



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

A satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais dos
utentes do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

Ana Paula Rodrigues dos Santos da Conceição e Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Maria Inês Espírito Santo

Professora auxiliar convidada

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

*We are committed to transform our ways of working
together to achieve better health with available resources.*

(Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-
being for All, WHO,2019)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Sra. Presidente do Conselho Diretivo, do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, e à Comissão de Ética, na pessoa da Dra. Ana Ferreira, pela colaboração institucional e disponibilidade e a todos os profissionais que colaboraram comigo nas mais diversas formas.

Ao Corpo Científico do Mestrado em Serviço Social, em particular ao meu colega, Dr. Jorge Ferreira

Um agradecimento especial à minha estimada orientadora, Prof.^a Dra. Inês Espírito Santo, que me acompanhou desde sempre e me ajudou a chegar aqui. Pela Disponibilidade, pela exigência e pelos valores.

À minha querida irmã, companheira dos desafios e das conquistas e sempre presente. Um infinito obrigado. “Ninguém disse que ia ser fácil, só disse que ia valer a pena”.

À Alexandra Alves e à Fátima Silva por me terem ajudado nesta caminhada.

À minha Família e aos meus amigos pelo apoio e amizade.

A mim mesma por me ter conseguido desafiar-me.

Bem-haja!

RESUMO

A presente investigação pretendeu caracterizar, medir e avaliar e o grau de satisfação dos utentes e estabelecer uma relação com a qualidade dos cuidados prestados, no quadro da política de saúde para visão, bem como da intervenção biopsicossocial na atuação e resposta às suas necessidades no enquadramento da missão da instituição. As dimensões da satisfação avaliadas foram: *Atendimento, Assistência e Relação, Atendimento, Urbanidade e Comunicação, Atendimento, Área Administrativa, Infraestruturas; itens de lealdade*, foi avaliado o *Desempenho Institucional* e na dimensão da satisfação relativa à intervenção psicossocial foi avaliada a intervenção de Serviço Social no acompanhamento prestado aos utentes/doentes, contemplando-se uma pergunta aberta para apresentação de propostas de melhoria.

A amostra selecionada foi aleatória constituída pelos utentes (N=320), que utilizaram os serviços do IOGP, no período compreendido de 09.07.2019 a 16.08.2019 2019, em dias úteis. Utilizou-se a metodologia indutiva de natureza quantitativa pela aplicação do questionário EUROPEP, adaptado à realidade da instituição.

Decorrente dos resultados evidencia-se contributos na implementação de medidas de melhoria e reforço da qualidade das práticas profissionais e a promoção da confiança institucional, junto dos seus pacientes. A nível global, a satisfação dos utentes face às áreas de prestação de cuidados revela um elevado grau de satisfação em algumas dessas áreas e uma satisfação parcial em outras. A grande satisfação reside na lealdade à unidade hospitalar, considerando que a mesma responde às suas necessidades e como tal não haver qualquer razão para mudar para outra instituição de saúde.

No que concerne à intervenção psicossocial desenvolvida pelo Serviço Social *existe* um elevado desconhecimento relativamente à existência do serviço na instituição, mas também uma ausência de necessidade de recorrer aos serviços, sendo, contudo, significativa a percentagem de respostas omissas, justificável pelo deficit de informação, ausência de divulgação e referenciação pelas outras áreas disciplinares.

Palavras-chave: Satisfação; Qualidade; Saúde da Visão; Cuidados Biopsicossociais; Serviço Social

ABSTRACT

In the context of Vision Health, this research aimed to characterize, measure and evaluate the level of satisfaction of users and establish a relationship with the quality of care provided, within the framework of health policy for vision, and the biopsychosocial intervention in the performance and response to their needs arising from the mission statement of the reference institution. The dimensions of satisfaction evaluated were: *Attendance, Assistance and Relationship, Attendance, Urbanity and Communication, Attendance, Administrative Area, Infrastructures*; in the dimension of loyalty items, the *Institutional Performance* was evaluated and in the dimension of satisfaction related to the psychosocial intervention, the Social Work intervention was evaluated as far as the care provided to service users / patients is concerned, after having included an open-ended survey question for the submission of improvement proposals.

The sample was randomly selected and was constituted by users (N=320) who used the services of IOGP, during the period from 09.09.2019 to 16.08.2019 2019, in working days. The quantitative inductive methodology was used by applying the EUROPEP questionnaire, adapted to the reality of the institution.

Based on the evaluation of the results, one must highlight the contributions to the implementation of improvement measures and professional practice qualification and promotion of its patients' trust in institutions. Globally, patient satisfaction as far as care areas are concerned reveals a high degree of satisfaction in some of those areas and partial satisfaction in others. The great satisfaction lies in the loyalty to the hospital, considering that it responds to their needs and, therefore, there is no reason to transfer to another health institution.

As far as the psychosocial intervention developed by the Social Service is concerned, there is not only a high lack of knowledge about the existence of the service in the institution, but also an absence of need to use to the services. However, the percentage of missing responses, justified by the lack of information, dissemination and referral by other disciplinary areas, is significant.

Keywords: Satisfaction; Quality; Vision health; Biopsychosocial Care; Social Service

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE GRAFICOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	IX
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	X
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - A SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS NA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL	4
1.1. POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE DA VISÃO	4
1.2. SATISFAÇÃO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE	6
1.2.1. Dimensões de avaliação	9
1.2.2. Fatores que influenciam a satisfação	12
1.2.3. Relação da satisfação e qualidade dos cuidados de saúde	14
1.3. O SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DA SAÚDE DA VISÃO	16
1.3.1. Fatores psicossociais na saúde dos utentes.....	18
1.3.2. Intervenção social orientada para a satisfação e melhoria dos cuidados	19
CAPÍTULO II - QUADRO METODOLÓGICO	22
2.1. NATUREZA DO ESTUDO	22
2.2. CAMPO EMPÍRICO E AMOSTRA	24
2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	24
2.4. FIABILIDADE DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	27
CAPÍTULO III – SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM AS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE VISÃO	29
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA	29
3.1.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	30
3.1.2. Caracterização da Amostra relativamente à satisfação manifestada.....	32
3.1.3. Caracterização da Amostra relativamente aos itens de Lealdade	35

3.1.4. Caracterização da amostra quanto ao Grau de frequência relativamente aos itens de satisfação da intervenção psicossocial.....	36
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL	37
CAPÍTULO V- CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PELA FAIXA ETÁRIA (N=320)	30
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO (N=320)	30
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL (N=320)	31
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO PELAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (N=320)	31
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=320)	32
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PELA ORIGEM DEMOGRÁFICA (N=320)	32
GRÁFICO 7 - DADOS RELATIVOS À LEALDADE MANIFESTADA PELOS UTENTES ...	36

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO	26
TABELA 2- PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA ÀS RESPOSTAS	26
TABELA 3 – ANÁLISE DE ITENS DE SATISFAÇÃO NÃO RESPONDIDOS.....	27
TABELA 6 – DADOS RELATIVOS À SATISFAÇÃO MANIFESTADA PELOS UTENTES.	34
TABELA 7- ESTATÍSTICAS RELATIVAS À SATISFAÇÃO MANIFESTADA PELOS UTENTES, PARA CADA UMA DAS ÁREAS.....	35
TABELA 8 – DADOS RELATIVOS À LEALDADE MANIFESTADA PELOS UTENTES.....	36
TABELA 9 - DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL.	37
TABELA 10 – DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL	37
TABELA 11 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A FAIXA ETÁRIA E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES	38
TABELA 12 – TESTE DE U MANN-WHITNEY ENTRE O SEXO E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO INSTITUTO.....	39
TABELA 13 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE O ESTADO CIVIL E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES	39
TABELA 14 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	40
TABELA 15 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES	40
TABELA 16 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A ORIGEM GEOGRÁFICA E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES	41
TABELA 17 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A FAIXA ETÁRIA E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	41
TABELA 18 – TESTE DE U MANN-WHITNEY ENTRE O SEXO E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.	42
TABELA 19 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE O ESTADO CIVIL E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	42
TABELA 20 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	42

TABELA 21 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	43
TABELA 22 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A ORIGEM GEOGRÁFICA E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	43

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1..... I

ANEXO 2..... II

ANEXO 3..... III

ANEXO 4..... VIII

ANEXO 5..... X

ANEXO 6..... XI

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

DGS - Direção Geral de saúde

ENSV - Estratégia Nacional para a Saúde da Visão

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

NASW - National Association of Social Workers

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSV - Programa Nacional para a Saúde da Visão

RMS - Relatório Mundial da Saúde

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Oftalmologia

RRH - Rede de Referência Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

É visível a crescente preocupação e interesse dos Estados e das Organizações Mundiais pela Saúde e bem-estar dos cidadãos, o que tem levado a uma reconfiguração do conceito de Saúde.

Sabemos que a Lei de Bases da Saúde (1990) reconhece a liberdade de escolha por parte do utente, no acesso à rede nacional de prestação dos cuidados de Saúde, contudo também são conhecidas as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços. Esta lei destaca ainda a importância do envolvimento de todos os departamentos na promoção da saúde, especialmente os que atuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social. O diploma, recentemente atualizado (2019) reforça o papel central do Serviço Nacional de Saúde, na prestação de melhores Cuidados de Saúde através de uma reorganização dos serviços de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (2016) vai mais longe, procurando promover comunidades saudáveis através de informação e da literacia em saúde, sendo dois dos seus eixos estratégicos a *Qualidade em Saúde* e a *Cidadania em Saúde*. Está alinhado com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia e tem em consideração as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016, salientando a dimensão de *mais valor em saúde* assente nos pressupostos da qualidade, segurança e equidade nos cuidados de Saúde.

Desta forma, transformar a prestação tradicional de cuidados de saúde em cuidados primários, otimizando a contribuição dos serviços de saúde torna-se um imperativo, no sentido da melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação dos cuidados prestados, de modo a que essa prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (PNS, 2015).

Sabemos que em Portugal, o acesso universal a cuidados de saúde, e em particular, da Saúde da Visão está longe de estar assegurado. A falta de cobertura dos programas de rastreio e posterior acesso a consultas de oftalmologia, a par dos dilatados tempos de espera para consulta de oftalmologia e da deterioração dos tempos para cirurgia, são alguns dos constrangimentos apontados por Lourenço e Barros (2019), obrigando muitas vezes os utentes a recorrerem à medicina privada.

É reconhecido, que Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto é uma instituição de referência na prestação de cuidados da Saúde da Visão diferenciados, promovendo os cuidados, estudo e investigação na área dos cuidados hospitalares, sendo a atividade assistencial dirigida para a área de consulta e cirurgia ambulatória.

Neste contexto de Saúde e pela identificação empírica de indicadores de vulnerabilidade, pela idade avançada, pela escolaridade e pelas limitações da visão total ou parcial, a abordagem biopsicossocial torna-se relevante no cuidado global e sistémico ao utente e no respeito pelas dimensões espiritual, emocional e cultural, assim como pela dignidade da pessoa em contextos de saúde e de doença.

Assim, a presente dissertação decorre de uma investigação em Serviço Social, centrada na “satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais dos utentes do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto”.

Neste enquadramento, a avaliação da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados assume-se como “um indicador de qualidade fundamental pois concede ao utente a possibilidade de ter uma participação ativa na construção do serviço de saúde baseado na perceção e valorização dos serviços prestados” (Brito, 2015:15). A opinião destes face à sua satisfação é indispensável para que se possa fazer uma monitorização da qualidade, no sentido da melhoria dos mesmos.

É neste pressuposto de avaliação e medição de resultados face à satisfação dos cuidados prestados aos utentes do IOGP que se integra a necessidade de avaliar e caracterizar a atuação do serviço social e a perceção dos utentes face ao mesmo.

Decorrente do exposto e identificada a pertinência do estudo, levantam-se as seguintes questões: Como é que os utentes avaliam a prestação de cuidados de saúde no IOGP e qual o seu grau de satisfação? Será que existe relação entre a satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais prestados aos utentes do Instituto? Qual a perceção que têm da prestação dos cuidados psicossociais e da atuação do Serviço Social nesta realidade hospitalar? O estudo versa a avaliação da satisfação e da qualidade da prestação avaliando a perceção dos utentes face à atividade do Serviço Social na sua atuação de dimensão psicossocial.

A metodologia de investigação utilizada baseou-se no modelo indutivo para a avaliação da satisfação dos utentes no IOGP. Foi aplicado O *Questionário, European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care, EUROPEP, Versão portuguesa*. As perguntas foram e organizadas por áreas para melhor adequação às características da Instituição. Segundo Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 2004; Hespanhol, Ribeiro & Pereira, 2005 *apud* Brito, 2015:16, os questionários de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde assumem-se como ferramentas fundamentais no desenvolvimento da investigação, auxiliando os gestores na identificação de áreas ou serviços suscetíveis de ser reestruturados ou melhorados, podendo inclusive, contribuir para uma melhor eficiência e otimização dos gastos em saúde.

A Tese está organizada em cinco capítulos. No capítulo I temos o Enquadramento Teórico; no capítulo II o Quadro Metodológico, está relacionado com a metodologia de investigação, com a problemática e as técnicas de recolha e análise de dados; no capítulo III

o Serviço Social na relação com as dimensões de Satisfação e Qualidade dos Cuidados de Visão com a apresentação e análise de resultados; no capítulo IV na Discussão dos Resultados são analisados e discutidos os resultados face ao enquadramento teórico e no capítulo V as Conclusões e recomendações. Neste capítulo final, fazem-se as considerações finais do estudo e apresentam-se perspectivas futuras de investigação. Por fim, apresentamos as referências bibliográficas e os anexos.

CAPÍTULO I - A SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS NA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL

1.1. POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE DA VISÃO

Sabemos que os olhos são os órgãos responsáveis pelo sentido da visão e que é por meio desse sentido que temos a capacidade de enxergar tudo à nossa volta.

O sentido da visão possui um elevado significado social, representando uma forma de comunicação, fundamental para a relação entre as pessoas e para a atividade profissional- “Assume-se como uma área de particular sensibilidade e impacto social e desempenha um papel crítico na saúde individual, sendo um fator essencial para se alcançar uma boa qualidade de vida. Possui um elevado significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a atividade profissional” (PNSV, 2005:5).

É por isso fundamental, “prevenir e tratar a doença visual, a qual provoca diminuição da qualidade de vida, com repercussão negativa a nível pessoal, familiar e profissional, para além de causar elevados custos sociais. Paralelamente, considerando o envelhecimento progressivo da população portuguesa, assiste-se a um aumento da prevalência das patologias visuais associadas à idade (OMS, 2016:4), pelo que as deficiências visuais são mais frequentes na população mais idosa.

Estas estimativas sobre a dimensão mundial das deficiências visuais, assim como as suas causas, determinam a mudança de vida de milhões de pessoas. Segundo esta avaliação todas as causas de deficiências visuais são evitáveis ou podem ser tratadas. (OMS, 2016:5), contribuindo para tal a evolução da técnica em geral, e das ciências médicas em particular, no tratamento da diminuição da acuidade visual e da prevenção da cegueira.

Neste contexto, os índices elevado de doenças oftalmológicas e a insuficiência nas respostas às doenças dos olhos e do sistema visual são extremamente frequentes na população em geral, pelo que o envelhecimento progressivo da população se constitui como um dos fatores que mais contribui para esta situação, criando mais necessidades de cuidados oftalmológico (PNSV:2005).

O Programa Nacional para a Saúde da Visão aponta a necessidade de reduzir a incidência e prevalência previsíveis de cegueira e de casos de perda de visão associados a patologias passíveis de serem tratadas de forma adequada, assim como diminuir a proporção de problemas de saúde da visão que contribuem para a perda de funcionalidade e independência nas pessoas com idade superior ou igual a 55 anos, minimizando assim, as várias barreiras que limitam, impedem ou retardam, o acesso do doente a cuidados de saúde da visão. “(PNS, 2005).

Nesta perspetiva da prestação de cuidados de saúde e específica e na procura de uma resposta adequada é determinante a constituição de uma rede de referenciação oftalmológica, que facilite o melhor aproveitamento do que existe, ofereça condições apropriadas para o crescimento, preencha lacunas e diminua desigualdades, tendo como finalidade última impedir a cegueira evitável, preservando e restaurando a melhor visão possível da população” (OMS, 2016:6) .

Atualmente está assumido que “a prevenção primária e a deteção precoce, bem como o acesso a terapêuticas cirúrgicas oftalmológicas e a recuperação global visual, constituem medidas determinantes na redução da morbilidade das doenças da Visão” (OMS, 2016:6).

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS E METAS

O acesso a cuidados de saúde da visão é uma área com insuficiências identificadas que constituem grande preocupação e exigem respostas, passíveis de melhorar a intervenção. O diagnóstico das insuficiências e dos constrangimentos, impõe “o desenvolvimento de uma metodologia estruturada que permita implementar o plano a nível nacional com equidade e que atinja ganhos efetivos em saúde” (ENSV, 2018:63).

Esta estratégia tem como finalidade garantir “A universalidade dos cuidados de Saúde visual à população portuguesa, melhorando a acessibilidade e garantindo a equidade; por uma governação de saúde que garanta ganhos e qualidade em saúde; pela promoção da cidadania e da literacia; o último objetivo passa por garantir uma monitorização contínua de todo o processo” (ENSV, 2018: 3). Desta forma, e para a concretização desta finalidade é necessário entre outras ações a da articulação com os cuidados de Saúde primários, considerado o grande pilar da Estratégia Nacional para a Saúde da Visão em articulação com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de referenciação em Oftalmologia (RNEHR), nos pressupostos assumidos tendo em conta as metas a alcançar.

Na prossecução destes pressupostos de melhoria da oferta e do acesso é determinante a implementação de uma plataforma de cuidados de saúde primários vigorosa, que assuma protagonismo na rede de cuidados oftalmológicos, pelo que a organização estratégica dos cuidados de saúde visual deve passar por um forte investimento e por um alargamento estruturado da oferta, ao nível dos cuidados de saúde primários, com o reforço de recursos humanos que garantam a resposta em tempo útil, melhorem o acesso e a equidade, sustentada numa metodologia que promova a definição das prioridades atuais na área da saúde visual (ENSV, 2018).

1.2. SATISFAÇÃO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os cuidados de saúde promovem respostas sustentadas numa intervenção especializada dirigida ao doente. Numa visão holística e integral de Saúde, a mesma se constitui como “um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005 *apud* PNS, 2016:26). Assim, assume-se como uma necessidade universal, objectiva e transcultural, básica (Nussbaum e Sen, 1993) e para a qual contribuem os factores como boas condições sanitárias, habitações condignas, uma alimentação correta, segurança física ou o progresso científico e tecnológico. Todavia, sabemos que existem barreiras e que a associação entre as desigualdades no estatuto socioeconómico e as disparidades na saúde é persistente (Looper e Lafortune, 2009 *apud* Veiga, 2005). É visível, as disparidades entre a saúde das pessoas em países estáveis e a saúde das pessoas que vivem em ambientes frágeis e vulneráveis, apesar de todos os progressos que se têm feito em saúde.

Os cuidados de saúde definem-se hoje à escala mundial e as orientações são transversais e globais. Os países enfrentam os mesmos desafios como sejam as questões relativas à garantia da cobertura universal e ao financiamento dos sistemas de saúde, visando manter-se a sustentabilidade financeira para sustentar os ganhos em saúde e permitir o acesso dos cidadãos sem necessidade de lhes imprimir sacrifícios financeiros (WHO/DCO/2018), conscientes de que a globalização das doenças e das economias com exigências crescentes como os cuidados crónicos, estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações (RMS,2010).

Falar de cuidados de saúde é necessariamente assumir o paradigma atual relativamente à sua realização assente em pressupostos determinados por padrões de qualidade na prestação dos mesmos em saúde, na resposta aos cidadãos e à necessidade em emergência baseada na melhoria continua e na oferta. Neste pressuposto, em Portugal a promoção da qualidade em saúde ,alicerça-se nas orientações promovidas pela Estratégia Nacional para a

Qualidade em Saúde 2015-2020, no sentido de garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, visando assegurar “funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, que estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão” (<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>). Tem assim, como principal missão, promover a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, na garantia dos direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, determinando a avaliação dos indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde e executando a

monotorização dos processos para avaliação dos padrões de qualidade na prestação dos cuidados nas instituições de saúde conducentes á avaliação da satisfação dos cidadãos face ao resultado dos cuidados de saúde prestados (www.dgs.pt).

Face ao exposto, é clara a mudança operada na prestação de cuidados de saúde pautados por práticas e procedimentos que visam a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes, a monotorização permanente da qualidade e segurança, assim como o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde associada a informação transparente ao cidadão (www.DGS.pt).

Desta forma, na prestação de cuidados de dimensão psicossocial é determinante a avaliação dos constrangimentos na continuidade de cuidados na saúde da Visão, nomeadamente as dificuldades financeiras para deslocações, na aquisição de óculos, na ausência de acompanhante (fundamental nas situações que impliquem a realização das cirurgias), promovendo respostas que minimizem ou até resolvam esses constrangimentos.

O modelo Biopsicossocial assume uma intervenção que integra a complementaridade das disciplinas psicossociais no processo de tratamento da pessoa, “substituindo-se uma perspetiva centrada na dimensão física da pessoa por uma que defende a contribuição simultânea de fatores biológicos, sociais e psicológicos” (Carvalho, 2012:25).

O Serviço Social assume-se como uma das disciplinas de apoio clínico, que desenvolve a sua ação em função da doença numa rede de relações envolventes de interação com os outros profissionais, por forma a promover a saúde atuando em função dos determinantes da saúde que influenciam negativamente a promoção da saúde dos sujeitos nas suas dimensões emocional, social e familiar.

Valorizando-se a dimensão subjetiva do doente no processo de doença e tratamento, a subjetividade torna-se alvo de investimento e transformação do cuidado (Gonzalez Rey, 2002) e a emocionalidade como matriz de sentidos que permite aprofundar a compreensão da produção desses outros sentidos para o cuidado.” (Mental ano IX, no 17, Barbacena-MG, 2011). Outros autores enfatizam também o carácter essencialmente relacional privilegiando a produção de sentidos resultante do encontro de subjetividades. A evolução para a abordagem biopsicossocial, desenvolvida por George Engel e John Romano enfatiza a importância de entender a saúde e a doença em seus contextos mais completos.

A abordagem biopsicossocial considera sistematicamente fatores biológicos, psicológicos e sociais e suas complexas interações na compreensão da saúde, doença e prestação de cuidados de saúde. Aplicada à prática clínica define a importância de reconhecer que as relações são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde, usando a autoconsciência como uma ferramenta diagnóstica e terapêutica, a história do paciente no contexto das circunstâncias da vida e promovendo a saúde do paciente numa atuação de caráter multidimensional.

Outros contributos para a formação do conceito foram os da psicobiologia e da psicanálise, destacando-se Adolf Meyer (1866-1950), uma das mais influentes figuras da psiquiatria na primeira metade do século XX. Seu foco sobre a recolhimento de histórias detalhadas de casos sobre pacientes é a mais importante das suas contribuições, juntamente com sua insistência em que os doentes possam ser melhor compreendidos através da consideração das suas situações da vida. Também Urie Bofenbrenner promoveu a teoria de que os fatores sociais desempenham um papel no desenvolvimento da doença e dos comportamentos. A abordagem teórica do autor (a Teoria dos Sistemas Ecológicos do Desenvolvimento Humano) preconiza a consideração pela importância de estabelecer uma conexão clara e consistente entre a teoria utilizada e os métodos empregados para se chegar a dados fidedignos na pesquisa em contextos naturais, numa abordagem ecológica. Engel usou a abordagem de Bofenbrenner que preconizava a análise dos aspetos da pessoa em desenvolvimento, do contexto em que vive e dos processos interativos que influenciam o próprio desenvolvimento humano, em determinados períodos de tempo. (researchgate.net).

No contexto histórico da evolução do conceito, a conceção mais ampla da doença centrada no Modelo Biopsicossocial (Engel, George, 1977) que integra a dimensão subjetiva dos indivíduos, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e se expressar, num quadro de interações e significados, de identidades e construção de saberes, tendo a abordagem biopsicossocial conduzido às transformações na formação profissional e nas práticas profissionais em saúde.

A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas. Esta definição traduz essencialmente as dimensões subjetivas da produção de Saúde, aliadas às conceções atuais que caminham para a interdisciplinaridade na e para a atenção global no processo de tratamento, na medida em que ampliam o olhar sobre os diversos aspetos do processo saúde-doença” (Belloch e Olabarria, 1993 apud Marco, 2003; Maia, 2005).

Em suma, a abordagem psicossocial promove a interdisciplinaridade, a atenção global ao sujeito, integra a dimensão subjetiva dos indivíduos, valoriza as dimensões, biológicas,

psicológicas e sociais, em constante interação, sendo que o conhecimento e a intervenção se desenvolvem na relação e no respeito pela valorização dos direitos. Sabemos que há autores que realizaram críticas sobre suas limitações, mas esta continua a exercer influência nos campos da psicologia, saúde, medicina e desenvolvimento humano. O modelo biopsicossocial adotado pela World Health Organization (WHO), serviu como base para o modelo adotado pela Internacional Classification of Function (ICF), após a publicação de Engel's.

1.2.1. DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO

Segundo Mauro Serapioni (2009), várias razões contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre elas, a desadequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e de procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera e o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia.

Com base neste enquadramento foram crescendo indicadores que exigiam a mudança, a somar às crescentes exigências dos cidadãos, que conduziram a uma reformulação na forma de prestação de cuidados em saúde. Os planos nacionais de saúde ao longo dos vários anos foram reforçando estratégias para a implementação da qualidade no sistema de saúde, preconizando objetivos de resposta aos desafios e a uma mudança inevitável.

A crescente preocupação com a qualidade em saúde não se limita aos cuidados médicos prestados, mas envolve também todas as áreas da organização. Saturno *et. al* (1990) entendem a Qualidade em Saúde como uma prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, concordantes com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis numa adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas dos cidadãos e ao melhor desempenho possível.

De referir que o estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde no que concerne à complexidade do conceito de qualidade, revela que é necessário encontrar ferramentas que permitam a operacionalização deste conceito, definindo os indicadores de qualidade, que segundo o autor são "*unidades básicas utilizadas na avaliação quantitativa da qualidade de um cuidado de saúde* (Derose *et. al*, 2002). A qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adotado.

Neste quadro, a OMS (2008) aponta seis dimensões para a análise do conceito de qualidade: *eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, equidade e segurança*, que conduzam à melhoria dos resultados de saúde para os indivíduos, voltada para a maximização da utilização dos recursos, evitando o desperdício, tendo em consideração as preferências e aspirações dos utentes, e o respeito pela equidade.

Mezomo (1992), realça a importância da prestação de um serviço de qualidade, que satisfaça perfeitamente, de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo as necessidades dos utentes. Para tal, a utilização e a monitorização de indicadores possibilitam a documentação da qualidade dos cuidados de saúde prestados; a tomada de decisões e a definição de prioridades; o apoio à responsabilização, à regulação e à acreditação, assim como o apoio à melhoria da qualidade (Mainz, 2003).

Donabedian (1988), evidencia a importância dos indicadores de qualidade na avaliação da prestação e do desempenho, podendo os mesmos ser classificados como indicadores de *estrutura*, de *processo* e de *resultado*. Os indicadores de estrutura referem-se às características organizacionais dos serviços e os indicadores de processo, relacionam-se com as interações entre os prestadores e os utentes. Nos processos inerentes à prestação de cuidados de saúde identificam-se duas dimensões da qualidade: a qualidade técnica e a qualidade interpessoal (Donabedian, 1992). A qualidade técnica refere-se à aplicação da ciência e da tecnologia aos cuidados de saúde prestados, enquanto a qualidade interpessoal está relacionada com a gestão e a interação entre o prestador de cuidados de saúde e o utente.

São exemplo de indicadores de processo o diagnóstico, o plano de tratamento, a referenciação dos utentes, a comunicação e a coordenação entre os utentes e os profissionais. Os indicadores de resultado relacionam-se com o efeito que os cuidados de saúde prestados têm no estado de saúde do utente e da população em geral. São exemplos deste tipo de indicadores a mortalidade, a morbilidade, o estado de saúde do utente, sendo um importante instrumento de medida da qualidade de um serviço, mas dependem da estrutura e dos processos. A monitorização dos indicadores de resultado como dos indicadores de estrutura e de processo revela-se determinante na análise e na melhoria contínua.

Tratar a questão da gestão do risco clínico/medicamentoso ou a gestão da qualidade em unidades de saúde é falar de direitos fundamentais da pessoa humana enquanto doente ou utente de unidades de saúde, tendo sempre presente que a qualidade em saúde é um conceito multidimensional e complexo. A importância da monitorização encontra-se clarificada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, (Portaria nº 159/2012, de 22 de maio), sendo competência específica do Departamento da Qualidade na Saúde, “Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e promover a avaliação sistemática da satisfação” (Relatório técnico, qualidade na saúde Ano 2015:6),

Todas as intervenções em saúde assentam em “quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis” (PNS, 2015:4). “Os Eixos retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de

Saúde e de todos os setores, bem como a capacidade de estes se desenvolverem como um todo, perseguindo a melhoria da Saúde da população” (PNS, 2015:13)

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015) de acordo com o Plano Nacional de Saúde, define como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, apresentando prioridades estratégicas de atuação com enfoque nas intervenções locais, nos serviços e instituições, com vista à melhoria da qualidade clínica e organizacional, ao aumento da adesão a normas de orientação clínica, ao reforço da segurança dos doentes e da investigação clínica, à monitorização permanente da qualidade e segurança, à divulgação de dados comparáveis de desempenho, ao reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e à disponibilização de informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

A qualidade implica a presença de culturas, competências e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 20 anos, à medida que o utente foi sendo reconhecido como o centro dos cuidados de saúde e a afirmação do exercício da sua cidadania se foi consolidando, reconhecida e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde, superando as resistências das corporações administrativas e profissionais (Ortigosa, 2000, *apud* Serapioni, 2009).

Durante as duas últimas décadas, o setor da saúde vem assistindo a um aumento sustentado de iniciativas na área da melhoria da qualidade, resultado de um aumento do grau de exigência dos doentes, da sociedade e de alterações de caráter regulatório. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão, a moldura central da estratégia da qualidade, surge como uma metodologia de trabalho de forma transversal integrando os elementos do sistema. Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros, a utilização dos recursos seja eficiente, a prestação de cuidados seja equitativa, para que a prestação de cuidados promova a satisfação dos cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas. A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, deste modo, um imperativo moral porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da forma como esses cuidados são prestados (PNS, 2015).

A coerência com o princípio de que cada pessoa tem o direito de receber o melhor que a medicina possa oferecer a OMS (2008) tem assumido uma posição de liderança e facilitação dos esforços dos Estados-membros empenhados em desenvolver abordagens de garantia de qualidade no âmbito dos próprios sistema saúde, sendo preocupações dos países e da OMS Europeia a promoção da acessibilidade, da equidade, da segurança do utente e da sustentabilidade. Relativamente ao cidadão a abertura a uma maior participação na decisão,

na utilização adequada de cuidados, na capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio da família e de cuidadores informais (PNS, 2015).

1.2.2. FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO

Quando falamos em satisfação associamos à realização de uma expectativa ou satisfação de uma necessidade, cuja avaliação se realiza tendo em conta a percepção individual. Segundo (Roque, Hugo *et. al* ,2016) a satisfação equivale ao bem-estar do utente, manifesto na sua opinião sobre a qualidade dos serviços obtidos. Revela-se como um processo dinâmico influenciado por fatores individuais, psicológicos e socioculturais, entre outros. Por ser um conceito multidimensional, a satisfação, pode caracterizar uma avaliação de vários aspetos, como acessibilidade, relação utente-profissional de Saúde, infraestrutura e resultados do serviço de saúde.

Historicamente, o conceito de envolvimento e participação ativa dos utentes na prestação dos cuidados de Saúde é originária dos EUA, sendo, posteriormente, adotado na Europa. Os Profissionais de saúde e utentes percebem de forma distinta os resultados dos serviços prestados em Saúde. Neste pressuposto, o contributo do utente na qualidade dos serviços prestados é essencial, como agente ativo, o utente partilha suas experiências negativas e positivas e suas necessidades e expectativas, contribuindo para um sistema de resposta que controla, identifica e corrige os défices no sistema de saúde". (Roque, Hugo *et al*:2). Contudo há a clara noção de que, e citando Silva (2014), a saúde dos portugueses alcançou notáveis progressos nas últimas décadas, impulsionando o nosso reconhecimento internacional, que constitui uma das marcas mais positivas dos 40 anos do nosso regime democrático. Contudo e apesar dos mesmos, torna-se evidente a necessidade de definir políticas de melhoria constante no campo da saúde, para que seja possível promover a satisfação das necessidades dos utentes e dar uma resposta eficaz e eficiente aos novos desafios emergentes na sociedade tais como o envelhecimento populacional (Sousa, 2009) e as doenças crónicas.

O marco na tentativa de mensurar a satisfação do cliente ocorreu, porém, em 1994 com a introdução do Americano Customer Satisfaction Index (ACSI), cuja metodologia e propósitos foram delineados por Fornell *et al*. (1996). Na Europa, o ACSI foi a base para o desenvolvimento do European Customer Satisfaction Index (ECSI), lançado em 2001.

De acordo com a literatura o fenómeno da mensuração relacionado com o comportamento do cliente não é recente nomeadamente em marketing. Exemplos disso são os modelos centrados na qualidade de serviços como o SERVQUAL (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1985; 1988) e o SERVPERF (CRONIN; TAYLOR, 1992; 1994).

A partir desses trabalhos, foi possível desenvolver modelos de mensuração de algo mais amplo que a qualidade percebida, que é a satisfação do cliente.

A primeira tentativa deu-se em 1989, por meio do Swedish Customer Satisfaction Index (SCSI). O grande impacto desse modelo fez que, em 1991, a American Society for Quality Control (ASQC) solicitasse à empresa de consultoria National Economic Research Associates (Nera), uma avaliação da melhor metodologia para desenvolver um índice global de satisfação do cliente norte-americano. Decorrente da validação e aceitação do ACSI, em 1998, foi lançado o projeto-piloto do Índice Europeu de Satisfação do Cliente (ECSI, cujo objetivo central era desenvolver um instrumento de mensuração da satisfação mais adequado ao mercado europeu.

O modelo de satisfação do cliente, um modelo de medida, que relaciona as variáveis latentes com os indicadores ou variáveis de medida, é constituído por dois submodelos: Modelo estrutural determinante do Índice de Satisfação: *A imagem* e as *expectativas* dos clientes. O índice de satisfação do cliente é explicado por quatro determinantes ou antecedentes: *A imagem* pretende integrar todo o tipo de associações que os clientes fazem com a empresa. *As expectativas* incluem não só a informação que os clientes detinham no passado sobre os produtos e serviços oferecidos pela empresa mas também a antecipação que eles faziam sobre a capacidade da empresa oferecer no futuro produtos e serviços com qualidade.

A avaliação da satisfação integra ainda o Índice de Satisfação: a lealdade; e as reclamações. A lealdade é um dos indicadores de maior importância, o aumento do índice de lealdade constitui o objetivo central de toda a estratégia visando a satisfação do cliente. Para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelo tratamento de reclamações. Outro indicador relevante da satisfação é o tratamento de reclamações (Ecsi Portugal, metodologia e modelo, índice nacional de satisfação do cliente, 2019).

Vários são os fatores que influenciam a satisfação dos utentes pelo que as instituições devem estar atentas às expectativas e opinião dos seus utentes, conscientes de que a satisfação dos clientes é um indicador fundamental na gestão das organizações, conduzindo a decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados (Abrantes, 2012:38).

1.2.3. RELAÇÃO DA SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A satisfação do paciente foi considerada um resultado desde que a Organização Mundial da Saúde incluiu o bem-estar físico, social e psicológico na definição de saúde (OMS 1946), sendo um fenômeno bastante recente no âmbito dos serviços sociais. O movimento de ideias e investigações sobre esse tema pode ser considerado a primeira etapa dos estudos sobre a qualidade dos serviços públicos. Esse movimento surgiu a partir dos anos 50, principalmente nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. Talcott Parsons (1965), foi um dos primeiros sociólogos que analisou atentamente a relação médico-paciente preocupado pela não adesão dos pacientes (compliance) aos tratamentos médicos. Todavia, em coerência com a abordagem funcionalista, Parsons reafirmava a relação assimétrica e a necessidade da dominação profissional (Nunes, 1999). Também Ferreira (1991) refere que de acordo com Palmer (1983), o principal objetivo de um sistema de garantia da qualidade em saúde deve tornar o mais efetivo possível os cuidados prestados.

De acordo com estudos pioneiros, (Etzioni, 1967), questiona-se se as instituições públicas são realmente sensíveis às necessidades dos utentes que são os principais beneficiários de suas atividades. Ainda segundo o autor, na prática diária em saúde, existem algumas características intrínsecas às organizações que dificultam o ideal do serviço público e, algumas vezes, tendem a favorecer a insensibilidade frente aos utentes, segundo uma orientação virada mais para a organização do que para os utentes.

Segundo alguns estudos, a lógica da satisfação é que níveis mais altos de satisfação, como o atendimento podem ajudar os pacientes a cumprir seus programas de reabilitação (Ware et al 1983). Os pacientes satisfeitos retornam quatro vezes mais frequentemente ao tratamento do que aqueles que relatam baixa satisfação (Rubin et al 1993) e têm níveis mais altos de adesão aos programas de reabilitação (Hirsh et al 2005, Small et al. 2011).

Segundo Jham e Kahm (2009), a satisfação é encarada como um conceito multidimensional idealizado como um pré-requisito para construir relacionamentos. A satisfação será o resultado do que os clientes esperam receber e o que obtêm realmente. Fazendo uma analogia, KOTLER (1998) refere que a satisfação incide na sensação de prazer ou decepção que resulta da comparação entre a percepção percebida pelo cliente e as expectativas que tinha relativamente a um produto, sendo que a satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade dos serviços de Saúde.

Neste sentido, a monitorização dos cuidados prestados em saúde, é um dos instrumentos de gestão que melhor avalia a dimensão dos resultados e a repercussão dos mesmos nos utentes dos serviços de saúde, revelando-se como “um indicador de qualidade fundamental pois concede ao utente a possibilidade de ter uma participação ativa na

construção do serviço de saúde, baseado na percepção e valorização dos serviços prestados” (Brito, 2015: 15).

A qualidade na saúde é hoje uma exigência para todos os envolvidos na prestação dos cuidados de saúde. Os indicadores de qualidade foram desenvolvidos inicialmente em contexto de cuidados hospitalares e seu uso rapidamente se estendeu aos cuidados de saúde primários (EUROPEP, 2025:2).

A própria Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020) reforça a importância do investimento até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional obrigando ao reforço de ações no âmbito do sistema de saúde, no sentido da melhoria da qualidade clínica e organizacional, do reforço da segurança dos doentes e da monitorização permanente da qualidade e segurança.

No enquadramento das competências no âmbito de atuação da Entidade Reguladora da Saúde promove um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes garantindo o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, pelo que os principais indicadores a serem considerados na avaliação da prestação de cuidados em saúde são: a qualidade do atendimento, a acessibilidade e disponibilidade de recursos, a continuidade do cuidado, a eficácia dos cuidados prestados, a eficiência envolvida na prestação de cuidados e por fim, propor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários da atividade objeto de regulação pela ERS. (Diário da República, 1ª série, nº 161,22 de agosto de 2014). De acordo com a tipologia de cuidados prestados, as instituições são inseridas em diferentes módulos. Para cada uma das tipologias de prestadores identificadas, são avaliadas cinco ou mais dimensões, de forma a aferir de uma forma mais fidedigna os níveis de qualidade em saúde, nomeadamente a excelência clínica, segurança do doente, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e a satisfação do utente.

Face ao exposto temos a clara noção de evolução, e da necessidade de utilização de ferramentas para a monitorização, supervisão e determinação de orientações vinculativas para as instituições de saúde, para a definição de padrões de intervenção homogêneos sempre que aplicáveis e resposta com vista à afirmação da qualidade em cuidados de saúde, quer pela exigência quer pela gestão dos processos e avaliação dos níveis de satisfação dos cidadãos, indicadores fundamentais para a definição de processos de melhoria e definição de políticas de saúde mais concertadas com a realidade.

A satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde e a implementação de políticas de qualidade nos serviços, fez emergir a necessidade de acreditação da qualidade. A mais antiga e respeitada instituição de acreditação em saúde é a *Joint Commission International* (JCI), existindo outras, na área da saúde. A evolução dos padrões de qualidade

e a sua generalização resultou de uma orientação no sistema de saúde transversal aos cuidados hospitalares. Assim em 2009, o Ministério da Saúde (MS), definiu como modelo oficial de acreditação, para aplicação nos mesmos, o modelo da Agência de Calidad Sanitária Andaluza (ACSA), transversal ao sistema de saúde Português.

Contudo, os constrangimentos externos da política económica e social, que se traduziu na redução de recursos humanos e materiais por contingências de restrição orçamental, criaram limitações graves, como por exemplo, o acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, o tempo de espera para primeiras consultas, situação também transversal aos cuidados de saúde desenvolvidos no IOGP (tempo de consulta médico-paciente reduzido, em consequência do número de doentes e os custos eficiência /eficácia). A execução de um padrão de qualidade efetivo, sustentado, permanente e transversal na prestação de cuidados de saúde é crucial. Em Portugal “foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população” (<https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>), pelo que criação do SNS que foi determinante para o acesso de todos à saúde, em especial aos mais desfavorecidos, com menos recursos financeiros. Contudo, essa equidade nos cuidados de saúde nem sempre é efetiva, se termos em conta a questão geográfica e a disponibilização de meios de diagnóstico e tratamento.

Outro fator também significativo segundo Nicolau e Escoval (2010), prende-se com a satisfação do utilizador, parte integrante da qualidade dos serviços de saúde e cuja mensuração contribuirá para uma melhor afetação dos recursos e consequente melhoria de desempenho dos vários intervenientes nesta área. Muitas vezes a falta de cortesia dos profissionais decorre deste constrangimento - maior número de doentes e insuficientes recursos humanos, traduzindo-se na sobrecarga e insatisfação no exercício das suas atividades profissionais com reflexo numa prestação de atendimento de qualidade.

A questão da Qualidade em Saúde é uma preocupação constante dos governos e do poder político. Muitas vezes as reformas neste setor centralizam-se fundamentalmente numa perspetiva de eficiência económica (produtividade), assumindo os indicadores de qualidade efetiva para o cidadão um papel menor, muitas vezes até irrisório, nas políticas de financiamento, aumentando os constrangimentos na prestação dos cuidados de saúde diários que são realizados pelos profissionais de saúde, cada vez em menor número, no sistema de saúde.

1.3. O SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DA SAÚDE DA VISÃO

O Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto é uma instituição de referência onde se realizou a investigação, com 130 anos de história, tem como missão “Prestar serviços de saúde de qualidade, no âmbito da Oftalmologia, designadamente através do desenvolvimento de

técnicas diferenciadas centradas na patologia ocular e visual, constituindo-se como uma referência técnica e científica nos cuidados prestados e nos domínios da formação pré e pós-graduada e na investigação, promovendo a motivação dos profissionais, adequando os recursos disponíveis às necessidades da comunidade e cumprindo o Programa Nacional para a Saúde da Visão na sua área de intervenção”. (<http://www.institutogamapinto.com/content/o-instituto-gama-pinto>)

Os valores que promove unem-se numa cultura de desempenho baseada na evidência e garantindo a acessibilidade e a efetividade dos cuidados prestados aos utentes. A sua dinâmica organizacional desenvolve-se numa abordagem de prestação de cuidados de saúde pautada pelo respeito, pela postura Ética, pela inovação, gestão participada e pela melhoria contínua no exercício das suas competências. O compromisso perante a comunidade que serve assenta na obtenção de resultados e ganhos em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do cidadão utilizador destes serviços (<http://www.institutogamapinto.com/content/o-instituto-gama-pinto>).

Na perspetiva da melhoria do acesso, o IOGP registou nos últimos anos, um aumento no número de consultas e cirurgias realizadas, nomeadamente, no número de consultas externas de oftalmologia de primeira vez, por referência do médico de família do utente (CTH, Plataforma digital).

Neste contexto a missão do serviço social passa por prestar um permanente e efetivo acompanhamento psicossocial aos utentes do IOGP, promovendo a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, no hospital e na comunidade, de modo a contribuir para a satisfação das necessidades e funcionalidade dos utentes com patologia ocular e visual.

Os objetivos centrais da sua área de atuação passam por defender os direitos dos utentes e alertar para os seus deveres; valorizar as capacidades dos utentes; contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços; e reforçar a acessibilidade dos utentes aos serviços.

O Serviço Social tem desenvolvido uma atuação de carácter proactivo, por uma prática interdisciplinar assente no modelo biopsicossocial, estimulado o acesso dos utentes aos serviços pela articulação com as outras áreas profissionais. Neste âmbito, a atividade desempenhada pelo Gabinete de cidadão, tem sido a porta de entrada para a (re)construção desse espaço, permitindo ao assistente social, no exercício destas competências, realizar uma atuação de promoção do acesso e de equidade, dado o elevado número de contatos telefónicos recebidos e por email. Uma atuação dirigida para a resposta atempada e articulada com os diferentes serviços e com a equipa multidisciplinar. Uma intervenção em estreita ligação as diferentes disciplinas profissionais contribuindo para a resposta social às

solicitações dos utentes, promovendo a melhoria da qualidade de vida e a continua humanização dos cuidados de saúde.

1.3.1. FATORES PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE DOS UTENTES

O direito à saúde, como os restantes direitos sociais, surge na sequência, e em resultado, da força sociopolítica das doutrinas e movimentos sociais, iniciados em meados do século XIX, e que no século XX, se apresentam como normas legais que todos os Estados se obrigam a incluir nas suas leis e constituições (Guadalupe,2003:5).

A Constituição da República Portuguesa consagra no Artigo 64º, a Proteção da Saúde, sendo que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. A Lei Constitucional nº1/92 de 25 de novembro, consagra a proteção à saúde como um direito de todos os cidadãos e da comunidade, assegurada pelo SNS, de âmbito universal, global e tendencialmente gratuito, abrangendo não só a promoção da saúde e a prevenção da doença, como a prestação de cuidados de saúde continuados.

A saúde tem sido um dos principais campos de atividade profissional do serviço social. A Intervenção do Serviço Social na Saúde (DGS, 1998), promove o acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte e a grupos sociais-alvo. Desenvolve uma articulação qualificada com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e coletiva assente na conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção.

Segundo Guadalupe, “a ação de serviço social caracteriza-se, pela identificação de fatores psicossociais que, interferindo na doença, possam dificultar a sua cura e reabilitação. E geradora, quase sempre de rutura com o ciclo de vida, causando sempre impacto na dinâmica social e familiar. Este impacto poderá estar relacionado com a forma como a doença surge, com a sua evolução, com o prognóstico e com o nível de incapacidade” (Guadalupe 2012:112).

Sabemos que a doença afeta todas as esferas de socialização do utente, alterando as suas rotinas, suspendendo responsabilidades tornando a pessoa mais vulnerável e fragilizada emocionalmente (Fitzpatrick *et. al*,1990, apud Masfret, 2010) pelo que o acompanhamento do profissional de serviço social se torna imprescindível. Outros problemas como o envelhecimento dos cidadãos utilizadores dos serviços, a solidão disseminada e crescente (ausência de estrutura familiar e de suporte) e o crescimento das doenças crónicas comprometem a qualidade de vida e muitas vezes a dignidade no fim de vida.

Se tivermos em conta a esperança de vida, atualmente, encontra-se situada nos 83,33 para as mulheres e em 77,61, para os homens. Uma realidade de variáveis exigentes, complexas e desafiadoras. Estas são as realidades atuais, verdadeiramente inevitáveis, que

exigem cuidados continuados, sendo relevante a resposta dos cuidados de saúde primários na continuidade desses mesmos cuidados e na prevenção do direito a um envelhecimento digno.

A intervenção psicossocial segundo o modelo de Hermosilla (2006), possui como foco de intervenção o estabelecimento das condições necessárias para que o indivíduo possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável das suas capacidades e potencialidades, de forma a poder alcançar a sua autorrealização. Neste sentido, o modelo engloba não só a compreensão da realidade objetiva, mas também o seu significado para o indivíduo, enquadrando-a com os seus fatores internos e externos (família, grupo social, meio laboral escolar, entre outros).

Nesta perspetiva, a dimensão psicossocial do assistente social constitui-se como um elemento fundamental das equipas interdisciplinares de cuidados de saúde, pelo que “em meio hospitalar e na saúde, o lugar do Assistente Social é um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (Martinelli, 2003:12).

1.3.2. INTERVENÇÃO SOCIAL ORIENTADA PARA A SATISFAÇÃO E MELHORIA DOS CUIDADOS

No enquadramento retrospectivo histórico da profissão, a intervenção do serviço social emerge na atenção global ao doente por meio de uma abordagem compreensiva, promovendo o modelo biopsicossocial na sua atuação preconizada por Richard Cabot (médico), na medida em que promoveu a integração do “serviço social” nas equipas de saúde. Em Massachusetts General Hospital afirmava que os seus diagnósticos clínicos eram uma perda de tempo, por os doentes não poderem cumprir as indicações de tratamento e daí a atenção particular pelas condições sociais dos doentes (Santo, 2018:64)

Neste contexto, cedo se percebeu que a atividade clínica e a atividade de intervenção social se deviam complementar e integrar, no sentido de uma resposta concertada e global, na resposta à necessidade dos utentes/doentes.

Cabot (1915), acreditava ser crucial a intervenção do assistente social na realização de um diagnóstico integral da situação que envolve o sujeito doente por forma a promover a acessibilidade a um tratamento médico eficaz (Cabot, 1915 *apud* Beder, 2006). Desta forma, a evolução do conceito de intervenção social cruza -se com a dinâmica do serviço social num processo dinâmico de reciprocidade entre a componente clínica e o conhecimento das circunstâncias que condicionam o tratamento e a recuperação do sujeito-utente.

Atualmente, a saúde mais do que um estado, é um equilíbrio associado a um conjunto de determinantes alargados (biopsicossociais, mas também comportamentais, ambientais e

económicos), sendo assumida como um direito fundamental a todo o ser humano, sem distinção de raça, da religião, orientação político, condição económica e social (Loureiro e Miranda, 2010).

Nesta evolução salientam-se dois marcos relevantes relativamente á integração e definição das funções do serviço social em saúde, num passado recente. A aprovação em 1973, de um documento relativo á jurisdição profissional dos assistentes sociais em contexto hospitalar relativo a um conjunto amplo e sistematizado de funções dirigidas à ação do Serviço Social (Santo, Inês, 2018) e em 2002, a determinação pelo Ministério da Saúde das dez funções que passaram a integrar o exercício profissional do serviço social em meio hospitalar e que visam consolidar e uniformizar as funções de serviço social em saúde.

Santo (2018) destaca a importância da dimensão médica e social no tratamento dos utentes, afirmando que a lei da organização hospitalar (lei nº2011/46 de 2 abril) promove a interseção da legitimação e reconhecimento da área profissional do serviço social salientando que “a ação dos estabelecimentos e serviços hospitalares é de natureza simultaneamente médica e social” (2018:64) e que a “intervenção resulta de um processo dinâmico de reciprocidade que permite o conhecimento da componente clínica e o conhecimento das circunstâncias que condicionam o sujeito-utente” (Chancosa & Gálan ,2012:119 *apud* Santo 2018:64).

Sabemos que as situações de fragilidade psico emocional provocadas pelo impacto do diagnóstico da doença exigem do assistente social uma abordagem compreensiva de carácter sistémico, num processo de suporte à construção de estratégias individuais que minimizem o sofrimento e promovam a sua superação. No caso das doenças oculares, a perda parcial ou total da Visão é perturbadora e altera a autonomia e a independência, criando fortes constrangimentos na qualidade de vida do sujeito.

A evolução da realidade, dos cuidados e das práticas das instituições (re)conceptualizou a intervenção do serviço social, no sentido da integração dos indicadores de qualidade na prática diária do assistente social. Surge, deste modo, um novo paradigma para a profissão, sendo que a qualidade é em si mesma, a condição de melhoria da intervenção do assistente social implícita nos valores profissionais e organizacionais indissociáveis e focado no bem-estar do utente (Barriga 2000 *apud* Expósito, 2004).

Ao compreender e incorporar a qualidade no agir podemos dizer que os elementos da qualidade na saúde sempre estiveram intrínsecos à prática do assistente social na história evolutiva da sua profissão, conectados pelos objetivos, valores e princípios éticos no exercício profissional (Santo, 2018) e no quadro da acreditação da qualidade do serviço social nas instituições de saúde, onde também o serviço social encontra a sua expressão e identidade, influenciado pela própria medicina e pela evolução das conexões em saúde (Carvalho ,2012).

A produção científica do serviço social em saúde, como em outras áreas profissionais, promove o conhecimento, determina a evolução científica e qualifica a sua atuação em cuidados de saúde, assente na dimensão psicossocial e interdisciplinar da sua intervenção, promovendo boas práticas nesta área profissional.

Assim, a atuação do serviço social deverá promover uma intervenção psicossocial centrada no doente, geradora de satisfação, nomeadamente no apoio emocional, empático e de respeito, no envolvimento dos familiares e cuidadores e na disponibilização de informação clara, compreensível e no apoio à autonomia, no envolvimento das decisões e respeito pelas suas escolhas, garantindo um acompanhamento de qualidade.

CAPÍTULO II - QUADRO METODOLÓGICO

Terminado o enquadramento teórico, fundamental na contextualização da temática em estudo, e tendo presente as questões deste estudo:

Como é que os utentes avaliam a prestação de cuidados de saúde, no IOGP e qual o seu grau de satisfação?

-Será que existe relação entre a satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais prestados aos utentes do Instituto?

Qual a perceção que têm da intervenção do Serviço Social, no IOGP?

segue-se o quadro metodológica onde serão descritas as diferentes etapas metodológicas do estudo: a Natureza do Estudo, Campo Empírico e Amostra e Técnicas de Recolha e Análise de Dados.

Sabemos que é o investigador que determina os métodos necessários que deve utilizar para obter resposta às questões de investigação (Fortin, 2009), mas também sabemos que a forma como os conceitos são definidos e medidos terá influência direta na validade dos resultados de investigação e, conseqüentemente, na validade teórica do estudo (Fortin, 2009, citado por Tânia Brito, 2015:45). É por isso que este capítulo se assume de uma importância crucial no Estudo

2.1. NATUREZA DO ESTUDO

Atualmente verificamos que o debate em torno da satisfação e da qualidade da prestação de cuidados de saúde tem vindo a merecer algum destaque junto da comunidade científica, em particular, no que se refere à avaliação da satisfação dos utentes, por se considerar que estes constituem o elemento central das instituições de saúde. Assim, na presente investigação, a opinião dos utentes relativamente à satisfação sobre a qualidade dos cuidados biopsicossociais que lhes são prestados é fundamental para que se possam operar mudanças nas instituições, identificando e corrigindo os problemas diagnosticados.

Para tal, a definição dos objetivos do Estudo, a) medir o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados biopsicossociais prestados; b) compreender as dimensões biopsicossociais que influenciam a satisfação dos utentes; c) avaliar a relação entre a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação; d) identificar a perceção dos utentes sobre a intervenção do serviço social na Instituição, são determinantes no porquê da investigação e servem de guião para uma orientação do investigador, de acordo com os conhecimentos que vai adquirindo (Fortin, 2003).

Embora, a metodologia de investigação assente essencialmente no modelo indutivo, uma vez que se parte da análise da realidade para as conclusões acerca das questões de investigação iniciais, o estudo utilizará ainda uma dimensão de análise quantitativa.

O método de investigação é o quantitativo e caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. O presente estudo é descritivo-correlacional, porque tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las e é transversal porque foi realizado durante um período de tempo delimitado (Fortin, 2009).

Pretendeu-se efetuar uma investigação quantitativa com o objetivo de conhecer o grau de satisfação dos utentes sobre a qualidade dos Cuidados Biopsicossociais prestados pelo Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. Para tal, a metodologia adotada para realização foi o inquérito por questionário, constituído por perguntas fechadas com apenas uma pergunta aberta, no final do questionário. Sendo uma das técnicas mais utilizadas na investigação empírica, “Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos” (Fortin 2003, p. 250).

Com a revisão bibliográfica e com base numa pesquisa de literatura científica referente aos questionários destinados a avaliar a satisfação dos utentes e da qualidade na prestação de cuidados de saúde particularmente na saúde da Visão, considerou-se ser o método mais eficaz para chegar ao resultado preconizado, no âmbito da investigação realizada, uma vez que permite alguma rapidez e facilidade nas respostas, assim como maior rapidez e simplificação na análise das respostas, facilitando a categorização das respostas para posterior análise da informação recolhida.

Por fim, e tendo em conta os objetivos propostos para este estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação, que serão no final deste Estudo confirmadas ou infirmadas.

Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e origem geográfica) e o grau de satisfação dos utentes.

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e origem geográfica) e a perceção que têm da intervenção do Serviço Social.

2.2. CAMPO EMPÍRICO E AMOSTRA

A dimensão empírica da investigação decorreu no Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto, o único Instituto de Oftalmologia do Serviço Nacional de Saúde existente no país.

Trata-se de uma instituição especializada, desempenhando funções integradas de prestação de cuidados, de ensino, de formação e de investigação no âmbito da Oftalmologia. Desenvolve a sua atividade de consulta externa, de cirurgia ambulatória, de reabilitação visual e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Na atividade profissional de consultas não médicas, integram-se ainda, as áreas da psicologia, do serviço social, da enfermagem e do ensino-educação (www.institutogamapinto.com).

Para se poder desenvolver a investigação é necessário proceder à definição do processo de amostragem. Segundo Fortin, a amostra envolve o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (2003, p. 41). A amostra, relativa à análise quantitativa, abrangeu 378 utentes num universo de 25736* utentes que, em 2018 (ano anterior ao estudo), utilizaram os serviços médicos do Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto, nas suas valências, de consultas externas e cirurgia ambulatória, sendo que o Instituto não dispõe de internamento.

A seleção do público da amostra foi aleatória permitindo uma confiança na representatividade dessa amostra.

2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Os Instrumentos de investigação revelam-se como ferramentas essenciais para a recolha de informação num trabalho de investigação, devendo escolher-se aquele que melhor se adequa à recolha da informação que se pretende.

Na presente investigação, o inquérito por questionário foi o instrumento utilizado para a avaliação da satisfação e da qualidade dos cuidados biopsicossociais prestados aos utentes do IOGP. Houve uma grande preocupação pela aparência geral do questionário, na disposição das perguntas e no espaço entre elas (Fortin, 2003), tornando-o atrativo num primeiro impacto visual, mostrando clareza na organização e exposição das questões. Após a análise do número de utentes nos anos de 2017 e 2018, verificou-se um índice de doentes atendidos em cada ano, respetivamente. O total de doentes no ano de 2017: 24537 e o total de doentes no ano de 2018: 26 935. Face a estes totais decidiu-se assumir a médias dos dois anos para a investigação, situando-se nos 25736 utentes.

A recolha de dados realizou-se com a aplicação de um “Questionário de Satisfação” (cf. Anexo 1), com uma primeira parte que nos permite recolher informação sobre a caracterização pessoal dos utentes do IOGP que foram inquiridos e uma segunda parte, para recolha de informação sobre o tema do presente Estudo. Estes estiveram disponíveis no balcão de atendimento geral e nas salas de espera das consultas (Estrabismo, Glaucoma, Geral, Retina, Anestesia), tendo os assistentes administrativos e a segurança da Porta de entrada dos doentes, apoiado esta atividade de recolha dos questionários.

A investigadora foi junto dos espaços informar a natureza do estudo e o objetivo do mesmo, prestando apoio presencial e sensibilizando para a importância de preenchimento do questionário no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados biopsicossociais prestados.

A aplicação dos questionários decorreu no período de 09.07.2019 a 16.08.2019, junto dos utentes que utilizaram os serviços nesse período. Foi utilizada a calculadora de amostra, online Survey Monkey (<https://pt.surveymonkey.com/>), a uma amostra de 379 utentes da consulta ambulatória, tendo-se recolhido 320 questionários devidamente preenchidos, com um nível de confiança de (%) 95 e uma margem de erro (%) 5.

As questões foram elaboradas tendo sempre presente o pergunta de partida respeitando os três princípios básicos inerentes a um Trabalho de Investigação: o Princípio da Clareza (questões claras, concisas e unívocas), o Princípio da Coerência (numa lógica que corresponda à intenção da própria pergunta) e o Princípio da Neutralidade (não indutoras de resposta e sem juízos de valor do autor), respeitando o anonimato e a confidencialidade dos dados. Para verificar se estes princípios estavam mesmo a ser cumpridos e se as questões eram bem compreendidas pelos utentes inquiridos, foi aplicado um pré-teste do questionário a 20 utentes do IOGP, na semana de 01.07.2019 a 08.07.2019.

Relativamente aos itens do questionário aplicado, uma primeira parte (Q1) versa sobre informação pessoal acerca do utente: faixa etária, género, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e origem geográfica; uma segunda parte que incide sobre as questões do Estudo: o Grau de concordância relativamente aos Itens de Satisfação ao nível do Atendimento e das Infraestrutura (Q2); o Grau de concordância relativamente aos Itens de Lealdade (Q3); o Grau de frequência relativamente aos Itens de Satisfação da intervenção psicossocial (Q4); As sugestões de melhoria relativamente ao Serviço Social (Q4.4). Esta última, pergunta aberta, permitirá a obtenção de respostas mais representativas e fidedignas da opinião dos inquiridos, revelando-se vantajosa, pois permite ao investigador uma recolha variada de informação sobre o tema em questão.

TABELA 1 - ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

Nº da Questão	Nº do Item	Tipo de Resposta	Escala de Avaliação
Questão 1	1.1 a 1.6	Fechada	Nominal
Questão 2	2.1 a 2.22	Fechada	Escala de Likert
Questão 3	3.1 a 3.3	Fechada	Escala de Likert
Questão 4	4.1 a 4.3	Fechada	Escala de Likert
	4.4	Aberta	Não aplicável

As questões foram respondidas utilizando a escala tipo *likert* de cinco pontos, onde 1 = totalmente satisfeito; e 5 = totalmente insatisfeito.

TABELA 2– PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA ÀS RESPOSTAS

Resposta	Pontuação
Muito satisfeito	1
Parcialmente satisfeito	2
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	3
Parcialmente insatisfeito	4
Muito insatisfeito	5

O resultado em cada uma das áreas é obtido através da média da pontuação atribuída a cada uma das perguntas por cada utente.

No caso dos utentes que não responderam a algum dos itens, a não resposta foi assinalada com o valor 0 no SPSS, de forma a tratar estes valores como “missing values” Assim estes valores não são considerados para o cálculo das médias. (cf. Tabela 3)

TABELA 3 – ANÁLISE DE ITENS DE SATISFAÇÃO NÃO RESPONDIDOS

	Nº item	Item	N Válido	Omisso
Atendimento Assistência e Relação (2.1 a 2.8)	2.1	Interesse	312	8
	2.2	Atenção Médico	307	13
	2.3	Envolvido	302	18
	2.4	Conhecimento	287	33
	2.5	Confidencialidade	275	45
	2.6	Tempo Qualidade	293	27
	2.7	Ajuda Emocional	260	60
	2.8	Tempo Espera	300	20
Atendimento Urbanidade e Comunicação (2.9 a 2.13)	2.9	Competência Médicos	302	18
	2.10	Competência Enfermagem	297	23
	2.11	Competência Técnicos	288	32
	2.12	Competência Psicossocial	211	109
	2.13	Competência. Outros	271	49
Atendimento e Área Administrativa (2.14 a 2.19)	2.14	Horário Atendimento	287	33
	2.15	Tempo Dedicado	296	24
	2.16	Esclarecido	296	24
	2.17	Espera ^{1ª} Consulta	286	34
	2.18	Facilidade Contacto Instituição	273	47
	2.19	Facilidade Contacto Medico	211	109
Infraestruturas (2.20 a 2.23)	2.20	Conforto Geral	291	29
	2.21	Limpeza	299	21
	2.22	Organização	285	35
	2.23	Adequação	273	47

2.4. FIABILIDADE DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva permitiu determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, designadamente as médias e as medidas de dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada.

O Coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação aponta que os fenómenos não estão indissolavelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 para Windows.

No capítulo seguinte faz-se a apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva seguida da análise inferencial.

CAPÍTULO III – SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM AS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE VISÃO

Já referimos no enquadramento teórico que conceito de *Saúde* evoluiu no sentido de integrar não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar mental, emocional e social do doente. Neste enquadramento, e no que se refere à oftalmologia, a inclusão de outros profissionais de saúde, no acompanhamento do doente para além do médico, torna-se crucial não só no quadro da doença, mas sobretudo da (com)vivência com a doença no seio familiar e até das relações sociais.

É na premissa da articulação multidisciplinar que o serviço social desempenha uma função relevante para a complementaridade da intervenção clínica, no sentido do acompanhamento integral aos utentes. A adesão aos tratamentos é muitas vezes comprometida por dificuldades que decorrem de variáveis pessoais ou sociais (laborais), mas esta avaliação faz parte da intervenção do assistente social.

O serviço social atua uma visão holística e de valorização de todas as dimensões (sistemas) que envolvem o utente, enquanto pessoa e no contexto da história de vida que o determina e distingue como ser único e singular.

Neste contexto, para a avaliação da qualidade na prestação de cuidados de saúde, é fundamental conhecer a opinião do utente/doente e a sua satisfação face ao exercício da mesma. É através deste indicador que se caracteriza e avalia pela sua medição, os resultados obtidos face à qualidade organizacional (dimensão do serviços e dos recursos humanos no desempenho dos cuidados de saúde que prestam), isto é, se vão ao encontro das suas necessidades e expectativas do utente, no sentido de melhoria continua da qualidade nos serviços prestados.

O presente capítulo encontra-se dividido em duas partes: uma referente à análise descritiva dos dados e que contempla a caracterização sociodemográfica, familiar e profissional da amostra outra referente à caracterização da amostra no que diz respeito à satisfação do utente.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

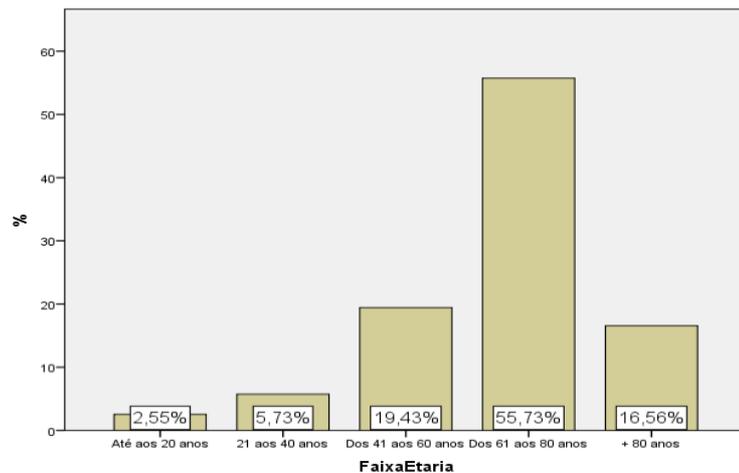
Seguem-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica e profissional dos utentes, bem como relativos à satisfação. A análise compreendeu universo de 320 utentes.

3.1.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Faixa etária

Da análise dos resultados verifica-se, como exposto no gráfico 1, que na totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idades compreendidas entre 61 e 80 anos (55,3%). De seguida aparece o grupo dos 41 aos 60 anos (19,43%), e os participantes com mais de 80 anos são o grupo seguinte (16,56%).

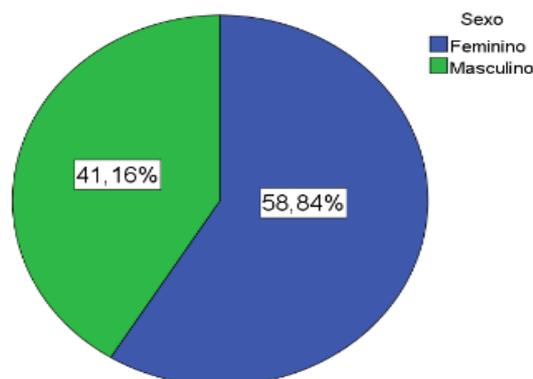
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PELA FAIXA ETÁRIA (N=320)



Género

Pela observação do Gráfico 2 verifica-se que o sexo feminino está mais representado na amostra em estudo (58,84 %) em relação ao sexo masculino (41,16%).

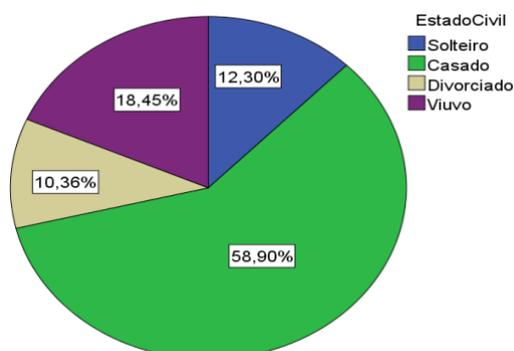
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO (N=320)



Estado civil

Pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes casados (58,90 %). Existem 18,45% de participantes que são viúvos e 10,36%, que são divorciados. Constatase ainda que 12,30% da amostra são solteiros.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL (N=320)

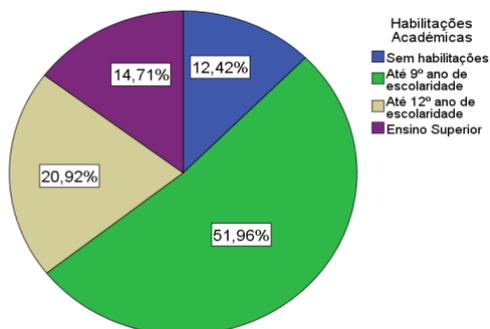


Habilitações académicas

Verifica-se um predomínio de 51,96% participantes com escolaridade até ao 9º ano.

Constata-se ainda que 20,92% da amostra possui o ensino secundário e 14,71% detém formação superior. Estão em menor representatividade, os participantes sem habilitações literárias (12,42%).

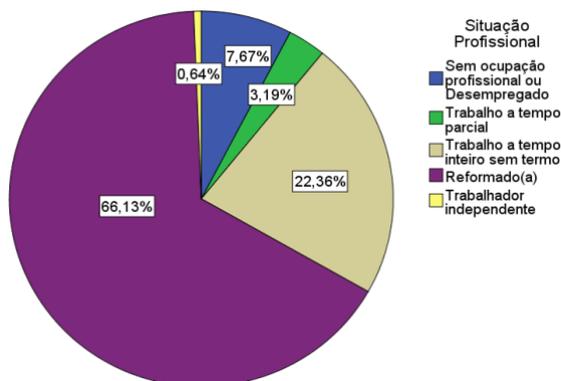
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO PELAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (N=320)



Situação profissional

Constata-se pelos resultados que a maioria da amostra (66,13 %) é reformada. Existem também 22,36% de trabalhadores a tempo inteiro sem termo, 7,67% sem ocupação ou desempregado, 3,19% trabalhadores a tempo parcial, e ainda 0,64% de trabalhadores independentes.

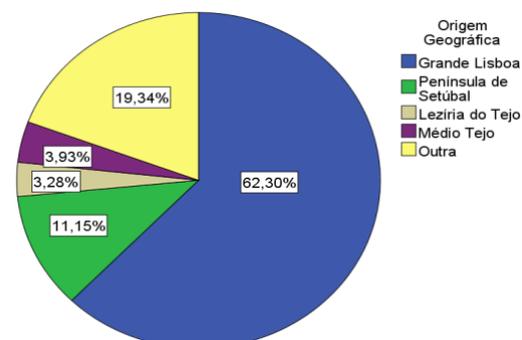
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=320)



Origem demográfica

A maioria da amostra (62,30%), reside na Grande Lisboa. Existem também 11,15% de residentes da Península de Setúbal, 3,93% do médio Tejo, 3,28 % da Lezíria do Tejo, e ainda 19,3% de outras localizações, tendo sido referidas a Beira Alta, Beira Baixa, Alentejo e Algarve.

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PELA ORIGEM DEMOGRÁFICA (N=320)



3.1.2. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À SATISFAÇÃO MANIFESTADA

No que se refere ao **Atendimento Assistência e Relação**, os resultados apresentados na Tabela 6, destacam com as percentagens mais altas de satisfação, a *Atenção e forma como o médico o/a ouviu* (68,4%); a *Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados médicos* (62,5%); a *Confidencialidade sobre o seu processo* (61,9%); *Interesse demonstrado pela sua situação e atenção dispensada* (61,3%); o *Tempo dedicado e qualidade de cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem* (55,6%).

Os itens que revelaram uma satisfação menos expressiva foram os relativos à *Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais e sociais relacionados com o seu estado de saúde* (39,1%); ao *Tempo de espera pela consulta na sala de espera* (25,0%), sendo este o de percentagem de satisfação distanciadamente inferior à percentagem mais alta de

satisfação. Revela ainda uma percentagem de 12,5% de *parcialmente insatisfeito* e de 12,8% de *muito insatisfeito*.

No que se refere ao **Atendimento, Urbanidade e Comunicação**, os resultados apresentados na Tabela 6, destacam com as percentagens mais altas de satisfação, a Competência e cortesia, profissionais dos médicos (66,9%); a Competência e cortesia dos profissionais de Enfermagem (61,9%) e a Competência e cortesia dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (57,5%).

Os itens que revelaram uma satisfação menos expressiva foram os relativos à *Competência e cortesia que recebeu de outros profissionais* (46,3%) e à *Competência e cortesia dos profissionais da área psicossocial* (psicólogo e assistente social) (28,8%).

No que se refere ao **Atendimento e Área administrativa**, os resultados apresentados na Tabela 6, destacam como sendo as percentagens com mais satisfação, a *Forma como foi esclarecido /informado no atendimento administrativo* (49,1%); o *Tempo que lhe foi dedicado e atenção no atendimento administrativo* (40,6%), embora não sejam níveis elevados de satisfação, situando-se a maioria dos resultados no “parcialmente satisfeito”.

Os itens que revelaram uma satisfação menos expressiva foram os relativos ao *Horário de atendimento* (37,2%); ao *Tempo de espera pela primeira consulta, após referência médica* (35,6%); à *Facilidade de contacto telefónico com a instituição* (20,9%) e à *Facilidade de contacto telefónico com médico assistente* (24,7%).

Quanto às **Infraestruturas**, os resultados apresentados na Tabela 6, destacam com as percentagens mais altas de satisfação, a Limpeza das instalações (51,6%); a Organização geral dos serviços oferecidos (40,6%) e a Adequação da Sinalética (39,7%), não deixando de realçar uma percentagem significativa de alguma insatisfação, ainda que menos expressiva.

Os itens que revelaram uma satisfação menos expressiva foram os relativos à *Conforto geral da Instituição* (38,8%).

TABELA 4 – DADOS RELATIVOS À SATISFAÇÃO MANIFESTADA PELOS UTENTES

Itens de Satisfação	Muito satisfeito		Parcialmente satisfeito		Nem Satisfeito Nem Insatisfeito		Parcialmente insatisfeito		Muito insatisfeito		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento Assistência e Relação														
2.1 – Interesse demonstrado pela sua situação e atenção dispensada.	196	61,3	80	25,0	21	6,6	7	2,2	8	2,5	8	2,5	320	100
2.2 – Atenção e forma como o médico o/a ouviu.	219	68,4	60	18,8	13	4,1	8	2,5	7	2,2	13	4,1	320	100
2.3 – Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados médicos (sinto que se preocuparam verdadeiramente).	200	62,5	68	21,3	18	5,6	6	1,9	10	3,1	18	5,6	320	100
2.4 – Conhecimento sobre o que foi feito e falado em anteriores contactos nesta unidade de saúde.	156	48,8	103	32,2	21	6,6	1	0,3	6	1,9	33	10,3	320	100
2.5 – Confidencialidade sobre o seu processo.	198	61,9	50	15,6	22	6,9	4	1,3	1	0,3	45	14,1	320	100
2.6 – Tempo dedicado e qualidade de cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem.	178	55,6	94	29,4	11	3,4	5	1,6	5	1,6	27	8,4	320	100
2.7 – Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais e sociais relacionados com o seu estado de saúde.	125	39,1	65	20,3	52	16,3	5	1,6	13	4,1	60	18,8	320	100
2.8 – Tempo de espera pela consulta na sala de espera.	80	25,0	105	32,8	34	10,6	40	12,5	41	12,8	20	6,3	320	100
Atendimento Urbanidade e comunicação														
2.9 – Competência e cortesia, profissionais médicos.	214	66,9	68	21,3	11	3,4	6	1,9	3	0,9	18	5,6	320	100
2.10 – Competência e cortesia dos profissionais de Enfermagem.	198	61,9	75	23,4	16	5,0	4	1,3	4	1,3	23	7,2	320	100
2.11 – Competência e cortesia dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.	184	57,5	73	22,8	21	6,6	4	1,3	6	1,9	32	10,0	320	100
2.12 – Competência e cortesia dos profissionais da área psicossocial (psicólogo e assistente social).	92	28,8	50	15,6	63	19,7	4	1,3	2	0,6	109	34,1	320	100
2.13 – Competência e cortesia que recebeu de outros profissionais.	148	46,3	82	25,6	33	10,3	5	1,6	3	0,9	49	15,3	320	100
Atendimento Área administrativa														
2.14 – Horário de atendimento.	110	34,4	119	37,2	23	7,2	17	5,3	18	5,6	33	10,3	320	100
2.15 – Tempo que lhe foi dedicado e atenção no atendimento administrativo.	130	40,6	113	35,3	32	10,0	15	4,7	6	1,9	24	7,5	320	100
2.16 – Forma como foi esclarecido /informado no atendimento administrativo.	157	49,1	89	27,8	35	10,9	9	2,8	6	1,9	24	7,5	320	100
2.17 – Tempo de espera pela 1ª consulta, após referência médica.	89	27,8	114	35,6	31	9,7	25	7,8	28	8,8	33	10,3	320	100
2.18 – Facilidade de contacto telefónico com a instituição.	62	19,4	67	20,9	57	17,8	26	8,1	61	19,1	47	14,7	320	100

2.19 – Facilidade de contacto telefónico com médico assistente.	43	13,4	45	14,1	79	24,7	16	5,0	28	8,8	109	34,1	320	100
Infraestruturas														
2.20 – Conforto geral da Instituição.	104	32,5	124	38,8	41	12,8	17	5,3	5	1,6	29	9,1	320	100
2.21 – Limpeza das instalações.	165	51,6	92	28,8	27	8,4	11	3,4	4	1,3	21	6,6	320	100
2.22 – Organização geral dos serviços oferecidos.	130	40,6	116	36,3	24	7,5	7	2,2	8	2,5	35	10,9	320	100
2.23 – Adequação da Sinalética.	127	39,7	101	31,6	31	9,7	10	3,1	4	1,3	47	14,7	320	100

Os resultados relativos à satisfação indicam que o valor médio menos favorável corresponde ao “Atendimento Área Administrativa” com uma média de 2,1781 ($\pm 0,88666$), sendo as opiniões transversais, desde utentes com avaliação no escalão inferior até utentes plenamente satisfeitos. No parâmetro das “Infraestruturas” a média obtida foi de 1,7624 ($\pm 0,79075$) e no item do “Atendimento Assistência e Relação” um valor médio muito aproximado de 1,7077 ($\pm 0,78544$). O item percecionado pelos utentes como mais satisfatório é o referente ao “Atendimento Urbanidade e comunicação” com uma média verificada de 1,5705 ($\pm 0,75082$).

A nível global, a satisfação dos utentes apresenta uma média de 1,8154 ($\pm 0,70236$), podendo-se dizer que corresponde a um nível de satisfação percecionado entre “muito satisfeito” e “parcialmente satisfeito” (cf. Tabela 7).

TABELA 5- ESTATÍSTICAS RELATIVAS À SATISFAÇÃO MANIFESTADA PELOS UTENTES, PARA CADA UMA DAS ÁREAS

Satisfação	N	Muito satisfeito	Muito insatisfeito	M	DP	Sk/erro	K/erro	KS	P
Atendimento Assistência e Relação	316	1	5	1,7077	0,78544	1,807	4,217	0,184	0
Atendimento Urbanidade e comunicação	311	1	5	1,5705	0,75082	2,022	5,609	0,224	0
Atendimento Área Administrativa	306	1	5	2,1781	0,88666	0,594	0,113	0,096	0
Infraestruturas	302	1	5	1,7624	0,79075	1,253	1,881	0,167	0
Satisfação global	318	1	5	1,8154	0,70236	1,336	3,012	0,123	0

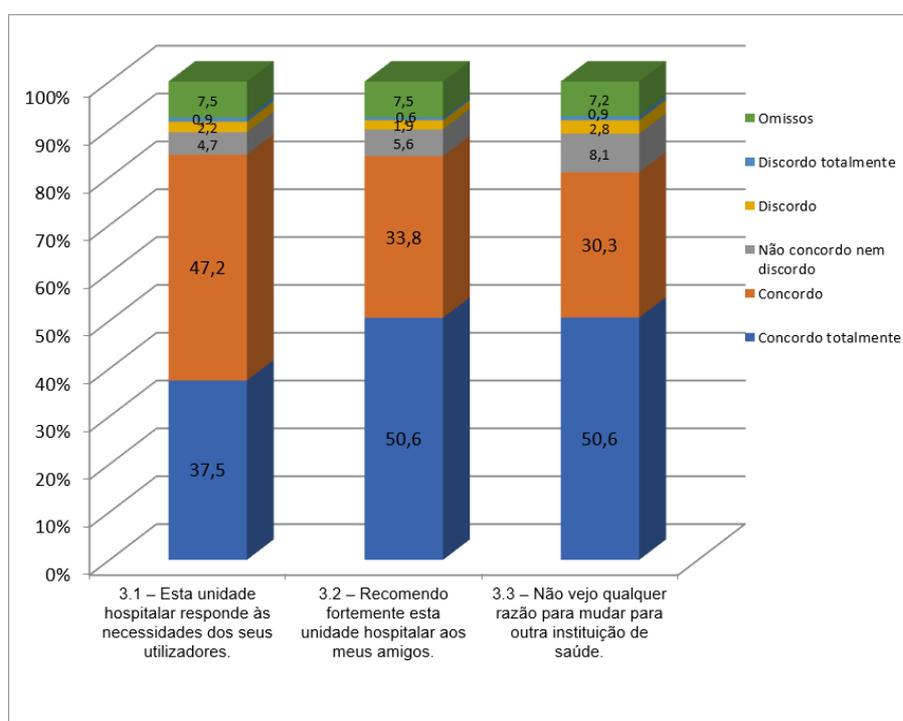
3.1.3. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AOS ITENS DE LEALDADE

Os resultados apresentados na Tabela 8 revelam que a grande maioria da amostra **concorda** (47,2%) ou **concorda totalmente** (37,5) que a *unidade hospitalar responde às suas necessidades*; **concorda** (33,8%) ou **concorda totalmente** (50,6) em *Recomendar fortemente esta unidade hospitalar aos seus amigos*; **concorda** (30,3%), ou **concorda totalmente** (50,6%), *Não haver qualquer razão para mudar para outra instituição de saúde*.

TABELA 6 – DADOS RELATIVOS À LEALDADE MANIFESTADA PELOS UTENTES

Itens de Lealdade	Concordo totalmente		Concordo		Não concordo Nem discordo		Discordo		Discordo totalmente		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.1 – Esta unidade hospitalar responde às necessidades dos seus utilizadores.	120	37,5	151	47,2	15	4,7	7	2,2	3	0,9	24	7,5	320	100,0
3.2 – Recomendo fortemente esta unidade hospitalar aos meus amigos.	162	50,6	108	33,8	18	5,6	6	1,9	2	0,6	24	7,5	320	100,0
3.3 – Não vejo qualquer razão para mudar para outra instituição de saúde.	162	50,6	97	30,3	26	8,1	9	2,8	3	0,9	23	7,2	320	100,0

GRÁFICO 7 - DADOS RELATIVOS À LEALDADE MANIFESTADA PELOS UTENTES



3.1.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO GRAU DE FREQUÊNCIA RELATIVAMENTE AOS ITENS DE SATISFAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os resultados apresentados na Tabela 9 revelam que a grande maioria da amostra (81,6%) nunca solicitou a intervenção do Serviço Social da Instituição. De referir que **58** das 261 pessoas que responderam “nunca” revelaram que *desconheciam a existência de um assistente social na instituição* e 207 que *não teve necessidade de recorrer aos serviços* (apenas uma pessoa assinalou ambas as opções). É significativa a percentagem de respostas omissas (54,4%).

TABELA 7 - DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Itens de Satisfação Intervenção Psicossocial	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Poucas vezes		Nunca		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4.1 – Já alguma vez solicitou a intervenção do Serviço Social da Instituição?	1	0,3	2	0,6	6	1,9	7	2,2	261	81,6	43	13,4	320	100,0
4.2 – Se já recorreu ao serviço social, o assistente social prestou-lhe o acompanhamento solicitado?	8	2,5	3	0,9	0	0	7	2,2	128	40,0	174	54,4	320	100,0

TABELA 8 – DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Itens de Satisfação Intervenção Psicossocial	Desconhecia	Não teve necessidade
	N	N
4.3 - Se respondeu <i>nunca</i> na questão anterior, refira as razões	58	207

No que concerne aos resultados da “pergunta aberta” relativamente às sugestões de melhoria para o serviço social, verificamos que 3 sujeitos do nosso estudo mostraram desconhecimento pela existência do Serviço Social, 2 referiram que não tiveram necessidade de recorrer ao serviço, 1 referiu que se deveria divulgar a sua existência e 1 que a referência ao serviço social devia ser prática da Instituição (1). As outras sugestões apresentadas (em número significativo) referem-se a sugestões de melhoria de âmbito geral relacionados com o funcionamento e organização da unidade hospitalar (cf. anexo 3).

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial dos dados pretende generalizar para a população estudada, os resultados obtidos a partir da amostra colhida. Antes da seleção dos testes estatísticos a utilizar é necessária a análise da normalidade ou não da distribuição das variáveis. Neste caso concreto e a partir dos valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), a amostra apresenta uma distribuição anormal, pelo que foram utilizados testes não paramétricos como sendo: teste T de student, teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Whitney.

Apresentam-se de seguida os resultados da análise inferencial, de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e às hipóteses formuladas.

Hipótese (H1) –Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e origem geográfica) e o grau de satisfação dos utentes.

No que se refere à relação entre a **satisfação e a idade**, afere-se que os utentes entre **os 41 aos 60 anos** demonstram **não estar tão satisfeitos em todas as dimensões**. As áreas “Atendimento Área administrativa” ($p=0,043$) e “Infraestruturas” ($p=0,001$) revelaram diferenças estatísticas relevantes para a satisfação. No entanto, importa referir que se regista **um valor médio idêntico para a satisfação global para os vários grupos etários instituídos**, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que a faixa etária não interfere na satisfação dos utentes (cf. Tabela 11). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 9 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A FAIXA ETÁRIA E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Idade	Até aos 20 anos	21 aos 40 anos	Dos 41 aos 60 anos	Dos 61 aos 80 anos	+ 80 anos	X2	P
	MR	MR	MR	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	142,56	143,39	165,21	154,39	160,32	1,333	,856
Atendimento Urbanidade e comunicação	146,69	148,91	175,49	149,83	145,36	4,904	,297
Atendimento Área administrativa	160,93	163,14	172,34	137,11	166,33	9,860	,043
Infraestruturas	97,21	165,89	183,82	134,74	156,43	18,561	,001
Satisfação global	146,56	165,67	179,54	146,79	163,67	6,573	,160

Quanto ao Género, constata-se que, na globalidade, são os utentes do **sexo masculino** os que revelam **mais satisfação em cada uma das dimensões avaliadas**, com relevância estatística nas “Infraestruturas” ($p=0,018$) e “Atendimento Urbanidade e comunicação” ($p=0,028$) e satisfação global ($p=0,011$), sugerindo que a variável Género, interfere na satisfação (cf. Tabela 12).

Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada para todas as áreas, exceto no **“Atendimento Assistência e Relação”** e **“Atendimento Área administrativa”**.

TABELA 10 – TESTE DE U MANN-WHITNEY ENTRE O SEXO E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO INSTITUTO

Género	Feminino	Masculino	UMW	P
	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	161,54	145,63	10367,000	0,122
Atendimento Urbanidade e comunicação	161,43	139,88	9624,500	0,028
Atendimento Área administrativa	155,52	140,57	9608,000	0,141
Infraestruturas	156,84	133,37	8701,500	0,018
Satisfação global	166,29	140,16	9685,000	0,011

Quanto ao **Estado civil**, regista-se um **valor médio idêntico para a satisfação global** nos vários estados civis, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que o estado civil não interfere na satisfação dos utentes (cf. Tabela 13). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 11 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE O ESTADO CIVIL E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Estado civil	Solteiro	Casado	Divorciado	Viuvo	X ₂	P
	MR	MR	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	129,53	154,65	146,28	172,60	5,704	,127
Atendimento Urbanidade e comunicação	138,04	154,76	136,11	161,97	3,178	,365
Atendimento Área administrativa	136,57	147,62	142,66	161,88	2,263	,520
Infraestruturas	127,70	145,02	145,77	162,82	4,070	,254
Satisfação global	133,12	154,57	146,47	173,05	4,932	,177

No que se refere às **Habilitações académicas**, regista-se um valor médio idêntico para a satisfação global nas diferentes habilitações académicas, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que as habilitações académicas não interferem na satisfação dos utentes (cf. Tabela 14). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 12 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Habilitações Académicas Satisfação	Sem habilitações	Até 9º ano de escolaridade	Até 12º ano de escolaridade	Ensino Superior	X2	P
	MR	MR	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	174,82	146,04	154,29	154,46	3,327	,344
Atendimento Urbanidade e comunicação	177,06	139,99	157,52	152,98	6,719	,081
Atendimento Área administrativa	150,99	136,26	162,35	161,93	5,915	,116
Infraestruturas	148,85	136,21	148,19	171,29	6,145	,105
Satisfação global	170,41	140,11	165,94	165,84	7,183	,066

No que concerne à **Situação profissional**, regista-se um valor médio idêntico para a satisfação global nas diferentes situações profissionais, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que a situação profissional não interfere na satisfação dos utentes (cf. Tabela 15). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 13 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Situação profissional Satisfação	Sem ocupação profissional ou Desempregado	Trabalho a tempo parcial	Trabalho a tempo inteiro sem termo	Reformado	Trabalhador independente	X2	P
	MR	MR	MR	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	154,88	199,80	152,47	154,78	199,00	3,010	,556
Atendimento Urbanidade e comunicação	159,00	196,65	163,52	146,56	223,25	6,378	,173
Atendimento Área administrativa	152,15	190,95	155,12	146,61	151,25	2,784	,595
Infraestruturas	161,98	148,40	167,22	139,70	203,75	6,985	,137
Satisfação global	163,29	206,25	162,27	150,89	202,50	4,789	,310

Quanto à Origem geográfica, regista-se um valor médio idêntico para a satisfação global nas diferentes origens geográficas, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que a origem geográfica não interfere na satisfação dos utentes (cf. Tabela 16). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 14 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A ORIGEM GEOGRÁFICA E A SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Origem geográfica	Grande Lisboa	Península de Setúbal	Lezíria do Tejo	Médio Tejo	Outra	X ²	P
Satisfação	MR	MR	MR	MR	MR		
Atendimento Assistência e Relação	151,50	130,65	171,30	209,17	150,99	7,712	,103
Atendimento Urbanidade e comunicação	146,22	141,96	159,10	186,88	154,93	3,448	,486
Atendimento Área administrativa	147,77	134,40	165,15	148,46	146,05	1,240	,872
Infraestruturas	149,35	129,95	154,15	124,38	142,93	2,530	,639
Satisfação global	152,42	135,60	165,40	184,58	153,80	3,088	,543

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e origem geográfica) e a perceção que têm da intervenção do Serviço Social

No que se refere à relação entre a perceção que os utentes têm da intervenção do Serviço Social e a **faixa etária**, afere-se que os utentes com mais de 41 anos demonstram não solicitar tanto o Serviço Social, com diferenças altamente significativas ($p \geq 0,001$), o que sugere que a faixa etária interfere no facto de o utente pedir a intervenção do serviço social (cf. Tabela 17). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

TABELA 15 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A FAIXA ETÁRIA E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Idade	Até aos 20 anos	21 aos 40 anos	Dos 41 aos 60 anos	Dos 61 aos 80 anos	+ 80 anos	X ²	P
Satisfação	MR	MR	MR	MR	MR		
4.1 – Solicitou Serviço Social	85,14	135,71	141,00	137,11	137,48	21,657	,000
4.2 – Assistente Prestou Serviço	35,30	72,00	74,33	73,57	74,85	12,591	,013

Quanto ao **género**, constata-se que tanto homens como mulheres recorrem aos serviços sociais com idêntica frequência, sugerindo que a variável género não interfere na intervenção (cf. Tabela 18). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 16 – TESTE DE U MANN-WHITNEY ENTRE O SEXO E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.

Género Satisfação	Feminino	Masculino	UMW	P
	MR	MR		
4.1 – Solicitou Serviço Social	135,52	136,70	8777,500	,750
4.2 – Assistente Prestou Serviço	72,66	72,23	2397,000	,917

Relativamente ao **Estado civil**, regista-se um valor médio idêntico para o recurso aos serviços sociais nos vários estados civis, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que o estado civil não interfere na satisfação dos utentes (cf. Tabela 19). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 17 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE O ESTADO CIVIL E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Estado civil Satisfação	Solteiro	Casado	Divorciado	Viuvo	X ₂	P
	MR	MR	MR	MR		
4.1 – Solicitou Serviço Social	127,14	136,62	142,00	132,01	4,983	,173
4.2 – Assistente Prestou Serviço	61,97	75,09	73,11	68,84	5,326	,149

No que concerne às **Habilitações académicas**, regista-se um valor médio idêntico para a intervenção do serviço social nas diferentes habilitações académicas, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que as habilitações académicas não interferem na intervenção do serviço social (cf. Tabela 20). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 18 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Habilitações académicas Satisfação	Sem habilitações	Até 9º ano de escolaridade	Até 12º ano de escolaridade	Ensino Superior	X ₂	P
	MR	MR	MR	MR		
4.1 – Solicitou Serviço Social	129,33	135,15	132,95	138,75	1,868	,600
4.2 – Assistente Prestou Serviço	65,47	72,64	70,81	77,18	2,414	,491

Quanto à **Situação profissional**, regista-se um valor médio idêntico para a intervenção do serviço social nas diferentes situações profissionais, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que a situação profissional não interfere na intervenção do serviço social (cf. Tabela 21). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 19 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Situação profissional	Sem ocupação profissional ou Desempregado	Trabalho a tempo parcial	Trabalho a tempo inteiro sem termo	Reformado (a)	Trabalhador independente	X ²	P
Satisfação	MR	MR	MR	MR	MR		
4.1 – Solicitou Serviço Social	131,55	143,50	132,55	137,30	143,50	2,170	,704
4.2 – Assistente Prestou Serviço	64,54	81,50	69,56	74,16	81,50	3,393	,494

No que se refere à **Origem geográfica**, regista-se um valor médio idêntico para a intervenção do serviço social nas diferentes origens geográficas, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$), o que sugere que a origem geográfica não interfere na intervenção do serviço social (cf. Tabela 22). Rejeita-se, portanto, a sub-hipótese formulada.

TABELA 20 – TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A ORIGEM GEOGRÁFICA E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Satisfação	Idade	Grande Lisboa	Península de Setúbal	Lezíria do Tejo	Médio Tejo	Outra	X ₂	P
	MR	MR	MR	MR	MR			
4.1 - Solicitou Serviço Social		135,28	136,34	141,00	141,00	124,15	7,011	,135
4.2 - Assistente Prestou Serviço		71,76	76,06	80,00	80,00	64,43	4,790	,310

CAPÍTULO IV– DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta a análise dos resultados do nosso Estudo verificamos que a maioria dos sujeitos têm idades compreendidas entre os 61 e os 80 anos, o que vem ao encontro do referido pela organização Mundial de Saúde. Se considerarmos o envelhecimento progressivo da população portuguesa, assiste-se a um aumento da prevalência das patologias visuais associadas à idade pelo que as deficiências visuais são mais frequentes na população mais idosa (OMS, 2016).

No que se refere ao Atendimento Assistência e Relação, a elevada satisfação quanto à forma como o médico o/a ouviu e à atenção dispensada, o envolvimento nas decisões sobre os cuidados médicos, assim como o tempo dedicado e qualidade de cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem revelam um clima de proximidade e confiança entre os doentes e estes grupos de profissionais. Onde a satisfação não foi tão evidente refere-se à ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais e sociais relacionados com o seu estado de saúde, fazendo o doente mergulhar numa tristeza, solidão e até angústia, pois como sabemos a doença afeta todas as esferas de socialização do utente, alterando as suas rotinas, suspendendo responsabilidades tornando a pessoa mais vulnerável e fragilizada emocionalmente (Fitzpatrick et. al,1990, apud Masfret, 2010). Também os longos tempos de espera pelas consultas na sala de espera, provocam algum desgaste e cansaço muitas vezes sem razão aparente para tal, sobretudo se tivermos em conta que muitos dos doentes vêm de várias zonas do país, ainda que “o grosso” seja da Grande Lisboa.

No que se refere ao Atendimento, Urbanidade e Comunicação, os utentes, revelam níveis altos de satisfação relativamente à competência e cortesia por parte dos médicos dos profissionais de enfermagem (61,9%) e dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, o que indicia um bom clima de relacionamento entre os docentes e os técnicos de saúde, numa desenvolve-se numa abordagem de prestação de cuidados de saúde pautada pelo respeito, pela postura Ética, pela inovação, gestão participada e pela melhoria contínua no exercício das suas competências (<http://www.institutogamapinto.com/content/o-instituto-gama-pinto>). Quanto à competência e cortesia que recebeu de outros profissionais e à Competência e cortesia dos profissionais da área psicossocial (psicólogo e assistente social), a satisfação é menos expressiva o que se poderá justificar com o desconhecimento da existencial destas áreas profissionais na unidade hospitalar. Nicolau e Escoval (2010), refere que muitas vezes a falta de cortesia dos profissionais decorre deste constrangimento - maior número de doentes e insuficientes recursos humanos, traduzindo-se na sobrecarga e insatisfação no exercício das suas atividades profissionais com reflexo numa prestação de atendimento de qualidade.

No que se refere ao Atendimento e Área administrativa, os utentes sentem-se satisfeitos na forma como são esclarecido/informados no atendimento administrativo assim como no tempo que lhes é dedicado e atenção dispensada no atendimento administrativo (40,6%), embora essa satisfação não seja tão expressiva como nas áreas anteriormente referidas. Essa satisfação torna-se menos expressiva no que se refere ao horário de atendimento, por vezes um horário não compatível com a vida pessoal do doente, o tempo de espera pela primeira consulta, após referenciação, o que muitas vezes cria angustias e alguma ansiedade muitas vezes nada fácil de gerir para o doente e também a dificuldade no contacto telefónico com a instituição e/ou com o médico assistente. Esses constrangimentos vão ao encontro de algumas razões apontadas por

Mauro Serapioni (2009) e que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, nomeadamente a desadequada segurança dos sistemas de saúde, os custos excessivos de algumas tecnologias e de procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera e o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia.

Quanto às **Infraestruturas**, os utentes mostram satisfação com a limpeza das instalações (51,6%), com a organização geral dos serviços oferecidos e da sinalética (39,7%), embora não possamos considerar como níveis elevados de satisfação. Talvez por isso, o item menos expressivo de satisfação se refira ao conforto geral da Instituição.

Os **Itens de Lealdade** revelam claramente resultados elevados de satisfação no que se refere à resposta da instituição quanto às suas necessidades de intervenção saúde ocular, pela satisfação na qualidade do serviço médico prestado, pelo que não consideram não haver qualquer razão para mudarem para outra instituição de saúde, inclusive recomendariam esta unidade hospitalar aos seus familiares e amigos, constituindo-se como uma referência técnica e científica nos cuidados prestados o que reforça o serviço de qualidade que tem sido feito pelo IOGP âmbito da Oftalmologia, designadamente através do desenvolvimento de técnicas diferenciadas centradas na patologia ocular e visual, adequando os recursos disponíveis às necessidades da comunidade e cumprindo desta forma o Programa Nacional para a Saúde da Visão na sua área de intervenção". (<http://www.institutogamapinto.com/content/o-instituto-gama-pinto>).

Relativamente aos itens de satisfação da **Intervenção Psicossocial** e face aos resultados verifica-se uma elevada percentagem de respostas omissas. Verificamos também que a grande maioria da amostra nunca solicitou a intervenção do Serviço Social da Instituição, referindo que não sentiram necessidade de recorrer aos serviços e por isso nunca terem solicitado o seu apoio, outros mostraram desconhecimento da existência de um assistente social na instituição.

Sabemos que que as doenças e os tratamentos provocam muitas vezes a diminuição da qualidade de vida do doente, com repercussão negativa a nível pessoal, familiar e

profissional e que o acompanhamento psicossocial é determinante na melhoria da sua qualidade de vida, sobretudo na sua relação consigo mesma. Assim, a atuação do serviço social é determinante para intervenção psicossocial centrada no doente, geradora de satisfação, nomeadamente no apoio emocional, empático e de respeito, no envolvimento dos familiares e cuidadores e na disponibilização de informação clara, compreensível e no apoio à autonomia, no envolvimento das decisões e respeito pelas suas escolhas, garantindo um acompanhamento de qualidade.

Sabemos que no IOGP, o Serviço Social tem desenvolvido uma atuação de carácter proactivo, por uma prática interdisciplinar assente no modelo biopsicossocial, estimulado o acesso dos utentes aos serviços pela articulação com as outras áreas profissionais. Neste âmbito, a atividade desempenhada pelo Gabinete de cidadão, tem sido a porta de entrada para a (re)construção desse espaço, permitindo ao assistente social, no exercício destas competências, realizar uma atuação de promoção do acesso e de equidade, dado o elevado número de contatos telefónicos recebidos e por email. Uma atuação dirigida para a resposta atempada e articulada com os diferentes serviços e com a equipa multidisciplinar. Uma intervenção em estreita ligação as diferentes disciplinas profissionais contribuindo para a resposta social às solicitações dos utentes, promovendo a melhoria da qualidade de vida e a continua humanização dos cuidados de saúde.

Nesta linha, Santo (2018) destaca a importância da dimensão médica e social salientando que “a ação dos estabelecimentos e serviços hospitalares é de natureza simultaneamente médica e social” (2018:64) e que a “intervenção resulta de um processo dinâmico de reciprocidade que permite o conhecimento da componente clínica e o conhecimento das circunstâncias que condicionam o sujeito-utente” (Chancosa & Gálan ,2012:119 *apud* Santo 2018:64). A dimensão psicossocial do assistente social constitui-se, no atual quadro das unidades hospitalares como um elemento fundamental das equipas interdisciplinares de cuidados de saúde, pelo que “em meio hospitalar e na saúde, o lugar do Assistente Social é um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (Martinelli, 2003:12).

As escassas sugestões de melhoria propostas pelos sujeitos na “pergunta aberta” relativamente às sugestões de melhoria para o serviço social revelam um completo desconhecimento no que concerne a esta área profissional. Apenas um sujeito referiu que se deveria divulgar a sua existência e outro que a referenciação ao serviço social devia ser prática da Instituição (1). As restantes sugestões apresentadas (em número significativo) referem-se a sugestões de melhoria de âmbito geral relacionados com o funcionamento e organização da unidade hospitalar (cf. anexo 3).

São resultados que fazem pensar no contexto atual da afirmação e consolidação da profissão em contexto de saúde hospitalar. Contudo a dimensão histórica e evolutiva da

intervenção do serviço social na instituição será um fator a considerar assim como a dimensão do universo de doentes que atende num contexto hospitalar de atendimento ambulatorio de consultas e cirurgias. A pressão de planeamento de “alta” em instituições hospitalares é potenciadora de um alargamento de espaço de intervenção, quer pela exposição junto das outras áreas profissionais quer pela forte dimensão da componente multidisciplinar de âmbito mais alargado, pelo que se sugere uma forte reflexão e medidas de reformulação centrado no cuidado prestado ao utente e tendo em conta a faixa etária em que se inscreve a população utente da instituição (61-80 anos e mais) e os problemas associados ao envelhecimento.

Será importante devolver um trabalho de maior proximidade com o utente, uma vez que foi notório o desconhecimento relativo à intervenção desta área profissional no acompanhamento aos doentes. Ainda que haja um trabalho multidisciplinar sistemático com os outros profissionais de saúde, a verdade é que se denota uma escassa visibilidade do trabalho que o serviço social desenvolve para o exterior, nomeadamente junto dos seus utentes, no contexto desta realidade específica.

CAPITULO V– CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Durante este caminho de construção de conhecimento, muitas foram as questões, as reflexões, as constatações, mas também as dúvidas e as interrogações.

Relativamente aos dois conceitos chave da investigação *satisfação e qualidade* em saúde, podemos dizer que os mesmos surgem, indubitavelmente associados, na medida em que se estruturam na interinfluência e se determinam na ação e no resultado, com o mesmo propósito de melhoria contínua dos cuidados prestados.

Sabemos que, atualmente, a satisfação dos utentes nas instituições de saúde é uma prioridade e que “os prestadores de cuidados de saúde estão atentos às suas expectativas e opiniões, conscientes de que a satisfação dos clientes é um indicador fundamental na gestão das organizações, conduzindo a decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados” (Abrantes, 2012:38). Assim, a satisfação dos utentes influencia a qualidade e a eficiência do serviço prestado, sendo utilizada como um instrumento de apoio à gestão no sentido da melhoria contínua dos processos organizativos.

Tendo em conta as questões de partida da investigação, como é que os utentes avaliam a prestação de cuidados de saúde no IOGP, qual o seu grau de satisfação? e qual a perceção que têm da prestação dos cuidados psicossociais e da atuação do Serviço Social nesta realidade hospitalar?, verificamos que a nível global, os utentes do IOGP revelam um nível de expressão, bastante satisfatório (cf. tabela 7), pelo que a sua perceção sobre a qualidade dos serviços prestados é bastante positiva.

Relativamente à prestação dos cuidados psicossociais na atuação do Serviço Social, identifica-se que nesta realidade hospitalar não existe uma cultura de integração destes serviços, seja pela ausência de necessidade de recurso aos mesmo, ou seja por desconhecimento da existência da prestação deste tipo de cuidados na instituição. O que justifica a expressão menos satisfatória relativamente ao apoio recebido no acompanhamento prestado aos problemas emocionais e sociais relacionados com o seu estado de saúde e no que se refere aos *profissionais da área psicossocial* (psicólogo e assistente social), uma vez que não recorrem ou desconhecem a existência desta área profissional no meio hospitalar. Podemos também inferir que, no instituto de oftalmologia Dr. Gama Pinto, há uma diminuta ou inexistente cultura interdisciplinar assente no conceito biopsicossocial de atuação multidisciplinar, o que cria constrangimentos numa atuação de proximidade entre as várias disciplinas do cuidado (biológica, psicológica e social).

Acredito, no entanto, que este cenário face a esta área profissional dos cuidados e em avaliação dos resultados do estudo, pode ter sido influenciada pelo contexto histórico da

mesma na instituição e por consequência do exercício de uma acentuada abordagem biomédica, na prestação de cuidados, limitando uma intervenção psicossocial mais inclusiva.

Contudo as exigências da modernidade e da emergência de doenças associadas à idade, vem ganhando expressão, e exigem uma nova configuração “por um alargamento estruturado da **oferta**” para resposta às novas e numerosas necessidades que só fará sentido ser acompanhadas numa lógica de cuidados multidisciplinares.

O envelhecimento das pessoas terá assim muito impacto à luz dos recursos atuais em saúde e particularmente nos cuidados de saúde da visão, pela limitação de recursos humanos, de especialistas em oftalmologia.

Face ao exposto e no resgate da dimensão biopsicossocial em cuidados de saúde da visão, teremos de concertadamente promover estratégias internas de intercolaboração e integração de conhecimento para fornecermos melhores cuidados de saúde os utentes, assentes na premissa da promoção do seu bem-estar e da humanização dos cuidados. As conceções atuais caminham para a interdisciplinaridade na e para a atenção global no processo de tratamento, na medida em que ampliam o olhar sobre os diversos aspetos do processo saúde-doença”.

Quanto à lealdade, verificamos por parte dos utentes do IOGP, um elevado nível de satisfação na resposta que é dada pela instituição aos seus problemas da Saúde da Visão pelo que, não sentem qualquer necessidade de mudar para outra instituição de saúde, inclusive desenvolvem um trabalho de marketing pessoal na recomendação desta unidade de saúde a todos aqueles que lhes são mais próximos (familiares e amigos), projetando desta uma excelente imagem para o exterior, como uma instituição de referência na prestação de cuidados de saúde oftalmológicos.

O acompanhamento prestado aos utentes no atendimento/área administrativa foram os itens que revelaram menor satisfação, nomeadamente no que se refere ao tempo de espera pela primeira consulta, após referenciação médica e à dificuldade de contacto telefónico com a instituição ou com médico assistente, as opiniões foram transversais, desde os utentes com avaliação no escalão inferior até utentes plenamente satisfeitos.

No entanto, na sequência destes resultados, na dimensão do atendimento administrativo e sem lógicas de justificação, vale a pena olhar outra perspetiva. Defendida pelos autores, relativamente à escassez de recursos humanos, e se traduzem neste caso pela limitação de capacidade instalada para o exercício de múltiplas respostas.

Nicolau e Escoval (2010), defendem, muitas vezes a falta de cortesia dos profissionais decorre do constrangimento - maior número de doentes e insuficientes recursos humanos, traduzindo-se na sobrecarga e insatisfação no exercício das suas atividades profissionais com reflexões numa prestação de atendimento de qualidade. Muitas vezes as reformas neste setor centralizam-se fundamentalmente numa perspetiva de eficiência económica (produtividade),

assumindo os indicadores de qualidade efetivo para o cidadão um papel menor, muitas vezes irrisório, nas políticas de financiamento, aumentando os constrangimentos na prestação dos cuidados de saúde diários.

Em síntese, em Saúde, como em todas as áreas de prestação de serviços é determinante a existência de um sistema de gestão assente na melhoria contínua e sistemática da qualidade e das Boas práticas em saúde, para promoção da qualidade de cuidados e satisfação dos seus utilizadores.

Uma gestão orientada para os resultados, focada no cliente, na liderança, no desenvolvimento e envolvimento das pessoas, na aprendizagem contínua, inovação e melhoria contínua dos cuidados de saúde (Abrantes, 2012).

Tal como a valorização do cidadão no centro dos cuidados determinou a mudança da cultural das organizações de saúde, pela mudança de um paradigma da organização para o paradigma da prestação de cuidados centrados no cidadão (DGS,2009), preconizando uma clara (re)evolução de estruturas burocráticas e rígidas, para uma estrutura flexível e integradoras da participação dos “sujeitos -utentes “.

Recolher a opinião, analisar, monitorizar sistematicamente, corrigir erros, reorganizar os serviços de saúde são etapas efetivas de uma verdadeira avaliação da qualidade dos serviços prestados, no sentido da satisfação dos utentes. Um processo dinâmico e sistémico, com ganhos elevados na qualidade em saúde. Relativamente à intervenção do serviço social considero que “a ação de serviço social caracteriza-se, pela identificação de fatores psicossociais que, interferindo na doença, possam dificultar a sua cura e reabilitação. E geradora, quase sempre de rutura com o ciclo de vida, causando sempre impacto na dinâmica social e familiar. Este impacto poderá estar relacionado com a forma como a doença surge, com a sua evolução, com o prognóstico e com o nível de incapacidade (Guadalupe 2012:112).

É nesta premissa de intervenção de serviço social que se procurará construir a intervenção psicossocial na afirmação da identidade do serviço social enquanto profissão de cuidado, numa abordagem sistémica e holística do sujeito-utente, no desenho interdisciplinar, no garante à universalidade dos cuidados de Saúde visual da população portuguesa melhorando a acessibilidade, garantindo a equidade, os ganhos na qualidade em saúde, na promoção da cidadania e não esquecendo a monitorização contínua de todo o processo (ENSV, 2018:3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia e webgrafia

Abrantes, Maria (2012), *Qualidade e satisfação Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Coimbra, Faculdade de Economia, FEUC Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20506>

Abreu, Sónia (2003), *Políticas e Sistemas de Saúde - Textos académicos I*, Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga

Disponível em https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/sonia-guadalupe-2003_-politicas-e-sistemas-de-saude-textos-academicos-i.pdf

Amaro, Maria (2008), *Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença*, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia, Faculdade de Ciências Humanas-Católica Portuguesa

André, Susana *et. al* (2017), "Qualidade dos cuidados relativos à cirurgia de ambulatório: perspetiva dos utentes", *Revista Millenium*, 2(ed espec nº 2), 73-84, consultado em consultado em 18.04.2019. Disponível em <file:///C:/Users/HP/Downloads/12067-Article%20Text-37314-1-10-20170714.pdf>

Brito, Tânia (2015), *Qualidade em Saúde - Satisfação do utente com o serviço de urgências do hospital de Santa Maria*, Mestrado em Gestão da Saúde, Lisboa, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Carvalho, Maria (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Factor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação

Carvalho, Maria e Pinto, Carla (2014), *Serviço Social Teorias e Práticas*, Lisboa, Factor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação

Community Ophthalmology and General Ophthalmology (2019), "Impact of a Social Worker in a Glaucoma Eye Care Service: A Prospective Study", *Health Soc Work*, Feb 1;44(1):48-56, Pub Med Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30561635>

Couto, Beatriz *et. al* (2007), *Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados*, Direção Geral da saúde, Lisboa

Costa, Graciete (2011), *Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz*, IV Mestrado em Gestão da Saúde, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL

Donabedian, Avedis (1988), "How can it be assessed?" *Quality of Care* (online), consultado em 11.05.2019. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>

Erica Grilo Cardoso (2016), *O impacto da implementação do SIGIC nos Indicadores de qualidade em produção cirúrgica*, XLIV Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Lisboa, Universidade Nova, Escola Nacional Saúde Pública

Freitas, Graça (2018) *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (despacho nº 1696/2018, DR nº 35/2018, Série II, de 2018/02/15)*, Lisboa, SNS

Fornell, C. *et. al* (1996), "Growing the trust relationship", *Journal of Marketing*, 60(4), 7-18. Retrieved, Cornell University, School of Hospitality Administration site

Fortin, Marie-Fabienne (2009), *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*, Loures, Editora Lusodidata

Grossbart, Stephen e Agrawal, Jaya (2012) "Chapter 2 Conceptualization and Definitions of Quality" (online), consultado em 12.04.2019. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/9-Chapter-2-Conceptualization-and-Definitions-of-Grossbart-Agrawal/96f44c7f2d5d97ec6ea0e6b5c0000d4f1b668cb>

Hermosilla, Maria (2006), "Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en individuo y familia", Departamento de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana

Hugo Roque et al, (2016), "Versão portuguesa do questionário European Task force on Patient Evaluation of General Practice Care", *EUROPEP: contributos para a validação psicométrica*, Artigo Original; 50:61

Lourenço, A., Barros, P., (2019) "Cuidados de Saúde da Visão, Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal", Associação de Profissionais Licenciados de Optometria Disponível em <http://www.tempomedicina.com/noticias/34250>

Magalhães, António (2016) "A Ambliopia: Um problema de saúde pública", *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia* (online), nº2 (97-106)

Marinho, António *et. al* (2005), *Programa Nacional para a Saúde da Visão*, Lisboa, DGS

Masfret, D. (2012), “O serviço social de saúde e o planeamento da alta para a continuidade dos cuidados na comunidade”, em Carvalho, M. (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor editora

Mendes, Vanessa, 2012, *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL

Oncoguia, Equipe (2015), “O conceito “Qualidade em Saúde” “(online), Instituto Oncoguia, consultado em 11.05.2019. Disponível em <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-conceito-qualidade-em-saude/1039/168/>

Riordan, Jonh e Mockler, Darren (1997), *Clinical Audit in Mental Health: Toward a Multidisciplinary Approach*, UK, Editora Wiley

Disponível em <https://books.google.pt/books?hl=pt->

https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=dXYFBA1mz88C&oi=fnd&pg=PP8&dq=Clinical+Audit+in+Mental+Health:+Toward+a+Multidisciplinary+Approach&ots=elba7oyct2&sig=v1QJg-ovefOrBPE8Yxqteb_n0FI&redir_esc=y#v=onepage&q=Clinical%20Audit%20in%20Mental%20Health%3A%20Toward%20a%20Multidisciplinary%20Approach&f=false

Roque, Hugo *et. al* (2016), “Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica”, *Revista de Saúde Pública*, nº 50, julho, consultado em 03.05.2019. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/52301>

Santo, Inês (2018), *O Processo de Acreditação Hospitalar desafios na prática profissional dos Assistentes Operacionais*, Lisboa, Edições Esgotadas, Coleção Saber, nº31

Saúde, Serviço Nacional (2018), *Retratos da Saúde*, Lisboa, editor Ministério da Saúde

Disponível em <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Schutz, Alfred (1979) *Fenomenologia e Relações Sociais*, Biblioteca de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Zahar Editores

S/d (2017) “Thrombosis Research”, *Quality of Care* (online), volume 160 (129), consultado em consultado em 18.04.2019.

Disponível em [https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848\(17\)30568-6/abstract](https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848(17)30568-6/abstract)

Serapioni, Mauro, (2009), “Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional”, *Revista critica de ciências sociais*, Universidade Coimbra, volume 85 Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/33781>

Serapioni, Mauro (2018), “Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra”, 117 Disponível em <http://journals.openedition.org/rccs/8264>

Seidl, Eliane e Zannon, Célia (2004) “Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos”, *Cadernos de Saúde Pública* (online), consultado em 18.04.2019.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_arttext

Silva, Rute (2015) *Qualidade de serviço e satisfação dos clientes: Um estudo empírico*, Trabalho de dissertação, Coimbra, Faculdade de Direito, UC

Silva, M. (2012), “Políticas Públicas de saúde: tendências recentes”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, no 69, p.121-128

SPSS, *Statistic Program Social Siences*, versão 21

Telma Elisa Carraro *et. al* (2011), “Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia”, *Cultura de los Cuidados* (online), nº29, consultado em 18.04.2019. Disponível em https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17457/1/Cultura_Cuidados_29_10.pdf

Ware *et. al* (1983), “Defining and measuring patient satisfaction with medical care”, *Evaluation and Program Planning* (online), Journal Elsevier, vol. 6 (247-263), consultado em 12.04.2019. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0149718983900058?via%3Dihub>

Legislação

Lei de Bases da Saúde

Lei nº 48/90 - Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24

Diário da República Eletrónico (DRE) <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/57483775/201905092330/indice>

Lei de Bases da Saúde Direção Geral da Saúde (2015), *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*, (Online), consultado em 06.04.2019. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2008) “Relatório Mundial de Saúde 2008”, *Cuidados de Saúde Primário- Agora Mais Que Nunca*, (online), consultado em 18.04.2019. Disponível em https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

Programa Nacional de Acreditação em Saúde (2014), Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Gestão Clínica, Manual de Standards

Diário da República n.º 241/1993, Série I-A de 1993-10-14, Aprova a Lei Orgânica do Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto

ERS (2019), “Satisfação do Utente” Disponível em <https://www.ers.pt/pages/225>

Saúde, Direção Geral (2018), *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão* (Versão reduzida) On line, consultado em 12.04.2019. <https://www.arslvt.min-saude.pt>

Saúde, Entidade Reguladora (2019), “Satisfação do Utente” (online), consultado em 06.04.2019. Disponível em <https://www.ers.pt/pages/251>

Saúde, Direção Geral (2015), Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, Lisboa, DGS Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Saúde, Serviço Nacional (2018), “Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo” (online), consultado em 06.04.2019.

Disponível em https://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=1917

Saúde, Serviço Nacional (2019). “Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto” (online), consultado em 06.04.2019. Disponível em <http://www.institutogamapinto.com>

Saúde, Serviço Nacional (2019), “Plano Nacional de Saúde para 2004-2010”, Mais Saúde para todos, DGS Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude-2004-2010.aspx>

ANEXOS

ANEXO 1

Atenção
Faca de interesse
do proprio IOGP as
aplicacoes do questionario
proposto / Autoreto
16.05.2019

Exma. Presidente do Conselho Diretivo
Exmo. Conselho Diretivo do IOGP

Lisboa, 10 de maio, de 2019

Na qualidade de mestranda do Curso de Mestrado em Serviço Social, do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE - IUL), sob a orientação da Professora Doutora Inês Espírito Santo (Assistente Social e Professora no ISCTE-IUL), venho por este meio solicitar a colaboração de V. Exas, no sentido de me concederem autorização para a realização do trabalho de pesquisa junto dos utentes do IOGP.

Esta investigação tem como o estudo da avaliação da satisfação dos utilizadores da prestação de cuidados desenvolvida por este Instituto. O tema versa, "*A satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais dos utentes do Instituto de Oftalmologia Gama Pinto Lisboa*".

A Metodologia de recolha de dados será por método quantitativo, a amostra, será baseada nos doentes inquiridos durante o tempo definido. A recolha de informação será efetuada junto dos utentes da consulta externa, através da aplicação do questionário *EUROPEP, European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*, adaptado ao contexto da Instituição. Integrando uma questão sobre a perceção dos utentes sobre o Serviço social na Instituição.

Será realizada a caracterização dos utentes deste instituto (sexo, faixa etária situação profissional, habilitações literárias, origem geográfica).

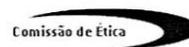
Não obstante, serão também analisados os *Cuidados Biopsicossociais na saúde da visão e a relação da satisfação com a Qualidade*.

Prevê-se que a recolha de dados decorra no período de 20 de maio a 15 de julho de 2019.

Considero que se trata de uma investigação que contribuirá para mim enquanto aluna, pelos motivos óbvios, mas também que permitirá à instituição, ter um desenho da caracterização dos seus utilizadores e da qualidade dos cuidados de saúde que presta, de relevante importância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Têm como objetivos específicos: Medir o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados prestados; Avaliar a relação entre a qualidade de cuidados de saúde e a satisfação;

ANEXO 2



Dr^a Ana Paula Silva

Assunto: A satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais dos utentes do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - parecer

A Comissão de Ética para a Saúde do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (CES-IOGP) analisou, em reunião ordinária efectuada hoje e a título excepcional por não terem sido cumpridos os prazos de envio da documentação necessária, a realização do estudo *A satisfação e a qualidade dos cuidados Biopsicossociais dos utentes do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*. Decidiu, por unanimidade, emitir parecer *favorável condicionado* desde que seja introduzido no questionário a caracterização dos utentes deste Instituto (sexo, faixa etária, situação profissional, habilitações literárias e origem geográfica), limitando-se o tratamento dos dados aos dados recolhidos com o presente questionário, tal como referido pela autora do estudo “a amostra será baseada nos doentes inquiridos durante o tempo definido”.

Sugerimos a alteração do ponto 4 do referido questionário (confidencialidade sobre o seu processo) por nos parecer repetido no ponto 5.

Solicitamos o envio do questionário com as alterações requeridas por esta Comissão com a maior brevidade possível. O início do estudo não está condicionado a este envio desde que cumprido o pressuposto acima referido. No entanto o não envio do questionário reformulado à CES-IOGP inviabilizará a manutenção do parecer favorável à continuidade da realização do estudo.

Lisboa, 6 de junho de 2019

A Presidente da CES,

Ana Paula Ferreira

ANEXO 3

Sugestões para a melhoria do Serviço Social / Sugestões para a melhoria IOGP

- Menos tempo de espera para as consultas. Por vezes chego às 9h conforme agendado e sou atendido pelas 13h.
- Posto de recolha de separação de resíduos.
- Cumprimento de horários; Consulta às 10h, são 11h52m e ainda não me avisaram sobre o atraso e se vou ter consulta.
- Por parte do serviço administrativo que é péssimo. Aconselho mais cordialidade e profissionalismo. Facilitava se atendessem os telefones como lhes compete.
- Vista em oftalmologia pela Dr.^a Fátima médica só mostrou que pretendia efetuar o seu trabalho o mais rápido possível para ter o seu vencimento ao final do mês. Indiferente ao doente. Não discuto se é boa médica ou não, mas uma consulta em que corta a palavra ao doente, precisa de uma formação de sensibilidade para com os doentes. Quando as médicas já estão cansadas devem aposentar-se.
- Cortesia falta
- Marcação de primeira consulta com menos tempo de espera.
- Menor tempo de espera.
- Mais pessoal. Tempo espera é bastante, 4he30m.
- Pontualidade nas consultas. A minha consulta marcada para as 9h15m, fui atendida às 11h.
- Pontualidade nas consultas. Chega a demorar 3 horas ou mais.
- Para pessoas de longe, que saem de casa às 6h da manhã para sere atendida às 12h, penso que deveria haver uma solução, que tal deixarem de mandar os utentes esperarem cá todos à mesma hora?
- Mais divulgação.
- Difícil ou impossível o contacto telefónico.
- Melhor relação médico-doente em áreas de especialidade e gravidade: retinopatia-mácula.
- Falta de cortesia
- Só tenho uma queixa em relação ao IOGP: demorei 8 meses entre a operação a uma catarata e a outra. Devido ao incómodo causado escrevi ao Conselho de Administração expondo este assunto.
- Divulgação do mesmo explicando o que é e para que serve.
- Proibição de utilização de telemóveis nas salas de espera uma vez que prejudicam a audição das chamadas, dado que a instalação sonora é bastante deficiente. Não

esquecer que os utentes, atendendo à faixa etária dominante têm também dificuldades auditivas como é o meu caso.

- Existirem voluntários para ajudarem no acompanhamento dos utentes, pois a maioria dos mesmos já tem mais de 65 anos e têm dificuldades em saber para onde se dirigirem e para onde irem.
- Desde 2018 que tenho verificado uma desorganização na marcação/desmarcação de consultas por ordem médica. Reavaliação desta situação.
- Tudo de bom. Parabéns! ELOGIO
- Utilizando os serviços há mais de 14 anos, sempre tive a melhor opinião e sempre me senti bem nos aspetos profissionais. Excelentes serviços! Parabéns. ELOGIO
- Péssimo atendimento. Muito mau serviço.
- Consulta marcada para as 9h30m e realizada às 14h30m, porquê?? Teria mais lógica marcá-la para as 15h.
- O tempo de espera para consulta ou exame deveria ser mais célere tendo em conta a dificuldade de acesso ao Instituto.
- Que o atendimento telefónico funcione.
- Que deixe de haver tanta desmarcação de consultas.
Atendimento mais rápido.
- Infelizmente é o tempo de espera.
- Diminuir o tempo de espera para pacientes nos balcões de atendimento. Casas de banho mais limpas, sff.
- De todos os hospitais que frequento este é dos melhores senão o melhor. Muito Obrigada Elogio
- Melhoria do tempo de espera para intervenção cirúrgica
- Desconheço este serviço Social.
- Um grande obrigado a todos e um obrigado especial à enfermeira Marta que me atendeu hoje (09/07/2019) com muito profissionalismo e humanidade.
- Referência à Dr.^a Conceição Ornelas que tem sido sempre incansável no meu acompanhamento. ELOGIO
- Melhoria no atendimento na hora marcada pelo Instituto.
- Descomplicarem - menos burocracia - acompanhamento mais humano. Nota: Há muitos anos que sou seguido no IOGP e noto que o serviço piorou. Sinto que sou só "mais um". A parte humana já não existe muito. Deficiente organização.
- Não vejo carências a precisar como doente.
- Aqui digo: tem um atendimento lindo!! ELOGIO

- Aquando da pessoa se tornar invisual, o próprio Instituto devia encaminhar o utente para uma assistente social de forma a saber lidar com o aspeto emocional e existir um folheto informativo dos seus direitos, nomeadamente das Instituições que dão apoio a cegos e a produtos de apoio para esta nova situação.
- Parque para viaturas ou alternativa grátis. Parque automóvel
- Não sei que apoio prestam nesta instituição.
- Nas salas de espera, um HIFI gratuito.
- Melhora no atendimento. Salas de espera mais amplas.
- Melhor informação ao utente.
Sistema de senhas com previsão de tempo de chamada.
- Peca um pouco pelo tempo que se aguarda pela primeira consulta, bem como para a operação após entrega de exames. Dar conhecimento aos utentes da sua existência.
- Melhorar a qualidade do atendimento telefónico e maior facilidade na marcação de consultas.
- Devia ser mais eficaz e eficiente aquando das primeiras consultas e nada nos explicam. Desorganização
- Sendo o Instituto para utentes de baixa visão, as informações afixadas são de letra muito reduzida. É importante que o tamanho da letra não seja inferior a 14, ou melhor, a 16. Desorganização
- Melhoria do serviço geral. Horário de consulta com atrasos.
- Atenção à marcação de novas consultas devido à idade do utente.
- Dormida durante a noite no pós-operatório.
- Um pouco mais de atenção de alguns médicos. Falta Cortesia médicos
- O tempo de espera. Hoje, por exemplo, tinha a consulta marcada para as 9h30m, são 12h30m e continuo sentada na mesma sala à espera de ser consultada.
- Melhoria no Atendimento Administrativo.
- O tempo de espera para consultas parece-me excessivo.
- Desconheço, mas que seja sempre para melhorar.
- Tentar ser mais rápido o atendimento ao balcão. Para confirmar consultas e remarcar.
- Mais rapidez no atendimento.
- Resolução urgente nos contactos com a instituição.
- Maior transparência na organização de horários de consultas. Mesmo chegando cedo, as consultas podem atrasar-se sem razão aparente.
- Melhor atendimento telefónico. No dia 31/07 estive das 9h às 11:30h e não me atenderam o telefone.

- Deveria existir maior divulgação destes serviços aos utentes.
- Médica que exerce a sua atividade como uma vocação. Extremamente competente e dedicada. Profissional que recomendaria a todos os familiares e amigos. Uma grande obrigada, Sr. Dr.^a Salomé. Elogio
- Médica extremamente simpática, muito sabedora e sobretudo ótima profissional. Elogio
- Informação do serviço aquando da primeira consulta prestada ao utente.
- A única sugestão a apontar é a redução do tempo de espera. Foi sempre superior a uma hora e o atendimento a despachar por parte do médico sem prestar os esclarecimentos devidos.
- Unicamente o melhor acesso telefónico.
- Instalações: esta equipa merece umas instalações de luxo. Enfermagem: no dia da operação são-nos transmitidas orientações com muita pressa, que para pessoas idosas deixa-nos nervosas
- Demasiado tempo de espera na sala de espera. Deu-me a impressão que passaram pessoas à minha frente no atendimento médico. O critério de prioridade não existe ou não está acessível para consulta.
- Atendimento deficiente, pouco cortês por parte da segurança, no acesso à obtenção de senha, rude, fala muito alto, nomeadamente nos dias 7 e 13 de agosto, na parte da manhã.
- Devem chamar para consulta à hora que está marcada na folha e não uma hora e meia depois (tenho dito).
- Menos tempo de espera para ser atendido.
- Sinceramente e comparando com serviço semelhante na VE deve ser considerado mesmo MUITO BOM.
- Uma maior informação aos utentes a que se dedicam e em que nos podem ajudar.
- Não tive necessidade de analisar esta área, mas verifico que está muito bem.
- Atendimento telefónico mais eficiente.
- Considero que prestam um bom serviço.
- Não mandar vir os utentes todos à mesma hora. Isso implica uma manhã inteira de espera para demorar 5 minutos na consulta.
- Se possível organizar melhor os tempos de espera.
- Nunca consigo ligar para cá. Ninguém atende.
- Parece impossível, estou à espera de uma consulta marcada para a Dr.^a Manuela Martins para as 8h45. São 12h30 e ainda não fui atendido. Algo está mal.
- Profissionais de excelência. Bem hajam. ELOGIO
- O segurança deveria estar a controlar o edifício e não estar a ajudar no trabalho administrativo, ou seja, a menos que o fizesse sentado com um computador a emitir senhas. As senhoras do balcão deveriam de estar atrás de um vidro.
- O telefone quando se liga de resto muito satisfeita Parabéns

Tabela resumo (N=62)

Tempo de espera em sala elevado	23
Ineficiente Serviço Administrativo Dificuldade contato telefónico/desorganização- desmarcação	24
Falta de Cortesia segurança	2
Maior informação-	2
Serviço social	7
Falta cortesia médicos	3
Elogio	9
Casas de banho limpas	1
Posto de recolha de separação de resíduos	1
Proibição de utilização de telemóveis	1

ANEXO 4

Este questionário destina-se a aferir o grau de satisfação dos nossos utentes relativamente à qualidade dos serviços prestados na área da oftalmologia do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

O questionário é anónimo e confidencial, pelo que lhe pedimos que seja o mais sincero nas suas respostas. Obrigada!

1 – Identificação:

- 1.1 Faixa etária:** Até aos 20 anos
 21 aos 40 anos
 Dos 41 aos 60 anos
 Dos 61 aos 80 anos
 + 80 anos

- 1.2 Sexo:** Feminino
 Masculino

- 1.3 Estado civil:** Solteiro
 Casado
 Divorciado
 Viúvo

- 1.4 Habilitações académicas:**
 Até 9º ano de escolaridade
 Até 12º ano de escolaridade.
 Ensino Superior

- 1.5 Situação profissional:**
 Sem ocupação profissional
 Trabalho a tempo parcial
 Trabalho a tempo inteiro sem termo.
 Desempregado
 Reformado(a)

- 1.6 Origem geográfica:**
 Grande Lisboa
 Península de Setúbal
 Lezíria do Tejo
 Médio Tejo
 Outra. Qual? _____

2- Grau de concordância relativamente aos Itens de Satisfação:

Áreas	Itens de Satisfação	Muito Satisfeito	Parcialmente Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Atendimento Assistência e Relação	2.1 - Interesse demonstrado pela sua situação e atenção dispensada.					
	2.2 - Atenção e forma como o médico o/a ouviu.					
	2.3 - Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados médicos (sinto que se preocuparam verdadeiramente).					
	2.4 - Conhecimento sobre o que foi feito e falado em anteriores contactos nesta unidade de saúde.					
	2.5 - Confidencialidade sobre o seu processo.					
	2.6 - Tempo dedicado e qualidade de cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem.					
	2.7 - Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais e sociais relacionados com o seu estado de saúde.					
	2.8 - Tempo de espera pela consulta na sala de espera.					
Atendimento Urbanidade e comunicação	2.9 - Competência e cortesia, profissionais médicos.					
	2.10 - Competência e cortesia dos profissionais Enfermagem.					
	2.11 - Competência e cortesia dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.					
	2.12 - Competência e cortesia dos profissionais da área psicossocial (psicólogo e assistente social).					
	2.13 - Competência e cortesia que recebeu de outros profissionais.					

Áreas	Itens de Satisfação	Muito Satisfeito	Parcialmente Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Atendimento Área administrativa	2.14 - Horário de atendimento.					
	2.15 - Tempo que lhe foi dedicado e atenção no atendimento administrativo.					
	2.16 - Forma como foi esclarecido /informado no atendimento administrativo.					
	2.17 - Tempo de espera pela 1ª consulta, após referência médica.					
	2.18- Facilidade de contacto telefónico com a instituição.					
	2.19 - Facilidade de contacto telefónico com médico assistente.					
Infraestruturas	2.20 - Conforto geral da Instituição.					
	2.21 - Limpeza das instalações.					
	2.22 - Organização geral dos serviços oferecidos.					
	2.23 - Adequação da Sinalética.					

3- Grau de concordância relativamente aos Itens de Lealdade:

Áreas	Itens de Lealdade	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo Nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Desempenho Institucional	3.1 – Esta unidade hospitalar responde às necessidades dos seus utilizadores.					
	3.2 – Recomendo fortemente esta unidade hospitalar aos meus amigos.					
	3.3 – Não vejo qualquer razão para mudar para outra instituição de saúde.					

4- Grau de frequência relativamente aos Itens de Satisfação da intervenção psicossocial

Áreas	Itens de Satisfação intervenção psicossocial	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Serviço Social	4.1 – Já alguma vez solicitou a intervenção do Serviço Social da instituição?					
	4.2 – Se já recorreu ao serviço social, o assistente social prestou-lhe o acompanhamento solicitado?					
	4.3 – Se respondeu nunca na questão anterior, refira as razões: <input type="checkbox"/> Porque desconhecia a existência de um assistente social na instituição. <input type="checkbox"/> Porque não tive necessidade de recorrer aos serviços.					

4.4 – Apresente sugestões de melhoria do Serviço Social.

Grata pela sua participação no preenchimento deste questionário!

ANEXO 5

