal_e_os_desafios_da_Covid-19)>. ISSN: 2318-8413
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e (2006) - Serviço Social e Cuidado Em Saúde: Uma Articulação Necessária. Revista da Faculdade de Serviço Social / UF JF - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social [Em linha]. vol. 6 e 7, N.º 1 e 2 (2006), 128-148. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em: WWW:  
URL:<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18149/9401>>ISSN: 1980-8518
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de (2012) - Serviço Social e saúde: os instrumentos e técnicas em questão. Intervenção Social [Em linha]. n.º 39 (2012), 187–202. [Consult. 23 Ago. 2024]. Disponível em WWW:<URL:<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1192>>
- CHAVES, Cláudia; DUARTE, João; AMARAL, Odete; COUTINHO, Emília; NELAS, Paula (2016) - Satisfação dos Utentes dos Cuidados de Saúde Primários com os Cuidados de Enfermagem: Amostra da Região Centro de Portugal. Revista de Psicologia INFAD. Revista Internacional de Psicologia Educacional [Em linha]. n.º 2 (2016), 339-346. [Consult. 19 Fev. 2025]. Disponível em WWW: <URL:<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/582>> ISSN: 0214-9877
- CHU, William C. K.; TSUI, Ming-sum; YAN, Miu-chung (2009) - Social work as a moral and political practice. International Social Work [Em linha]. 52, (2009), 287-298. [Consult. 29 Set. 2024]. Disponível em WWW:  
<URL:[https://www.academia.edu/8055075/International\\_Social\\_Work](https://www.academia.edu/8055075/International_Social_Work)>

- CNDSS; Fundação Oswaldo Cruz (2006) - O que são determinantes? O que é a CNDSS? Linhas de ação. [Em linha]. Ministério da Saúde. [Consult. 7 Jul. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>>
- CNHCS - SNS (2024) - Plano de Ação (vs 27-3-2024), p. 1-10
- COIMBRA, Valéria Cristina Christello; KANTORSKI, Luciane Prado; OLIVEIRA, Michele, Mandagará; PEREIRA, Denise Bermudez; NUNES, Cristiane Kenes; ESLABÃO, Adriane Domingues (2011) - Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Em linha]. n.º 5. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500017>>
- COSTA, Maria Izabel Sanches; IANNI, Aurea Maria (2018) - Individualização, Cidadania e Inclusão na Sociedade Contemporânea: uma análise teórica [Em linha]. São Bernardo do Campo - SP: Editora UFABC. [Consult. 23 Jul. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://archive.org/details/9788568576953/page/n3/mode/2up?view=theater>>
- COUTINHO, Clara Pereira (2023) - Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2ª ed. Coimbra: Editora Almedina
- DELNOIJ, Diana M. J.; KLAZINGA, Niek S.; VELDEN, Koos van der (2003) - Construindo sistemas de saúde integrados na Europa Central e Oriental: Uma análise das opiniões da OMS e do Banco Mundial e sua relevância para os sistemas de saúde em transição. Revista Europeia de Saúde Pública [Em linha]. n.º 13 (2003), 240-245. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.3.240>>
- DHOOPER, Surgit Singh (1997) - Social Work in Health Care in the 21st Century. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- DOMINGUES, Maria Elisa (2019) - 40 ANOS do SNS. ed. Saúde de Emergência. Lisboa: Secretaria Geral do Ministério da Saúde
- ERS - Dia Internacional dos Direitos Humanos e o Dia Internacional da Cobertura Universal da Saúde [Mensagem em linha] para profissionais dos GC. 12 Dez. 2022. [Consult. 13 Dez. 2022]
- ESCH, Bárbara; MARIAN, Florica; BUSATO, André; HEUSSER, Peter (2008) - Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care. Heath Quality of Life Outcomes [Em linha]. [Consult. 11 Mai. 2022] Disponível em WWW:<URL:[https://www.researchgate.net/publication/23291279\\_Patient\\_satisfaction\\_with\\_primary\\_care\\_An\\_observational\\_study\\_comparing\\_anthroposophic\\_and\\_conventional\\_care](https://www.researchgate.net/publication/23291279_Patient_satisfaction_with_primary_care_An_observational_study_comparing_anthroposophic_and_conventional_care)>
- ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim (2006) - Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cadernos de Saúde Pública [Em linha]. vol. 22, n.º 6 (2006), 1267-1276. [Consult. 27 Dez. 2022]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Sf88fP5QRXzLbWrdfGZxkRr/?format=pdf&lang=pt>>

- FARÇADAS, Maria (2022) - Serviço Social em Cuidados de Saúde Primários: Os Fatores Sociais e as Desigualdades em Saúde: da Intervenção Individual à Coletiva. In CARVALHO, Maria Irene de. coord. Práticas de intervenção do Serviço Social na saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p.51-59
- FERNANDES, Adalberto Campos; JUSTO, Cipriano; SAKELARIDES, Constantino; NUNES, João, A.; SILVA, José A.; SILVA, Manuela; FAGUNDES, Mª. João; FERREIRA, Pedro Lopes; MONTEIRO, Sandra (2012) - org. Isabel do Carmo. Serviço Nacional de Saúde em Portugal: As Ameaças, a Crise e os Desafios. Coimbra: Almedina
- FERNANDES, Ernesto (1996) - Intervenção e Serviço Social: A centralidade dos direitos humanos para a renovação do serviço social. Intervenção Social [Em linha]. n.º 13/14 (1996) 19-31. [Consult. 6 Nov. 2022] Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1313/1422>>
- FERREIRA, Francisco A. Gonçalves (1978) - «Serviço Nacional de Saúde», Separata de O Médico, n.º 1404, p. 131-145,
- FERREIRA, Dinah (1999) - Ética e Associativismo Profissional. Intervenção Social [Em linha]. n.º 19 (1999) 25-33. [Consult. 10 Dez. 2022]. Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/986/1107>>
- FERREIRA, Pedro Lopes (2012) - O direito do cidadão ao respeito, à dignidade e à participação. In CARMO, Isabel do. org. Serviço Nacional de Saúde em Portugal, as ameaças a crise e os desafios. Coimbra: Almedina. p. 67-72
- FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vitor (2015) - Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP: Relatório Final. [Em linha]. ed. CEISUC. Junho 2015, 2-99. [Consult. 1 Dez. 2024] Disponível em WWW: <URL: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Estudo\\_CSP.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Estudo_CSP.pdf) >
- FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vitor; GODINHO, Paula (2005) - A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde. CEISUC, FEUC. Ed.: Ministério da Saúde, IQS
- FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vitor; PISCO, Luís (2017) - A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. Ciência & Saúde Coletiva [Em linha]. n.º 22 (2017), (3), 747-758. [Consult. 2 Dez. 2024] Disponível em WWW: <URL: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L5wBt9ydX3DXnP9hK8S9PfQ/?lang=pt&format=pdf>>
- GÓMEZ, Eduardo Escalante (2021) - Desenhos de Investigação Qualitativa. In GONÇALVES, Sónia P.; GONÇALVES, Joaquim P.; MARQUES, Célio Gonçalo. coord. - Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações. 1ª ed. Lisboa: Pactor, p. 5-23
- GONÇALVES, Sónia P.; GONÇALVES, Joaquim P.; MARQUES, Célio Gonçalo (2021) - coord. Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações. Lisboa: Pactor
- GRAÇA, Luís (2015) - Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. In SANTOS, Luísa; PARENTE, Carina; RIBEIRO, Jorge; PONTES, Angela - Promoção da saúde: Da investigação à prática [Em linha]. vol. I, 1ª ed., Lisboa: SPPS, Editora, LDA. 8-14. [Consult. 14 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: [https://www.sp-ps.pt/uploads/publicacoes/135\\_c.pdf](https://www.sp-ps.pt/uploads/publicacoes/135_c.pdf)>

- GRACIA-PÉREZ, Maria Luísa; GIL-LACRUZ, Marta (2018) - Participação e Saúde: Novas Iniciativas. Ações Sociais e Pesquisa [Em linha]. n.º 39 (2018), 111-131. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW:<URL: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.2019393234](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2019393234)>. ISSN: 1132-192X.
- GRANJA, Berta (2014) - Contributos para a Análise das Formas Identitárias dos Assistentes Sociais. In CARVALHO, Maria Irene de; PINTO, Carla. coord. Serviço Social: Teorias e Práticas. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p. 57-81
- GUADALUPE, Sónia; GONÇALVES, Maria de Jesus Matos; FONSECA, Pedro; SILVA, Ana Margarida Frias Furtado; ÁVILA, Olga (2020) - Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios. Emancipação, Ponta Grossa [Em linha]. vol. 20, 1-22. [Consult. 14 Set. 2024] Disponível em WWW: <URL: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/14784>>
- HARO, Fernando Ampudia de; SERAFIM, Joana; CABRA, Jorge; FARIA, Liliana; ROQUE, Mª. Isabel; RAMOS Miguel; CARVALHO, Paula; COSTA, Raquel (2016) - Investigação em Ciências Sociais: Guia Prático do Estudante. Lisboa: Pactor
- HARTMANN, Cassio; LOPES, Gabriel César Dias; VIEIRA, Fábio da Silva Ferreira; SAMUEL, Bensson V. (2020) - História da Promoção da Saúde e a “Carta de Ottawa Descrita na Integra”. Revista Científica Cognitionis [Em linha]. 1-18. [Consult. 10 Dez. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://unilogos.org/revista/wp-content/uploads/2020/07/HIST%C3%93RIA-DA-PROMO%C3%87%C3%83O-DA-SA%C3%9ADE-E-A-CARTA-DE-OTTAWA-DESCR%C3%8DTA-NA-INTEGRA.pdf>>
- HOSTMAELINGEN, Njal (2016) - Direitos Humanos num Relance. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- IAMAMOTO, Marilda Vilela (1999) - O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. ed. São Paulo: Cortez
- IFSW; IASSW (2014) - Global Definition of Social Work. [Em linha]. [Consult. 23 Jul. 2024]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>>
- IMPERATORI, Emílio (1985) - Avaliação de centros de saúde: aspetos conceptuais. Lisboa: Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários
- JACQUES, T. Carlos (1999) - Os Limites da Ética Profissional: O Caso do Serviço Social. Intervenção Social. n.º 19, p. 9-19
- JONES, David; TRUELL, Rory (2012) - The Global Agenda for Social Work and Social Development: A place to link together and be effective in a globalized world. International Social Work [Em linha]. 55, (4), 454-472. [Consult. 14 Set. 2024] Disponível em WWW: <URL:[https://www.researchgate.net/publication/258143334\\_The\\_Global\\_Agenda\\_for\\_Social\\_Work\\_and\\_Social\\_Development\\_A\\_place\\_to\\_link\\_together\\_and\\_be\\_effective\\_in\\_a\\_globalized\\_world](https://www.researchgate.net/publication/258143334_The_Global_Agenda_for_Social_Work_and_Social_Development_A_place_to_link_together_and_be_effective_in_a_globalized_world)>
- LEITE, Batista Ricardo; PONTES, Carla de Sousa; PAVÃO, José Francisco. (2015) - Cidadania para a Saúde. Lisboa: Universidade Católica Editora

- LOPES, Maria Augusta; RIBEIRO, Ana Rosa; ESPÍRITO SANTO, Inês; FERREIRA, Fátima; FREDERICO, Luís (2012) - Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In CARVALHO, M<sup>a</sup>. Irene de, coord. Serviço Social na Saúde. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Pactor. p. 25-53
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia (2021) - Promover a saúde: dos fundamentos à ação. 3<sup>a</sup> ed. rev. e atualizada, reimpressão. Coimbra: Almedina
- MAGALHÃES, José; PAUL, Victoria (2021) - Entrevista. In GONÇALVES, Sónia P.; GONÇALVES, Joaquim P.; MARQUES, Célio Gonçalo. coord. Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Pactor. p. 63-85
- MARQUES, Viriato Soromenho (1996) - Direitos Humanos: Três Questões para Uma Batalha Pelo Futuro. Intervenção Social [Em linha]. n.º 13/14 (1996), 13-17. [Consult. 6 Nov. 2022]. Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1312/1421>>
- MARTINELLI, Maria Lúcia (2003) - Serviço Social na área de saúde: uma relação histórica. Intervenção Social [Em linha]. n.º 28 (2003), 9-18. [Consult. 30 Jan. 2022]. Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060>>
- MEDEIROS, Flávia A.; ARAÚJO-SOUZA, Georgia C. de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A.; CLARA-COSTA, Iris do Céu (2010) - Acolhimento em uma UBS: a satisfação do usuário em foco. Salud Pública [Em linha]. vol. 12, n.º 3 (2010), 402-413. [Consult. 1 Dez. 2024]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>
- MENEZES, Manuel (2011) - Analítica da cidadania e o serviço social na atualidade: da teoria à prática. Gestão e Desenvolvimento [Em linha]. n.º 19 (2011), 115-138. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL:[https://www.researchgate.net/publication/325091279\\_Analitica\\_da\\_cidadania\\_e\\_o\\_servico\\_social\\_na\\_atualidade\\_da\\_teorias\\_a\\_pratica](https://www.researchgate.net/publication/325091279_Analitica_da_cidadania_e_o_servico_social_na_atualidade_da_teorias_a_pratica)>
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (2017) - Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, vol. 5, n.º 7, Abril 2017, p. 1-12
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) - Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. [Em linha]. [Consult. 4 Nov. 2024]. Disponível em WWW: <URL: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021) - Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2021. [Em linha]. 3-306, [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>>
- MODRAGÓN, Jasone; TRIGUEROS, Isabel (1999) - Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores
- MONIZ, Ana Raquel Gonçalves (2022) - Os Direitos Humanos e a Sua Circunstância: Nihil Novi sub Sole? Lisboa: Universidade Católica Editora

- MONTEIRO, Sandra (2012) - Reconfigurações na Saúde. In CARMO, Isabel do. org. Serviço Nacional de Saúde em Portugal, as ameaças a crise e os desafios. Coimbra: Almedina, p. 43-46
- MORGADO, Maria Violete (1996) - Direitos Sociais e a Ação Social: Breve Reflexão e Ponderação do seu Contributo no Combate e na Prevenção da Exclusão Social. Documentos Temáticos, 1, Direção-Geral da Ação Social (Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação). p. 5-11
- MOURO, Helena (2012) - Prefácio. In CARVALHO, Maria Irene de. coord. Serviço Social na Saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p. xv-xx
- MOURO, Helena (2014) - Teoria e Teorizar em Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene de; PINTO, Carla. coord. Serviço Social: Teorias e Práticas. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p. 27-56
- NETTO, José Paulo (2015) - O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social Brasileiro. Intervenção Social [Em linha]. n.º 42/45 (2015), 229-242. [Consult. 19 Mar. 2023]. Disponível em WWW: <URL: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2201>>
- NEVES, Maria do Céu Patrão; Félix, António Bagão (2017) - Sob o Signo da Responsabilidade In NEVES, Maria do Céu Patrão; FÉLIX, António Bagão. coord. Ética Aplicada: Proteção Social. 1ª ed. Lisboa: Almedina. p. 9-23
- NIEHOFF, Cornélia (2022) - Diversidade, Justiça Social e Direitos Humanos no Serviço Social: ensinar conhecimento, competência e atitude. In ANDRÉ, Graça; JESUS, Antonela. coord. Serviço Social, Direitos Humanos e Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Católica Editora. p. 97-107
- NUNES, Lucília (2018) - Princípios Éticos no Desenvolvimento dos Estudos e Responsabilidade do Investigador [Em linha]. Sessão de Formação Comissão de Ética IP Leiria | 24 Janeiro 2018. [Consult. 4 Dez. 2023]. Disponível em WWW: <URL: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24733/1/Formacao%20CE\\_IPLeiria%2024%20jan2018.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24733/1/Formacao%20CE_IPLeiria%2024%20jan2018.pdf)>
- OLIVEIRA, Ana; GALEGO, Carla (2005) - Mediação Sócio-Cultural: Um Puzzle em Construção. Observatório da Imigração: 14. Lisboa: ACIME
- OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; TELES, Nair; CASARA, Rubens Roberto Rebello (2021) - Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção [Em linha]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Temas em saúde collection ISBN: 978-65-5708-110-5. [Consult. 23 Jun. 2024]. Disponível em WWW: <URL: [https://play.google.com/store/books/details?id=8OBBEAAAQBAJ&rdid=book-8OBBEAAAQBAJ&rdot=1&source=gbs\\_vpt\\_read&pcampaignid=books\\_booksearch\\_viewport](https://play.google.com/store/books/details?id=8OBBEAAAQBAJ&rdid=book-8OBBEAAAQBAJ&rdot=1&source=gbs_vpt_read&pcampaignid=books_booksearch_viewport)>
- OMS (1986) - Carta de Ottawa. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. [Em linha]. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: [https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)>

- OMS (2020) - Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Em linha]. Genebra: OMS. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>>
- OMS (2021) - Cuidados de Saúde Primários [Em linha]. OMS. [Consult. 26 Dez. 2022]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>>
- ONU (1999) - Direitos Humanos e Serviço Social: Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social. Lisboa: ISSScoop
- ONU (2019) - Direitos Humanos [Em linha]. ONU. [Consult. 17 Nov. 2022]. Disponível em WWW: <URL: <https://unric.org/pt/o-que-sao-os-direitos-humanos/>>
- ONU (2022) - Declaração Universal dos Direitos Humanos [Em linha]. ONU. [Consult. 27 Nov. 2022]. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>>
- PARLAMENTO Europeu; CONSELHO da União Europeia; COMISSÃO Europeia (2017) - Pilar Europeu dos Direitos Sociais. p. 3-23
- PAÚL, Constança; MARTIN, Ignácio; ROSEIRA, Luís (1999) - Comunidade e Saúde: Satisfação dos Utentes e Voluntariado. Porto: Edições Afrontamento;
- PAYNE, Malcolm (1995) - Teoria do Trabalho Social Moderno. Coimbra: Quarteto Editora
- PEREIRA, Luís Filipe (2003) - Qualidade é Ferramenta Fundamental da Nova Estratégia para a saúde. Qualidade em Saúde, 7, Lisboa: Publicação periódica do IQS. p.3-8
- PERELMAN, Julian; LOURENÇO, Alexandre; RUSSO, Giuliano; MIRALDO, Marisa (2016) - Pagamento pelo Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários: Experiências Cruzadas. Coimbra: Almedina
- PINTO, Carla (1998) - Empowerment: Uma prática do Serviço Social. In BARATA, Óscar Soares, coord. Política Social 1998. Lisboa: ISCSP. p. 245-277
- PINTO, Carla (2014) - Serviço Social na modernidade tardia: que empowerment é possível? Intervenção Social [Em linha]. n.º 35 (2014), 397-410. [Consult. 2 Dez. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1423>>
- PISCO, Luís; BISCAIA, José Luís (2001) - Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. 2 (2001), 43-51. [Consult. 13 Dez. 2024] Disponível em WWW: <URL: [https://www.academia.edu/19043445/Qualidade\\_de\\_cuidados\\_de\\_sa%C3%BAde\\_e\\_prim%C3%A1rios](https://www.academia.edu/19043445/Qualidade_de_cuidados_de_sa%C3%BAde_e_prim%C3%A1rios)>
- PISCO, Luís; PINTO, Luíz Felipe (2020) - De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. Ciência & Saúde Coletiva [Em linha]. vol. 25, n.º 4 (2020) [Consult. 23 Ago. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j3Vpw5WtDmqyLHrYPBwHgTx/?lang=pt>>

- PLANO LOCAL DE SAÚDE - ACES Sotavento 2017/2020 | USP Sotavento. [Em linha]. 2-49. [Consult. 21 Out. 2024]. Disponível em WWW: <URL: Plano Local de Saúde ACES Sotavento (min-saude.pt)>
- PRÁ, Keli Regina dal (2003) - As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. Revista Virtual Textos & Contextos, n.º 2 (2003), 1-15
- KERBER, Pereira da Costa Nalú; Kirchhof, Ana Luísa Cardoso; Cezar-Vaz, Marta Regina; Silveira, Rosemary Silva da (2010) - Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. vol. 18, n.º 5 (2010), 1-8. [Consult. 29 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421935024.pdf>>. ISSN: 0104-1169.
- KRONEMAN, Madelon W.; MAARSE, Hans; VAN DER ZEE, Jouke (2006) - Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy [Em linha]. vol. 76 (2006), 72-79. [Consult. 3 Dez. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.003>>
- KRÜGER, Tânia Regina (2010) - Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a Partir do SUS. Revista Serviço Social & Saúde [Em linha]. UNICAMP Campinas, vol. IX, n.º 10 (2010), 123-145. [Consult. 12 Mar. 2023]. Disponível em WWW: <URL: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ss/article/view/8634891/2790>>
- RAMOS, Vítor; GONÇALVES, Célia (2010) - Cidadania e Saúde: Um caminho a percorrer... [Em linha]. Alto Comissariado da Saúde | PNS 2011-2016, 2-3, [Consult. 31 Mai. 2022]. Disponível em WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/CS-AIV1.pdf>>
- REBELO, Paulo (1996) - Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark
- Regulamento Interno do ACeS Sotavento. [Em linha]. [Consult. 24 Out. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <<https://silo.tips/download/regulamento-interno-agrupamento-de-centros-de-saude-do-sotavento>>
- Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde do ACeS Sotavento 2020
- RESTREPO, Olga Lúcia Vélez (2003) - Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires: Espacio Editorial
- RIBEIRINHO, Carla; TELES, Helena (2022) - Trabalho Interdisciplinar na Área da Saúde: Desafios para o Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene de. coord. Práticas de intervenção do Serviço Social na saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p.1-18
- ROQUE, Hugo; VELOSO, Ana; FERREIRA, Pedro L. (2016) - Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. Revista de Saúde Pública [Em linha]. (2016), 50-61. [Consult. 29 Nov. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <[scielo.br/j/rsp/a/mMdnkngjK6BMBvngb9gkLPn/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/rsp/a/mMdnkngjK6BMBvngb9gkLPn/?format=pdf&lang=pt)>
- ROSA, Honorato (1996) - A Dignidade Humana. Lisboa: ISSS e Multinova - União Livreira e Cultural

- SANTOS, Osvaldo; BISCAIA, André; ANTUNES, Ana Rita; CRAVEIRO, Isabel; JÚNIOR, António; CALDEIRA, Rita; CHARONDIÈRE, Pascale (2007) - Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais [Em linha]. 1ª ed., Lisboa: Ministério da Saúde e Missão para os CS Primários. [Consult. 2 Dez. 2024]. Disponível em WWW: <URL:https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2062/1/Osvaldo%20Santos%202007.pdf>
- SCHWARTZ, Germano André Doederlein (2001) - Direito à saúde: efetivação em uma perspetiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado
- SECRETARIA GERAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES (2009) - Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores. [Em linha]. [Consult. 1 Dez. 2024] Disponível em WWW:<URL:https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/1107805/relatorioCS.pdf/c27583a0-3f54-f71b-942a-0c0aaca7e06?t=1598623339177>
- SERAFIM, Maria do Rosário (2004) - O reconhecimento da condição ética dos cidadãos – um imperativo para o serviço social. Intervenção Social, n.º 29, p. 25-52
- SILVA, J. M. Caldeira da (1983) - O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. Saúde Pública. Lisboa. vol. 2, p. 6-11
- SILVA, Manuel Menezes (2003) - Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direção à cidadania ativa. Intervenção Social, n.º 27, p. 31-34
- SILVA, Teresa (2012) - Promoção da Saúde em Meio Escolar no Quadro das Políticas Públicas Saudáveis. In CARVALHO, Maria Irene de. coord. Serviço Social na Saúde. 1ª ed. Lisboa: Pactor. p. 251-272
- SIX, Jean-François (1990) - Le temps des médiateurs. Paris: Éditions du Seuil.
- SOUSA, Maria Isabel de Jesus (2017) - Serviço Social: a dimensão política da profissão. Intervenção Social [Em linha]. n.º 49/50 (2017), 9-24. [Consult. 5 Set. 2024]. Disponível em WWW: <URL:http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/2652/2865>
- SUARES, Marínes (1997) - Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Barcelona: Paidós Mediacion
- TORREMORELL, Maria Carme Boqué (2008) - Cultura de Mediação e Mudança Social. Porto: Porto Editora
- UNGA (2015) - Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Em linha]. A/RES/70/1, Distr.: General 21 October 2015, Seventieth session, 1-35. [Consult. 28 Set. 2024]. Disponível em: WWW: <URL: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>
- VILELAS, José (2022) - Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- VUORI, H. (1984) - Primary health care in Europe: problems and solutions. Community Medicine. N.º 6, p. 222-230

- WALZ, Hanz (2022) - Vivendo juntos na casa comum na perspetiva dos direitos humanos e do desenvolvimento sustentável. In ANDRÉ, Graça; JESUS, Antonela. coord. Serviço Social, Direitos Humanos e Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Católica Editora. p. 24-50
- WHO (1996) - The Ljubjana Charter on Reforming Health Care. Bulletin of World Health [Em linha]. 1-6. [Consult. 7 Nov. 2024]. Disponível em WWW:<URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347612/WHO-EURO-1996-3871-43630-61314-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>
- WHO (2020) - Basic Documents: Forty ninth Edition (Including amendments adopted up to 31 May 2019). [Em linha]. Constitution of the World Health Organization. [Consult. 23 Jul. 2024]. Disponível em WWW: <URL: [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6)>
- WHO (s.d.) - Social Determinants of Health. [Em linha]. [Consult. 5 Mar.2023]. Disponível em: WWW:<URL:[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3)>
- WIER SMA, William (1995) - Research methods in Education: An introduction. 6ª ed. Boston: Allyn and Bacon

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: CONSENTIMENTO INFORMADO

#### Consentimento Informado Verbalizado

- **Apresentação do entrevistador (Pedro Gonçalves, Assistente Social do GC do CS de Tavira);**
- **Objetivo da entrevista: Verificar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais dos CS da região;**
- **Por isso, a Sua Opinião é Muito Importante para este estudo;**
- **Está disponível para ser entrevistado(a)?;**
- **A entrevista dura cerca de 10 a 15 minutos no máximo;**
- **É garantido o Anonimato do Sr.(a), e as suas Respostas São Confidenciais;**
- **O Sr.(a) a qualquer momento pode abandonar a entrevista, sem problema;**
- **O Sr.(a) Autoriza que Grave a Entrevista?**

### APÊNDICE B: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### 1. Caracterização Sociodemográfica

1.1. Sexo: M ☐ F ☐ (preencher previamente)

1.2. Idade \_\_\_\_\_ (preencher previamente)

1.3. Qual a sua escolaridade?

Sabe Ler/Escrever ☐ | Não Sabe Ler/Escrever ☐ | 1º Ciclo do Ensino Básico (1.º, 2.º, 3.º e 4.º ano) / Escola Primária ☐ | 1º Ciclo Incompleto ☐ | 2.º Ciclo (5.º e 6.º ano) ☐ | 2.º Ciclo Incompleto ☐ | 3.º Ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano) | 3º Ciclo Incompleto ☐ | **Ensino Secundário** (10.º, 11.º e 12.º ano) ☐ | Ensino Secundário Incompleto ☐ | Curso de Formação Profissional ☐ | **Ensino Superior** - Licenciatura ☐ | Pós-graduação ☐ | Mestrado ☐ | Doutoramento ☐

1.4. Situação relativamente a Estudo/Trabalho/Reforma

Estudante ☐ Trabalhador/a-Estudante ☐ | Empregado/a ☐ Desempregado/a ☐ Reformado/a ☐ Reformado/a a Trabalhar ☐

1.5. O que é para si ter Saúde?

2. Lembra-se há quanto tempo é utente da Unidade/Pólo X?

#### 3. Acessibilidade

### 3.1. Como se desloca ao CS de X?

3.1.1. Carro ☐ O estacionamento é fácil ☐ ou difícil ☐ ? \_\_\_\_\_

3.1.2. Transporte(s) público(s) ☐ Facilidades/dificuldades na deslocação por este meio  
\_\_\_\_\_

### 3.2. Marcação de Consultas

3.2.1. Quando precisa, é fácil ter uma Consulta do Dia (Aberta / Vaga)?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? \_\_\_\_\_

3.2.2. É fácil marcar uma Consulta Programada?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? \_\_\_\_\_

3.2.2.1. Que meio utiliza para marcar uma Consulta Programada? Presencial ☐ Telefone  
☐ e-mail ☐ Portal do Utente SNS ☐

É fácil fazer essa marcação?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? \_\_\_\_\_

3.2.3. Já alguma vez precisou de marcar uma Consulta Domiciliária?

Não ☐ Sim ☐

3.2.3.1. Foi fácil?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? \_\_\_\_\_

3.2.4. Tempo de espera

3.2.4.1. Qual a sua opinião sobre o tempo de espera para as Consultas Médicas?  
\_\_\_\_\_

3.2.4.2. E para as Consultas/Tratamentos de Enfermagem? \_\_\_\_\_

3.2.4.3. E para Consultas com outros profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, etc.)? \_\_\_\_\_

3.2.5. Já lhe aconteceu haver alteração da data/hora da Consulta? Não ☐ Sim ☐ Se sim, como isso foi tratado? \_\_\_\_\_

### 3.3. Acesso telefónico ao médico/a

3.3.1. Se precisar, é fácil falar por telefone com o seu médico/a?

Sim ☐ Não ☐ porquê? \_\_\_\_\_

### 3.4. Acesso telefónico ao enfermeiro/a

3.4.1. Se precisar, é fácil falar por telefone com o enfermeiro/a?

Sim ☐ Não ☐ porquê? \_\_\_\_\_

### **3.5. Acesso telefónico a outros profissionais de saúde**

3.5.1. Já precisou de falar por telefone com outros profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, etc.)?

Não ☐ Sim ☐ Com quem? \_\_\_\_\_ foi fácil falar com esse(s) profissional(ais)? Sim ☐ Se não, porquê? \_\_\_\_\_

### **3.6. Acesso telefónico ao secretariado clínico para pedido de informações, renovação de receituário, resolver aspetos burocráticos**

3.6.1. Como avalia este acesso? \_\_\_\_\_

## **4. Qualidade das Instalações**

4.1. O que mais o(a) satisfaz nas instalações do CS de X/ Pólo de Y?

4.2. O que menos o(a) satisfaz nas instalações do CS de X/ Pólo de Y?

## **5. Atendimento do Secretariado Clínico**

5.1. O que mais o(a) satisfaz no atendimento do secretariado clínico da unidade X/ Pólo de Y?

5.2. O que menos o(a) satisfaz no atendimento do secretariado clínico da unidade X/ Pólo de Y?

## **6. Cuidados de Enfermagem**

6.1. O que mais o(a) satisfaz com os cuidados de enfermagem da unidade X/ Pólo de Y?

6.2. O que menos o(a) satisfaz com os cuidados de enfermagem da unidade X/ Pólo de Y?

## **7. Cuidados Médicos**

7.1. O que mais o(a) satisfaz com os cuidados médicos da unidade X/ Pólo de Y?

7.2. O que menos o(a) satisfaz com os cuidados médicos da unidade X/ Pólo de Y?

8. Recomenda os serviços da sua Unidade/ Pólo a outras pessoas?

## **9. Prioridades de Mudança**

9.1. Se dependesse do Sr.(a), quais as primeiras 2 medidas que tomaria para melhorar os cuidados de saúde da sua Unidade/Pólo à população (sabendo que os recursos - dinheiro, profissionais, são limitados)?

## **10. Antes de terminarmos a entrevista quer acrescentar alguma coisa?**

O investigador agradece a disponibilidade e o contributo do(a) utente/familiar, despedindo-se.