

Departamento de Sociologia

O(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde

INÊS MIRANDA AGOSTINHO

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Sociologia da Saúde e da Doença**

Orientadora:  
Professora Doutora Graça Carapineiro, Professora Catedrática do  
ISCTE-IUL

Setembro de 2010

*A todos aqueles que lutaram, lutam, e lutarão  
pelos direitos dos cidadãos.*

*Aos meus pais, por tudo.*

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer à Prof.<sup>a</sup> Graça Carapinheiro, orientadora desta dissertação, porque teve um papel fundamental na minha formação em Sociologia da Saúde e da Doença. Obrigada pelo estímulo e interesse, pelos sábios ensinamentos e valiosas contribuições, permitindo sempre que o meu pensamento seguisse o seu próprio rumo.

Agradeço às pessoas com quem conversei durante a fase exploratória e aos entrevistados pela disponibilidade que demonstraram em colaborar e pelas informações e documentos disponibilizados, sem os quais não teria sido possível concretizar esta investigação.

Quero agradecer ao António Carlos pelo apoio prestado, pelo seu interesse em fazer a revisão de todo o texto, e pelos seus conselhos e opiniões.

Quero também expressar o meu reconhecimento aos colegas do Mestrado pela partilha de vivências e pelo companheirismo que me proporcionaram ao longo destes 3 anos académicos. Em particular à Maria, que me acompanhou neste e noutros desafios.

Às mosqueteiras Mary e Lu, que me acompanham desde sempre, por compreenderem a minha ausência durante a realização desta investigação e pela amizade incondicional.

Aos meus amigos que, de uma forma ou de outra, prestaram o seu apoio e compreenderam, igualmente, a minha ausência nas nossas aventuras e momentos em grupo.

O meu sincero agradecimento à Joana e à Margarida pelas palavras amigas sempre presentes, pelo incentivo e optimismo nos momentos de maior desânimo, pelas conversas que alegam os nossos dias de trabalho, e por todo o apoio logístico.

Um especial obrigado à minha família por compreenderem também a minha ausência nos nossos momentos em família, e pela amizade, amor e incentivo, que nunca deixarão de ser a minha fonte de motivação. Quero agradecer em particular ao Freddy, meu namorado e melhor amigo, por nunca me deixar desistir e por compreender e abdicar do nosso tempo, encorajando-me sempre e apoiando-me incondicionalmente; e aos meus Pais, à minha Avó, e à minha irmã Isa, que sempre me incentivaram e ensinaram a lutar por tudo aquilo em que eu acredito, e por estarem sempre presentes na minha vida, dando-me força nos momentos de desânimo e aplaudindo-me nos momentos de glória.

A todos os que me apoiaram: muito obrigada!

## **Resumo**

Numa sociedade moderna, centrada no cidadão, pretende-se que este se situe no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a construção de uma cidadania participativa e para o exercício dos seus direitos na tomada de decisões sobre si próprio, na gestão de serviços, e na adopção de políticas de saúde.

Abordando as reclamações aos serviços de saúde, as notícias dos meios de comunicação permitem-nos perceber que os cidadãos estão mais consciencializados para os seus direitos e que são várias as entidades envolvidas na gestão das reclamações no sector de saúde português. Posto isto, o objectivo desta dissertação é analisar e caracterizar o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, no sentido de perceber se a forma como as reclamações são geridas não colocará em causa o acto de reclamar enquanto um efectivo exercício de cidadania participativa.

Como esta investigação assume um carácter exploratório e qualitativo foram escolhidas como técnicas de recolha de dados a pesquisa e análise documental, as entrevistas exploratórias e a entrevista a quatro pessoas com uma posição estratégica nas entidades de gestão das reclamações.

Concluiu-se que houve evolução de mecanismos e regras normativas, capacitando o cidadão para participar, e existe preocupação com o tratamento das reclamações de forma a cumprir as etapas processuais e dar resposta nos prazos definidos na lei. Contudo, a utilização da reclamação na adopção de medidas de melhoria dos serviços, fazendo desta um efectivo exercício de cidadania participativa, ainda não se verifica.

### **Palavras-chave:**

Direitos; Cidadania participativa; Serviços de saúde; Reclamações; Circuito(s).

## ***Abstract***

In a modern society, based on the citizen, he ought to be in the centre of the social welfare system, contributing to build a participative citizenship and to the exercise of citizens' rights when making decisions concerning themselves, in services management and adoption of health policies.

In what concerns the complaints towards the health services, the *media* allow us to realize that citizens are nowadays more conscious about their rights and they also show us that there are several entities involved in the process of complaints management in the Portuguese health system. Considering this, the main aim of this thesis is to analyze and characterize the circuit(s) done by the citizens' complaints on the health services in order to understand if the way how complaints are managed won't put into question the act of complaining as an effective exercise of participatory citizenship.

Throughout the research, with an exploratory and qualitative character, were chosen the following data collection techniques: documentary and research analysis, exploratory interviews and interviews on four individuals set in strategic positions in different entities of complaints management.

It was concluded that there was an evolution of mechanisms and normative rules, enabling citizens to participate. Moreover, it was concluded that entities are worried about dealing with complaints in order to respect all the process steps and the deadlines specified in the law. However, the use of complaints to adopt strategies in order to improve health services, as an effective exercise of participatory citizenship, still doesn't happen.

### **Keywords:**

Rights; Participatory citizenship; Health services; Complaints; Circuit(s).

# Índice

<b>Dedicatória.....</b>	<b>i</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>ii</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice.....</b>	<b>v</b>
<b>Índice de Figuras.....</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de Quadros.....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de Acrónimos.....</b>	<b>viii</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1 – Enquadramento teórico.....</b>	<b>3</b>
1.1 – Modernidade, movimentos sociais e esfera pública.....	6
1.2 – Cidadania e direitos dos cidadãos.....	14
<b>Capítulo 2 – Definição do objecto e estratégia metodológica.....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 3 – O(s) circuito(s) das reclamações do utentes aos serviços de saúde.....</b>	<b>29</b>
3.1 – Mecanismos, instrumentos e procedimentos: a sua evolução.....	30
3.2 – Hoje: que circuitos, procedimentos e entidades?.....	37
<b>Conclusão.....</b>	<b>64</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo A.....</b>	<b>79</b>
A.1 – Notícias sobre as reclamações aos serviços de saúde.....	79
<b>Anexo B.....</b>	<b>83</b>
B.1 – Breve descrição das entidades de gestão das reclamações.....	83
B.2 – Guião de entrevista.....	94
B.3 – Extracto de entrevista.....	96

<b>Anexo C</b> .....	<b>99</b>
C.1 – Artigo “Direitos dos Pacientes” da Revista Teste Saúde n.º76 de Dezembro 2008/Janeiro 2009 (DECO).....	99
C.2 – Taxas de reclamações.....	103
C.3 – Enquadramento político-legislativo.....	105
C.4 – Circulares Normativas n.º25/87, 2 de Jun., e n.º43/87, 30 de Set., da Direcção-Geral dos Hospitais.....	133
C.5 – Circular Normativa n.º14/97, 12 de Ago., do DRHS do Ministério da Saúde...138	
C.6 – Diagramas da tramitação dos processos de reclamação/sugestão (Gabinete do Utente e Livro de Reclamações).....	141
C.7 – Formulários <i>on-line</i> .....	143
C.8 – Resumo informativo sobre o Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações – Sim-Cidadão.....	149
C.9 – Circular Normativa n.º 12/DQS/DSD, de 4 de Agosto de 2009, da Direcção-Geral da Saúde.....	157

**Anexo D – Curriculum Vitae**

## Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de análise.....	22
Figura 2 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde em 1986-1996.....	32
Figura 3 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços privados de saúde em 1993.....	32
Figura 4 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde em 1996-1999.....	34
Figura 5 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços privados e sociais de saúde em 2003.....	35
Figura 6 – Mapeamento das entidades de entrada de uma reclamação.....	40
Figura 7 – Circuito-base da reclamação.....	41
Figura 8 – Circuito da reclamação feita no Livro de Reclamações.....	42
Figura 9 – Circuito da reclamação que implica processo disciplinar.....	42
Figura 10 – Circuito da 2. <sup>a</sup> reclamação.....	43
Figura 11 – Circuito da 3. <sup>a</sup> reclamação.....	43
Figura 12 – Circuito da reclamação efectuada nas instituições do sector não-público.....	53
Figura B.1 – Organograma da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (Dez. 2007).....	85
Figura B.2 – Organograma da Direcção-Geral da Saúde (Abr. 2010).....	87
Figura B.3 – Organograma da Inspeccção-Geral das Actividades em Saúde (2010).....	89
Figura B.4 – Organograma da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (Junho 2010).....	91
Figura B.5 – Organograma da Entidade Reguladora da Saúde (2010).....	93
Figura C.1 – Proposta de diagrama da tramitação dos processos de reclamação/sugestão relativos ao Gabinete do Utente (2000).....	141
Figura C.2 – Proposta de diagrama da tramitação dos processos de reclamação/sugestão relativos ao Livro de Reclamações (2000).....	142

## Índice de Quadros

Quadro C.1 – Taxa de reclamações nos cuidados de saúde primários, por ARS, em 2009 (%o actividade assistencial/reclamações).....	103
Quadro C.2 – Taxa de reclamações nos hospitais, no último triénio (%o actividade assistencial/reclamações).....	104



## **Lista de Acrónimos**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto-Comissariado da Saúde

ACSS – Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde

ACSS, I.P. – Administração Central do Sistema da Saúde, I.P.

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT, I.P. – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAESS – Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde

CISSL – Comissões Integradoras de Serviços de Saúde Locais

DDIRP – Divisão de Documentação, Informação e Relações Públicas

DGIES – Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

DMAQ – Departamento de Modernização Administrativa e da Qualidade

DMRS – Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

DRHS – Departamento de Recursos Humanos

DSIP – Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento

DSOD – Direcção de Serviços de Organização e Documentação

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GC – Gabinete do Cidadão

IGAS – Inspecção-Geral das Actividades em Saúde

IGFS – Instituto de Gestão Financeira da Saúde

IGIFS – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

IGS – Inspecção-Geral da Saúde

IGSS – Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED – Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPDT – Instituto da Droga e da Toxicodpendência

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IRIS – Instituto para as Redes de Informação da Saúde

ISS – Inspeção dos Serviços de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ON - Observatório Nacional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OR – Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

SG – Secretaria-Geral do Ministério da Saúde

SGREC – Sistema de Gestão das Reclamações

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SMS – Serviços Médico-Sociais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STMR – Sistema de Tratamento e Monitorização de Reclamações

## Introdução

A saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade, sendo comum afirmar-se que capacitar o cidadão e perceber os seus pontos de vista são aspectos centrais nos serviços de saúde. Isto passa necessariamente por deixar para trás uma lógica burocrático-normativa e orientar o sistema para o cidadão, reconhecendo a importância de se envolverem os diferentes actores (*stakeholders*) no sistema de saúde, valorizando e incorporando, directa ou indirectamente, a sua opinião na organização e funcionamento dos serviços, promovendo o exercício de uma cidadania participativa. Desta forma, a participação dos cidadãos representa uma estratégia incontornável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde, constituindo-se como um princípio-chave a ser incorporado em todos os processos de reforma das políticas de saúde (OPSS, 2010). Esta participação pode concretizar-se, por exemplo, por via do reconhecimento e operacionalização do direito a reclamar quanto à experiência vivida pelo cidadão no sistema de saúde ou pelo seu envolvimento na tomada de decisão aos diferentes níveis do sistema, o qual pode ir desde um nível mais micro, no âmbito da prestação directa de cuidados, a uma perspectiva mais macro, relacionada com o planeamento, definição de prioridades e decisão política.

As notícias que têm sido publicadas nos meios de comunicação relativamente às reclamações aos serviços de saúde<sup>1</sup> permitem-nos pensar que, possivelmente, os cidadãos estão mais consciencializados para o facto de terem direito a reclamar quando entendem que o serviço que lhes foi prestado não foi o melhor. Por outro lado, também nos permitem perceber que são várias as entidades envolvidas na gestão de reclamações no sector de saúde em Portugal, o que me leva a questionar se a forma como as reclamações são geridas não colocará em causa o acto de reclamar, enquanto um efectivo exercício de cidadania participativa.

De facto, segundo a Base XIV, da Lei de Bases da Saúde nº48/90, 24 de Ago.(3454), “os utentes têm direito a reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos”. Mas, o que acontece depois das reclamações serem feitas? Que procedimentos são utilizados na sua gestão? Que destino é dado face aos diferentes tipos de queixa? Será que as reclamações têm algum efeito nas políticas de saúde? É neste âmbito e com estas preocupações que me proponho a analisar o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> No Anexo A.1, pág.79, encontram-se disponíveis as seguintes notícias: “Reguladora recebeu perto de 3400 queixas” (Jornal de Notícias, 10-03-2008); e “Reclamações dos utentes de saúde cresceram em 2008” (Público, 08-05-2009).

Abordando a temática da cidadania na saúde, através da análise do(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, pretendo com este trabalho dar um novo enfoque à relação entre cidadania e saúde, constituindo-se numa importante fonte de reflexão teórica da sociologia da saúde e da doença.

Com este intuito, no capítulo 1 é feita uma abordagem às teorias da modernidade, dos movimentos sociais, da esfera pública, da cidadania e dos direitos sociais, recorrendo a autores como Jürgen Habermas, Bryan Turner, Anthony Giddens, Alain Touraine, Graham Scambler, J.M. Barbalet, T.H. Marshall, e Michael Mann, entre outros.

No capítulo 2 são apresentados o processo de definição do objecto de estudo, assim como os procedimentos metodológicos e as técnicas de recolha de dados adoptadas, nomeadamente a pesquisa e análise documental, as entrevistas exploratórias e a entrevista semi-directiva.

No capítulo 3 são apresentados os resultados obtidos, analisando e caracterizando o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes. Por um lado, é feita uma breve abordagem à evolução dos mecanismos, instrumentos e procedimentos utilizados na gestão das reclamações e, por outro, analisam-se os circuitos, procedimentos e entidades envolvidas nos dias de hoje.

Na parte final deste documento são discutidas as principais conclusões retiradas desta investigação, são descritas as referências bibliográficas, a legislação, e as páginas de internet consultadas, e são incluídos 3 anexos com informação auxiliar que dão suporte à presente dissertação, sendo de salientar o Anexo C onde é feito um enquadramento político-legislativo do objecto de estudo, no sentido de, por um lado, conhecer historicamente os serviços com a responsabilidade do tratamento das reclamações e resposta ao utente, desde a primeira expressão reconhecida como atribuindo ao cidadão a possibilidade de reclamar, até aos dias de hoje; e de, por outro, perceber como é que a legislação e as regras normativas foram evoluindo no sentido de legitimar essa possibilidade, dando rosto e sustentando estes circuitos.

## Capítulo 1 – Enquadramento teórico

Apesar de vivermos em sociedades medicalizadas<sup>2</sup>, nas quais a medicina se apresenta como uma instituição social dominante, cabe à sociologia questionar os postulados desta disciplina e ir para além dos contornos estabelecidos pela abordagem biomédica, isto é, não limitar a análise dos fenómenos ligados à saúde e à doença ao conhecimento médico, mas inseri-los no seu contexto social e cultural, de modo a ter em conta as várias determinantes que condicionam a forma como cada um lida com o corpo, com a doença e a sua cura. Neste sentido, a sociologia da saúde e da doença surge como uma perspectiva mais abrangente e alargada aos factores e dimensões sociais dos factos ligados à saúde, à doença e à morte, por oposição à medicina, que pratica uma abordagem mais individualista, particularizada e codificada, fazendo desta não a principal, mas apenas uma das muitas formas de descrever a saúde, a doença e o tratamento. A sociologia da saúde e da doença é uma área disciplinar que procura interagir com todo um conjunto de actores, conhecimentos, crenças, sentimentos, organizações, e instituições associadas à saúde e à doença (Stacey e Homans, 1978: 295).

Independentemente dos modelos de interpretação, a maioria dos autores associa o aparecimento da sociologia da medicina às condições económicas, sociais e políticas resultantes do final da II Guerra Mundial, tendo como cenário as mudanças na dinâmica das populações: mudanças no conjunto das doenças consideradas típicas, impulsionadas pelo aumento da esperança de vida e pelo declínio das doenças epidémicas, decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos e do conhecimento médico; a organização dos cuidados de saúde; o desenvolvimento do bem-estar das populações; os fenómenos de burocratização, especialização, sofisticação tecnológica e a subida dos custos dos serviços de medicina, na resposta a uma procura cada vez maior dos serviços de saúde (Carapinheiro, 1986; Cabral e Silva, 2009). Numa primeira fase da investigação sociológica neste domínio foi possível observar uma dependência da sociologia perante a força e legitimidade que os saberes médicos assumiram nas sociedades modernas, o que provocou uma relação tensa entre estes dois modelos de racionalidade científica. É neste período (1957) que Robert Straus (in Carapinheiro, 1986) propõe a distinção entre a “Sociologia *na* Medicina” e a “Sociologia *da* Medicina”. A primeira é caracterizada pela submissão da perspectiva sociológica aos interesses da medicina, estando implícita uma maior “interioridade” com a perspectiva médica

---

<sup>2</sup> Este termo é utilizado tendo como referência o conceito de medicalização examinado por Irving K. Zola em “Medicine as an Institution of Social Control” in Cox, Caroline.; Mead, Adrienne (eds.) (1975) *A Sociology of Medical Practice*; London: Collier Macmillan; pp.170-185, sendo este autor considerado como um dos pioneiros na abordagem deste conceito.

e gerando uma maior cumplicidade com os interesses médicos. Como afirma Carapinheiro (1993:36), insiste-se na atitude “colaboracionista” do sociólogo e reduz-se a natureza das suas práticas a uma sociologia aplicada”. Em contraposição, a “Sociologia *da* Medicina” revela uma maior “exterioridade” com a perspectiva e os interesses médicos, analisando as realidades da saúde e da doença tendo em conta estruturas sociais mais amplas, procurando maior independência de pontos de vista e maior autonomia científica.

No fim da década de 70 e início de 80, dadas as revisões dos principais enunciados teóricos fundadores e a reformulação dos objectivos e objectos desta sociologia, face a novas interactividades entre disciplinas e paradigmas das ciências sociais e face às mudanças sociais que estavam a acontecer nas sociedades ocidentais, assiste-se a um afastamento progressivo da polémica gerada à volta da distinção entre sociologia “na” e “da” medicina e consubstancia-se uma estratégia teórica e empírica orientada para a autonomia deste campo do saber (Scambler, 1987a; Gerhardt, 1989). Criaram-se condições para a transição da sociologia da medicina para a sociologia da saúde, dotada de uma epistemologia crítica, e, no âmbito uma nova agenda política, surgem as primeiras investigações em Portugal, tendo como um dos primeiros objectos de estudo o hospital e a problemática do poder médico como central para decifrar o seu funcionamento (Carapinheiro, 2005). Porém, o contributo da sociologia da saúde e da doença pode reflectir-se num alargado conjunto de campos de investigação, abrangendo, por exemplo, as causas e consequências das doenças; as representações sociais de saúde e de doença; aspectos da saúde e da doença associados a estados particulares do ciclo de vida como a gravidez, o nascimento, o crescimento, a família, a velhice, a morte; os sistemas e políticas de saúde; as profissões de saúde; os processos específicos em organizações de saúde; as fenomenologias do corpo; as tecnologias da saúde e poderes profissionais; as doenças e o risco; a saúde e a etnicidade; os saberes e práticas leigos na saúde; a indústria farmacêutica, entre muitos outros temas. Como referi na introdução deste trabalho, o campo de investigação que aqui me proponho a analisar será a cidadania na saúde, através da análise do(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, o qual será desenvolvido no sentido de se constituir em mais um importante contributo na afirmação da identidade específica desta disciplina, que permita à sociologia da saúde e da doença uma acção e intervenção auto-determinadas.

O défice de cidadania em saúde é um facto, e são várias as razões históricas que condicionam os comportamentos dos cidadãos portugueses. De entre elas há que salientar a curta experiência de vida em democracia, pois só há pouco mais de 30 anos é que os portugueses têm acesso a formas mais solidárias de viver em sociedade, ao direito de escolha

e representação. Nos poucos anos que se sucederam ao 25 de Abril de 1974, os cidadãos portugueses assistiram a enormes mudanças no sector da saúde. Em 2 de Abril de 1976, a Assembleia Constituinte aprovava a Constituição onde, pela primeira vez, se afirmava que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e de a promover” e, a seguir, que “o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” (Constituição da República Portuguesa, 1976). Passa então a ser da responsabilidade do Estado a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica, assegurando uma cobertura do país em recursos humanos e em unidades de saúde.

Actualmente, no pensamento político o exercício de cidadania está entrosado com a saúde dos cidadãos e, sendo assim, o cidadão deve situar-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a construção de uma cidadania participativa e para o exercício positivo dos seus direitos na tomada de decisões sobre si próprio, na gestão de serviços, e na adopção de políticas de saúde, indo para além de uma relação com o sistema de saúde meramente instrumental. Como tal, numa sociedade moderna, centrada no cidadão, a informação sobre os objectivos do sistema de saúde; o acesso; a qualidade dos cuidados de saúde; a capacidade de escolha e de reclamação; a participação e a representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos; e a satisfação face aos resultados são aspectos que merecem uma reflexão profunda (OPSS, 2003a).

No entanto, apesar dos inegáveis avanços que a sociedade civil tem vindo a conseguir, a cidadania participativa no âmbito da saúde tem ainda um longo caminho a percorrer. Efectivamente, os direitos dos cidadãos, como é o caso do direito a reclamar, não devem ser entendidos como uma ficção jurídica, devem antes ser apreendidos como vinculados a uma cidadania activa, como uma constante luta contra qualquer constrangimento que impeça o seu exercício ou, como sugere Oliveira (in Nogueira e Pires, 2004:755), como “garantia de uma autonomia plena nas dimensões civis, políticas e sociais”. Falar em cidadania, participação e, portanto, em exercício de direitos, implica uma reflexão sobre estas noções que aqui deve ser feita, no sentido de enquadrar a questão das reclamações aos serviços de saúde, enquanto exercício de um direito que reflecte a participação activa dos cidadãos no sistema de saúde, numa sociedade que, assumindo características provenientes do processo de modernidade que a veio reconfigurar, é constituída por um homem novo que se caracteriza por ser um cidadão informado, participativo e revolucionário (Lee, 1994:38). Antes de avançarmos com análise da cidadania e dos direitos dos cidadãos, centremo-nos nos conceitos de modernidade, de movimentos sociais e de esfera pública, que lhes estão subjacentes.

## 1.1 – Modernidade, movimentos sociais e esfera pública

O conceito de modernização, de acordo com Habermas (1990:14), diz respeito a um conjunto de processos cumulativos que se reforçam mutuamente na emergência das sociedades modernas. São eles a formação de capital e mobilização de recursos; o desenvolvimento das forças produtivas e o aumento da produtividade do trabalho; o estabelecimento de poderes políticos centralizados e a formação de identidades nacionais; a expansão de direitos de participação política, de formas urbanas de vida e de formação escolar formal; a burocratização de práticas económicas, políticas e militares; a secularização de valores e normas, entre outros.

Segundo Turner (1990:6), a modernidade é a consequência desses processos, referindo-se a modos de vida e de organização social que emergiram na Europa cerca do século XVII e que adquiriram uma influência mais ou menos universal. Giddens (1988:240-243; 1990:39-41) caracteriza a modernidade como um esforço global de produção e de controlo distinguindo quatro dimensões principais: o *industrialismo*; o *capitalismo*; o desenvolvimento de capacidades de *vigilância*; e o *controlo dos meios de violência* no contexto da industrialização da guerra. Contudo, e não menosprezando as dimensões do capitalismo e industrialismo, para efeitos dos objectivos desta investigação, importa considerar fundamentalmente as outras duas dimensões da modernidade. O desenvolvimento de capacidades de *vigilância*, uma vez que diz respeito à supervisão das actividades das populações na esfera política, que pode ser directa mas, geralmente, é mais indirecta e baseada no controlo da informação. De acordo com Giddens, a *vigilância* é fundamental para todos os tipos de organização associados ao advento da modernidade, em particular ao Estado-Nação. O *controlo dos meios de violência* no contexto da industrialização da guerra, na medida em que é característico do Estado moderno, sendo que nas civilizações pré-modernas o centro político nunca conseguiu garantir durante muito tempo um apoio militar estável, ficando longe de assegurar esse controlo.

Na visão de modernidade de Giddens (1990) são também tidos em conta os elementos de confiança e de inquietação provenientes da modernização acelerada, sendo claramente privilegiada a ideia de sistema. Segundo o autor, as práticas sociais estão fortemente ligadas aos mecanismos de confiança nos sistemas periciais, designados como sistemas abstractos. Os sistemas periciais, ou abstractos, referem-se a sistemas de conhecimento e realização técnica ou de pericialidade profissional, que organizam vastas áreas do ambiente material e social em que vivemos (Giddens, 1990:19). Como diz o autor, “ninguém pode realizar escolhas



completamente fora dos sistemas abstractos envolvidos nas instituições modernas” (1990:59). Como tal, os contactos com peritos, ou com os seus representantes e delegados, sob a forma de encontros em pontos de acesso, são especialmente importantes nas sociedades modernas. Como *pontos de acesso* entende-se os “pontos de ligação entre os agentes comuns, ou colectividades, e os representantes dos sistemas abstractos. São lugares de vulnerabilidade para os sistemas abstractos, mas são também junções onde a confiança pode ser conservada ou estabelecida” (1990:61).

Nas condições de modernidade, as atitudes de confiança para com os sistemas abstractos são, geralmente, incorporadas, de forma rotineira, na continuidade das actividades quotidianas e são, em grande medida, reforçadas pelas circunstâncias intrínsecas da vida diária, podendo ser fortemente influenciadas pelas experiências nos pontos de acesso. De facto, estes são lugares de tensão entre o cepticismo dos leigos e a pericialidade dos profissionais e as más experiências em pontos de acesso podem levar quer a uma espécie de cinismo resignado, quer ao total afastamento do sistema. Segundo Giddens (1990:95-96), as relações de confiança que os indivíduos comuns estabelecem com os peritos podem ter quatro tipos de reacções adaptativas. A primeira refere-se à *aceitação pragmática* que assenta na crença de que muito do que acontece no mundo moderno está fora do controlo de quem quer que seja. A segunda reacção designa-se por *optimismo persistente* que consiste na manutenção de atitudes de optimismo, independentemente dos perigos que ameacem a actualidade. A terceira reacção adaptativa é a do *pessimismo cínico* que, ao contrário do primeiro tipo de reacção, supõe um envolvimento directo com as ansiedades provocadas pelos perigos de elevadas consequências. Finalmente, o *activismo radical* define-se como uma atitude de contestação prática às fontes de perigo identificadas. Trata-se de uma perspectiva optimista, mas agora associada à acção contestatária, cujo principal veículo são os movimentos sociais. Mais à frente voltarei a falar deste tipo de movimentos.

Com o desenvolvimento dos sistemas abstractos, muitas das características sociais da vida quotidiana ou do *mundo da vida* (Habermas, 1992) foram remodeladas em conjugação com mudanças sociais mais amplas. Assim, a confiança em princípios impessoais e em pessoas anónimas torna-se indispensável à existência social. De facto, autores como Habermas consideram que as instituições modernas dominaram largas áreas da vida social, esvaziando-as do conteúdo que outrora tiveram. Citando Giddens (1990:81), “a esfera privada fica, assim, enfraquecida e amorfa, dado o mundo da “razão instrumental” estar intrinsecamente limitado nos valores que pode concretizar”. Centremo-nos um pouco na análise que Habermas faz a este respeito.

Habermas vê a modernidade como um processo de racionalização e diferenciação. Para ele, a modernidade significa que sistemas auto-regulados tornam-se cada vez mais diferenciados. Dentro desses sistemas as orientações culturais tendem a tornar-se cognitivo-instrumentais, os papéis tornam-se mais específicos e os indivíduos são cada vez mais fragmentados e atomizados. Por outro lado, sob a modernização, o *mundo da vida*, que compreende um sistema de acção comunicativa, torna-se cada vez mais racionalizado, o que implica o aumento da reflexividade da cultura, ou o acentuar da consciência crítica, a generalização dos valores e normas e a intensificação da individualização dos sujeitos sociais (Ashley, 1990:104).

Posto isto, o autor considerou necessário fazer distinção entre dois tipos de racionalização: a racionalidade instrumental e a racionalidade comunicativa (Scambler, 1987b:169-170). A racionalidade ou *acção instrumental* pode ser vista segundo dois aspectos, a eficiência empírica dos recursos técnicos, por um lado, e a consistência da decisão e da escolha de recursos que demonstram ser os mais indicados, por outro. A racionalidade dos recursos requer técnicas eficazes e conhecimento empírico, ao passo que a racionalidade das decisões implica a consistência dos sistemas de avaliação das decisões e dos resultados dessas decisões. A racionalidade ou *acção comunicativa* é uma forma de interacção linguística, fundada na partilha de valores e orientada para o acordo e consenso, baseados no reconhecimento intersubjectivo da validade do que se quer expressar.

Estes dois processos formam a base daquilo a que Habermas designou por *mundo-sistema* e por *mundo da vida*. O conceito de *mundo da vida* diz respeito à *acção comunicativa*, na medida em que se refere às crenças, convicções e relações, e funciona como “espaço simbólico” onde a cultura, a integração social e a personalidade são reproduzidas (Scambler, 1987b:170-171). O *mundo da vida* compreende a esfera privada e a esfera pública e é caracterizado pela acção orientada para o entendimento. A linguagem, a cultura e as convicções do que é apropriado em determinados contextos aparecem como fazendo parte do *background* do *mundo da vida*, no qual as pessoas interagem e entendem-se linguisticamente, permitindo que os oradores e os ouvintes se entendam e negociem novos entendimentos face a novas circunstâncias (Kelleher, 2001:129).

No que diz respeito ao conceito de *sistema*, a acção não é mais dirigida para o entendimento mas sim para êxito, para a acção instrumental e para a acção estratégica. O sistema tem funções imperativas e encontra-se organizado em subsistemas de acção especializados, como o sistema económico e o sistema administrativo, com códigos próprios, o dinheiro e o poder (Higgs e Jones, 2001:153; Scambler, 2001:92).

Em suma, enquanto o *sistema* está envolvido na distribuição do poder e dos recursos, o *mundo da vida* está centrado na reprodução dos valores e da cultura. É de salientar que estes dois processos não se reduzem a si mesmos, eles estão interligados pela contínua dialéctica entre cultura e estrutura. Segundo a perspectiva de Habermas, apesar do *sistema* e os seus subsistemas, que têm como finalidade a própria sobrevivência, tornarem-se autónomos, eles permanecem ancorados nos valores do *mundo da vida*, onde precisam de se institucionalizar. A reprodução social é então feita através da racionalização do *mundo da vida*, com o aumento da complexidade dos sistemas que, na sociedade moderna, acaba por levar ao que Habermas denomina por “colonização” do *mundo da vida* pelo *sistema*. Neste processo de “colonização” dá-se uma substituição dos processos comunicativos que coordenam a acção dos actores e garantem a reprodução do *mundo da vida* por mecanismos sistémicos de controlo, como a burocratização, através de meios como o dinheiro e o poder (Melo, 2005:173; Scambler, 2001:93; Kelleher, 2001:129; Aslhey, 1990:97).

Com o advento da modernidade, outra das características que a sociedade moderna assume é a capacidade de reflexividade, tornando-se num sistema capaz de agir sobre si próprio. Enquanto nas civilizações pré-modernas a reflexividade está ainda limitada e a rotinização da vida quotidiana continua ligada à tradição, na vida social moderna a reflexividade é introduzida na própria base da reprodução do sistema, de modo a que as práticas sociais sejam constantemente examinadas e reformadas à luz da informação adquirida sobre essas mesmas práticas, alterando assim constitutivamente o seu carácter (Giddens, 1990:26). De facto, segundo Beck (Beck, et al, 2000:2), “em virtude do seu inerente dinamismo, a sociedade moderna está a modificar as suas formações de classe, de *status*, de ocupação, os papéis sexuais, a família nuclear, a indústria, os sectores empresariais e, claro, também os pré-requisitos e as formas do natural progresso tecnoeconómico” A esta nova fase da sociedade o autor dá o nome de modernização reflexiva.

A modernidade tem também um carácter revolucionário, como um apelo à libertação ou uma recusa de compromisso com as formas tradicionais da organização social e de crença cultural. Segundo o autor Touraine (1992:172), o sujeito moderno existe como *movimento social*, como contestação da lógica da ordem, quer este tome uma forma utilitarista quer seja, simplesmente, a procura da integração social.

Tal como foi referido atrás, os movimentos sociais são um dos principais veículos do activismo radical, um dos tipos de reacção adaptativa decorrentes dos mecanismos de confiança nos sistemas abstractos. Giddens (1988:244 e 1990:112) distingue quatro tipos de

movimentos sociais específicos da sociedade moderna: os movimentos operários, os movimentos democráticos, os movimentos pacifistas e os movimentos ecológicos.

Os primeiros são uma resposta contestatária cujas origens e campo de acção estão associados à expansão capitalista. Têm as suas raízes na ordem económica do capitalismo e procuram alcançar um controlo defensivo através do sindicalismo e influenciar o poder estatal através da organização política socialista. Os movimentos democráticos tenderam a ser os principais portadores dos apelos pela liberdade de expressão e pelos direitos democráticos. Estes movimentos têm a sua origem nas operações de vigilância do Estado moderno e implicam movimentos preocupados com a obtenção dos direitos civis, de participação política e democrática nos sistemas sociais modernos. Um exemplo deste tipo de movimentos são os movimentos feministas que lutaram fundamentalmente pela participação democrática, pelo sufrágio universal e pela expansão da participação das mulheres na vida económica e política moderna. O terceiro tipo de movimento diz respeito aos movimentos pacifistas que procuram o controlo dos meios de violência, incluindo tanto o poder militar como o poder policial. Estes movimentos conheceram um importante impulso com o impacto do industrialismo sobre a guerra no século XIX. Os movimentos ecológicos constituem-se como uma resposta aos efeitos dramáticos do impacto do industrialismo sobre o ambiente.

Importa referir que reencontrar a ideia de modernidade é, antes de mais, reconhecer a existência de uma sociedade nova e de novos agentes sociais, pois, como afirma Giddens (1990:100), “vivemos num mundo de *pessoas*, não num mundo meramente de faces vazias e anónimas”.

Para Aristóteles (in Hansotte, 2008:22) “entre todos os animais, o homem é o único que possui a palavra. Sem dúvida que a voz é o meio de indicar a dor e o prazer. Ela é também dada aos outros animais. A sua natureza vai apenas até esse ponto: possuem o sentimento da dor e do prazer, e podem indicá-lo entre eles. Mas a palavra está lá para manifestar o útil e o nocivo e, em consequência, o justo e o injusto. É isso que é único nos homens, relativamente aos outros animais: o homem é o único a possuir o sentimento do bem e do mal, do justo e do injusto”. Segundo Hansotte (2008), para que a responsabilidade colectiva de dizer o justo e o injusto possa tornar-se efectiva, impõe-se entre os cidadãos e os seus representantes, entre os cidadãos e o Estado, a mediação de um espaço público democrático, indispensável para uma vida política livre, uma esfera autónoma da experiência colectiva em que o primeiro desafio é obrigar o Estado a respeitar as suas funções e prerrogativas e o segundo manter a exigência de justiça e de igualdade entre os homens, entre os governantes e os governados, através do exercício de uma palavra actuante. O espaço

público é uma instância enunciativa de compromisso e de formação da vontade política, onde se jogam o poder performativo dos cidadãos e a sua capacidade de auto-organização consensual ou conflitual. É uma esfera intermediária entre a organização económica, social e as estruturas do Estado, instância onde se enunciam e se afirmam os mandatos destinados aos representantes políticos, onde se alimenta a democracia representativa.

Um outro conceito muito próximo do espaço público é o de “esfera pública” que, do ponto de vista de Hansotte (2008), abrange uma categoria de actividades económicas e profissionais, relações contratuais e obrigações de interdependência. Além disso, a esfera pública opõe-se à esfera privada, limitando-se esta última às actividades e às relações de interdependência ligadas ao pessoal doméstico, à família e à vizinhança.

O conceito de esfera pública é um dos aspectos característicos do pensamento político e social de Jürgen Habermas. Na sua obra *Mudança Estrutural da Esfera Pública*, publicada em 1962, Habermas começa por definir a esfera pública burguesa como “a esfera em que as pessoas privadas se juntam enquanto um público; bem cedo, reclamaram que essa esfera pública fosse regulada como se estivesse acima das próprias autoridades públicas, de forma a incluí-las num debate sobre as regras gerais que governam as relações da esfera da troca de bens e de trabalho social basicamente privatizada, mas publicamente relevante, para concluir que o meio deste confronto político era peculiar e não tinha precedente histórico: o uso público da razão pelos intervenientes” (in Silva, 2002:16; 1984:42).

De acordo com Silva (2002), o papel desempenhado pela esfera pública burguesa foi, de facto, fundamental, na medida em que é nela que se desenvolve a consciência política que pretende não só conceber e exigir leis de carácter genérico e abstracto, como também ambiciona afirmar-se enquanto única fonte de legitimação das leis. Os princípios de universalidade de acesso, de paridade de participação e de racionalidade da argumentação passam a configurar a legislação de carácter universal e geral que surge no século XVIII europeu ocidental. A este propósito, Habermas (1984) destaca três grandes tipos de direito em que a definição de esfera pública, bem como das suas funções, seja garantida constitucionalmente. Em primeiro lugar, são destacados os direitos relativos à esfera de pessoas privadas enquanto público em debate crítico e racional – liberdade de opinião e de expressão, liberdade de imprensa, liberdade de associação e de reunião – e da sua função política – direito de petição, direito de voto. Em segundo lugar, são referidos os direitos básicos que dizem respeito ao estatuto de cada indivíduo enquanto ser humano livre, associado à esfera íntima da família patriarcal burguesa – liberdade individual, inviolabilidade do local de residência. Em terceiro e último lugar, são mencionados os direitos básicos que se

referem às transacções que ocorrem entre os proprietários de propriedade privada – igualdade perante a lei, protecção da propriedade privada.

Com o processo de interpenetração entre o Estado e a sociedade, explicado por Habermas como sendo o resultado de uma relação dialéctica entre a transferência de competências do Estado para os corpos corporativos da sociedade civil (socialização do Estado), por um lado, e a extensão da autoridade do Estado ao sector privado (estatização da sociedade), por outro, dá-se a dissolução da distinção entre público e privado, sobre a qual se havia desenvolvido a esfera pública burguesa, e assiste-se ao declínio desta última. Desvirtuada da sua função original, assume-se enquanto mero instrumento de propaganda e de legitimação do poder instituído e a sua antiga função de mediadora entre o Estado e a sociedade passa a ser desempenhada por instituições originárias quer da esfera privada, como as associações de interesses privados, quer da esfera pública, como os partidos políticos (Silva, 2002). Segundo Silva (2002:39), as consequências desta situação para o exercício de uma cidadania plena, crítica e consciente são evidentes: “o conjunto da população só esporadicamente acede ao circuito de poder, e mesmo quando isso acontece é apenas para contribuir para a sua aclamação. (...) Esta esfera pública plebescitário-aclamativa, apolítica porque não emancipatória, tem como principal objectivo, não a dissolução nem a divisão, mas a *distribuição* do poder num circuito fechado e restrito à participação popular”.

De acordo com o autor (2002), em 1985, e sobretudo na obra *O Discurso Filosófico da Modernidade*, Habermas introduz uma substancial reformulação do seu conceito de esfera pública, na medida em que uma concepção unitária de esfera pública é preterida em favor de uma concepção multiforme, ainda que linguisticamente unida. Habermas (1990) fala-nos, então, de “uma rede altamente diferenciada de esferas públicas locais e supra-regionais, literárias, científicas e políticas, interpartidárias ou específicas de associações, dependentes dos *media* ou subculturais”, em que ocorrem processos discursivos de formação da opinião e da vontade, cujo principal objectivo é a difusão do conhecimento e da informação, bem como a sua interpenetração. Desta forma, as fronteiras entre estas múltiplas esferas públicas são, por definição, “permeáveis; cada esfera pública está aberta também a outras esferas públicas”. No entanto, isto não significa que esta multiplicidade não seja conceptualizada como uma esfera pública abrangente em que a sociedade na sua globalidade forma um saber sobre si mesma”. Habermas relaciona aqui esta esfera pública global com a noção de consciência colectiva, que apenas conseguirá “alcançar uma grande clareza” precisamente no contexto dessa esfera pública abrangente (in Silva, 2002: 138).

Por fim, é na obra *Entre Factos e Normas* de 1992 que Habermas apresenta a sua mais recente formulação do conceito de esfera pública. Do ponto de vista de Silva (2002), assiste-se aqui a uma evolução do modelo teórico de Habermas, mais sofisticado e complexo, mas semelhante, no essencial, ao projecto original apresentado há quase quatro décadas. Nesta obra são desenvolvidas as implicações de ordem legal, política e institucional do paradigma teórico apresentado em *Teoria da Acção Comunicativa* (1981), ao qual foi feita uma pequena abordagem no início deste primeiro ponto do enquadramento teórico.

A mais recente formulação da noção de esfera pública proposta por Habermas (1996) compreende duas funções constitutivas. Por um lado, e revelando a influência da teoria dos sistemas, remete para “um sistema de alarme com sensores que, apesar de não especializados, funcionam por toda a sociedade”, isto é, um sistema de detecção de problemas sociais (in Silva, 2002:160). Por outro lado, a esfera pública pode ser igualmente concebida como sendo capaz de problematizar os problemas por si detectados e identificados. Como a sua capacidade de resolução destes problemas é reduzida, de acordo com a proposta de Habermas, estes deverão ser reencaminhados, através de canais comunicativos parlamentares e judiciais, para o sistema político, o único domínio com capacidade de formação de vontade ou tomada de decisão.

No entanto, Habermas (1996) identificou ainda duas funções da esfera pública. Em primeiro lugar, esta deverá supervisionar o tratamento que o sistema político aplica a esses problemas. Em segundo lugar, e na medida em que a esfera pública não pode ser representada enquanto instituição social, organização ou sistema social, deve filtrar e sintetizar os fluxos comunicativos e opiniões públicas tematicamente específicas. Neste aspecto em particular, e como refere Silva (2002:161), “ a esfera pública assemelha-se ao *mundo da vida*, dado que também aquela se reproduz através da acção comunicativa que apenas exige o domínio da linguagem comum e não especializada do dia-a-dia. O carácter distintivo da esfera pública advém, neste caso específico, da relação que a sua estrutura comunicativa estabelece com uma das características da acção comunicativa. Ao contrário dos sistemas de acção e conhecimento inscritos no *mundo da vida* (educação, família e direito) que remetem quer para funções gerais de reprodução (reprodução cultural, socialização e integração social) quer para os aspectos de validade da acção comunicativa do quotidiano (veracidade, justificação normativa e sinceridade), a esfera pública refere-se ao espaço gerado pela acção comunicativa”.

Consequentemente, Habermas concebe o sistema político de forma diferente à sua proposta anterior, tendo como principal influência a sua actual formulação do conceito de esfera pública. Para Habermas, a sociedade é constituída por um conjunto alargado de

subsistemas especializados de natureza diversa, mas linguisticamente unidos. No que se refere ao sistema político habermasiano, ao contrário do sistema político *fechado* proposto anteriormente, é um sistema *aberto* a influências de outros sistemas sociais. Assim, e como escreve Habermas (in Silva, 2002:153), “o sistema político deve ser entendido como um subsistema especializado em tomar decisões colectivas, enquanto a esfera pública constitui uma extensa rede de “sensores que reagem à pressão de problemas sociais e estimulam opiniões influentes”, o que implica que a opinião pública, resultante das estruturas comunicativas desta última, detenha, apenas, um poder de influência sobre a administração burocrática do Estado.

Desta forma, e tendo em conta a tese de Habermas da “colonização” do *mundo da vida* pelo *sistema*, é possível perceber que, enquanto antes o sistema político era concebido como produtor de opacidade que invadia ou “colonizava” os domínios da vida social comunicativamente regulados, agora o sistema político é concebido como podendo ser indirectamente influenciado por um *mundo da vida* e uma esfera pública produtores de transparência (poder comunicativo) (Silva, 2002).

## **1.2 – Cidadania e direitos dos cidadãos**

Um dos aspectos mais marcantes da modernidade é a afirmação e expansão de uma nova concepção e de novas práticas de cidadania, por outras palavras, uma crescente democratização das relações sociais. Deste modo, é tarefa da modernidade prosseguir com o processo de universalização efectiva da cidadania na luta pela construção de uma sociedade, na qual, como disseram Marx e Engels no *Manifesto do Partido Comunista*, "o livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos" (in Coutinho, 1999:58).

Nas sociedades modernas, a cidadania surge a partir da ideia de que os indivíduos são membros da comunidade política e, como tal, têm capacidade, em termos legais, para participar no exercício do poder político através dos procedimentos eleitorais. Deste modo, a participação dos cidadãos no moderno estado-nação implica a condição de membro de uma comunidade política assente no sufrágio universal, por um lado, e a condição de membro de uma comunidade civil assente na lei, por outro (Barbalet, 1989).

Como refere Mozzicafreddo (Mozzicafreddo, 1998:258), o “surgimento da categoria cidadania acompanha o desenvolvimento da sociedade industrial e a predominância que o Estado de direito adquire enquanto forma e processo de estruturação das relações sociais, isto na medida em que as alterações na estrutura social, com consequente acção dos grupos e



classes sociais, fornecem o contexto necessário à aplicação e exigência de direitos por parte dos indivíduos. O quadro normativo que possibilita esta extensão dos direitos de cidadania resulta, por outra parte, do processo de separação das esferas do político, do económico e do social, que é igualmente característico da modernidade das sociedades”.

Assim, e como refere Barbalet (1989), a cidadania pode ser descrita como participação numa comunidade ou como a qualidade de membro dela, na medida em que diferentes tipos de comunidade política dão origem a diferentes formas de cidadania. Para Aristóteles, cidadania era o *status* privilegiado do grupo dirigente da cidade-estado.

Segundo Barbalet (1989), a expansão da cidadania no Estado moderno é, ao mesmo tempo, a marca de contraste das suas realizações e a base das suas limitações, e é nos anos quarenta do século XIX que começam a ser delineadas as primeiras críticas à cidadania democrática moderna por Karl Marx. Para o autor (in Barbalet, 1989:14), “à sua maneira, o Estado anula as diferenças baseadas no nascimento, na posição social, na educação e na profissão, quando declara que o nascimento, a posição social, a educação e a profissão são diferenciações *não-políticas*, quando proclama que todos os membros da população são participantes iguais na soberania popular independentemente destas diferenciações, quando trata do ponto de vista do Estado todos os elementos que compõem a vida autêntica das pessoas. Todavia, o Estado permite que a propriedade privada, a educação e a profissão actuem e afirmem a sua natureza particular à sua própria maneira, isto é, como propriedade privada, educação e profissão. Longe de abolir estas diferenciações factuais, o Estado conta com elas para poder existir”.

É em 1950, com a obra *Citizenship and Social Class*, que T. H. Marshall faz uma nova análise dos problemas envolvidos no conceito de cidadania, formulando uma teoria da cidadania que assenta precisamente na relação entre os desenvolvimentos da natureza da cidadania e do sistema de classes. Para Marshall (in Barbalet, 1989:17), “à medida que o capitalismo evolui como sistema social e a estrutura de classe se desenvolve dentro dele, também a cidadania moderna passa de um sistema de direitos que nascem das relações de mercado e as apoiam para um sistema de direitos que existem num relacionamento antagónico com os sistemas de mercado e de classe”. Posto isto, o autor faz uma nova caracterização de cidadania que incide numa análise das relações entre cidadania e sociedade, identificando três elementos de cidadania distintos: os direitos civis, políticos e sociais. Estes três elementos são definidos em termos de conjuntos específicos de direitos e de instituições sociais através dos quais tais direitos são exercidos. Deste modo, o reconhecimento da cidadania em termos de direitos e o contexto institucional através do qual estes são expressos representam um

importante progresso na ideia de que os direitos estão intrinsecamente ligados às pessoas, contribuindo para uma melhor compreensão dos direitos dos cidadãos.

O aparecimento de direitos civis, políticos e sociais corresponde aproximadamente aos séculos XVIII, XIX, XX, sendo as suas congéneres institucionais o sistema judicial, no caso dos direitos civis, a instituição parlamentar e as assembleias e órgãos de governo local, no que diz respeito aos direitos políticos, e, finalmente, o sistema educativo e o conjunto de serviços sociais, no que se refere aos direitos sociais. Os direitos civis, de acordo com Marshall, são constituídos pelos direitos necessários à liberdade individual – liberdade da pessoa, liberdade de expressão, pensamento e religião, o direito de propriedade e de celebrar contratos válidos, e o direito à justiça. Por outro lado, os direitos políticos consistem no direito de participação no exercício do poder político, como eleito ou eleitor do conjunto das instituições de autoridade política. Por último, os direitos sociais envolvem o conjunto de direitos relativos ao bem-estar económico e social, desde a segurança social até ao direito de partilhar do nível de vida segundo os padrões prevaletentes na sociedade (Barbalet, 1989, Espada, 1997; Mozzicafreddo, 1997; Turner, 1986b;).

Como assinala Habermas (1995), a cidadania enquanto instituição legal e direito de participação política, capacita o indivíduo, como agente activo baseado no sufrágio universal, para a acção concreta do Estado e para o processo democrático na formação de opinião pública. Por outro lado, a cidadania, enquanto dimensão legal estruturada em direitos sociais que asseguram aos *clientes do Estado* um mínimo de segurança e protecção social, foi-se alargando e consolidando e, desta maneira, reorganizando as estruturas sociais.

Esta separação dos elementos de cidadania é significativa, não só em termos da distinção analítica entre direitos, mas também pelo facto de as práticas associadas a cada conjunto de direitos terem efeitos muito diferentes sobre as relações sociais e sobre a organização económica e política da sociedade. Segundo Marshall (Barbalet, 1989), o desenvolvimento da cidadania não é apenas consequência do desenvolvimento do Estado, pois as mudanças na natureza da cidadania são também influenciadas pelo conflito entre instituições sociais e, possivelmente, entre grupos sociais.

De acordo com Barbalet (1989) a cidadania pode ser uma fonte de integração tal como de conflito, sendo que, segundo o autor, a outra face da integração não é a desintegração nem o conflito, mas antes o movimento. De facto, o movimento social está ligado à mudança social através da modificação das expectativas e dos costumes que influenciam as relações sociais e, como meio de mudança cultural, reformula aquilo em que pode constituir a participação social.

No ponto anterior os movimentos sociais foram abordados do ponto de vista de Giddens (1988), enquanto principais veículos do *activismo radical*, característico da sociedade moderna, e, enquanto base e fonte da transformação cultural da sociedade, como responsáveis pelas mudanças na maneira como essa sociedade, os seus membros e as suas relações são definidos e compreendidos. Agora centremo-nos um pouco nos movimentos sociais enquanto mediadores da mudança cultural para a questão da cidadania, concepção esta posta em destaque por Bryan Turner (1986a:92), o qual argumenta que “como a redefinição de sociedade, e portanto de inclusão social, é a intenção ou o resultado dos movimentos sociais, estes são “inevitavelmente movimentos visando os direitos de cidadania”.

Como forma de acção colectiva que inclui pessoas de diversas origens, os movimentos sociais são compostos por membros legal e socialmente constituídos como indivíduos particulares, ligados por uma consciência comum de objectivos partilhados que é apoiada pelas liberdades de associação e de expressão. Como tal, existe um envolvimento abrangente de vários direitos civis na formação e actuação dos movimentos sociais.

Segundo Marshall (1969:145), os direitos civis “podem proveitosamente ser considerados uma forma de poder porque conferem às pessoas que os possuem a capacidade de actuarem com êxito. Por outro lado, “os direitos civis, embora investidos em indivíduos, são usados para criar grupos, associações, corporações e movimentos de toda a espécie”. Marshall (1969:145-151) afirma também que “na ausência efectiva de direitos civis, o movimento social em si pode ser uma fonte alternativa de poder, ao conferir a capacidade para a acção bem sucedida.” Posto isto, é possível concluir que, tal como os direitos de cidadania facilitam o aparecimento dos movimentos sociais, também os movimentos sociais podem facilitar o desenvolvimento da cidadania.

Turner (1986a, 1986b) considera que houve quatro “ondas” no desenvolvimento da cidadania moderna. A primeira teve como consequência a remoção da propriedade na definição de cidadão; a segunda removeu o sexo; a terceira onda redefiniu a importância dos laços etários e familiares para os direitos de cidadania; e uma quarta onda, segundo o autor, alarga a cidadania atribuindo direitos à natureza e ao meio ambiente.

Do ponto de vista de Barbalet (1989) a abordagem de Turner apresenta três grandes limitações. A primeira remete para o facto de, embora referir-se a acontecimentos históricos, o esquema de Turner não conseguir reflectir adequadamente a história dos movimentos sociais. Por exemplo, o movimento feminista é representado apenas na segunda onda, quando o seu impacto na participação social foi muito mais forte do que o esquema sugere. Como segunda limitação, o autor refere que o esquema de Turner confunde a questão da participação

de grupos na cidadania com a dos diferentes direitos de cidadania em que participam. Como tal, esse esquema não pode substituir nem completar com vantagem a distinção que Marshall faz entre direitos civis, políticos e sociais no desenvolvimento da cidadania. A terceira limitação, e talvez a mais notável, diz respeito ao facto de Turner partir do princípio de que mudar as definições culturais de inclusão social corresponderá necessariamente à actividade e à influência dos diferentes movimentos sociais.

Quanto a este último ponto, Barbalet (1989:157) afirma que “Turner não consegue aperceber-se de que os movimentos sociais, tal como ele os entende, podem quando muito fornecer as condições prévias para uma participação alargada na cidadania por meio de alteração dos critérios culturais de inclusão social. A criação de novos elementos de cidadania, como os direitos políticos ou sociais, é realizada na prática através de um conjunto de processos que não podem ser reduzidos à redefinição de inclusão social, mas antes devem também incluir não só o movimento social como mobilização de recursos, mas também práticas mais vincadamente políticas, burocráticas, administrativas e legais que, quando muito, só podem ser associadas muito remotamente com o movimento social e podem na verdade estar completamente desligadas desse fenómeno”.

Michael Mann (1987) é um dos autores que procura acentuar a crucial importância explanatória que o Estado tem face aos direitos de cidadania. De facto, apesar de este trabalho pretender discutir, sobretudo, a gestão das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, importa também enquadrar o Estado nesta discussão, que, mesmo sendo uma dimensão implícita, é uma dimensão permanente na medida em que o Estado tem um papel fundamental na determinação dos processos de participação social e de formação de direitos de cidadania. De acordo com o autor, existem três importantes aspectos no que diz respeito ao Estado e aos direitos de cidadania. O primeiro é que, ao criar e impor as regras ou as leis a que todas as entidades sociais estão sujeitas, o Estado constitui a principal expressão do poder político nas sociedades. O segundo aspecto é que o Estado em si pode ser descrito como uma rede de relações de poder entre organizações diferentes envolvidas na promulgação, interpretação, aplicação e imposição da lei. O terceiro, e que parece estar em desacordo com os outros dois, é que, num sentido real, o poder do Estado não é independente nem autónomo, ou seja, nenhum Estado pode continuar a governar na ausência de um forte apoio de classes e grupos sociais importantes.

Apesar de todas as formas de Estado político estarem limitadas pela necessidade de gozarem do apoio das suas populações, esta limitação não é absoluta na medida em que o Estado pode influenciar a orientação e a natureza das aspirações das mesmas. Com base neste

raciocínio, quando confrontado com as pressões de mudança, o Estado pode ignorá-las, consenti-las ou reprimir os grupos que as exercem. Para além disso, é também possível que as mudanças sejam iniciadas pelo próprio Estado de modo a evitar uma situação que prevê acontecer ou tirar vantagem de uma oportunidade que reconhece.

Independentemente de todos estes aspectos, e como sustenta Barbalet (1989:168), “é fundamental aceitar que por muito intensa que seja a luta pelos direitos de cidadania, é o Estado que afinal os concede, e pode optar por o fazer mesmo sem essa luta. Temos de acrescentar que a recusa dos direitos e não apenas a sua concessão pode em certos momentos e em certos contextos fortalecer também a governação do Estado”.

Por fim, importa salientar que o desenvolvimento do conjunto dos elementos de cidadania é significativo na medida em que estabelece mecanismos institucionais que organizam as relações, por um lado, entre os indivíduos e os grupos sociais e, por outro, entre estes e as instituições sociais e políticas. Assim, os direitos de cidadania operam como mediadores entre a acção dos indivíduos e as estruturas sociais e a progressiva constituição da categoria de cidadania configura, nas sociedades democráticas e industrializadas, uma forma especial de organização do espaço político (Mozzicafreddo, 1997), A formação da esfera pública, estudada por Habermas, é, pois, uma perspectiva analítica necessária para a compreensão da evolução da categoria de cidadania e da configuração política que, em consequência dela, se vai construindo.

De acordo com Mozzicafreddo (1997), este conceito de esfera pública pode compreender-se como um processo lento, mas regular, de mediação entre as práticas políticas e sociais e a estrutura do poder político. A constituição de instituições políticas e o alargamento da esfera dos direitos de participação, no quadro normativo e na organização política da sociedade, resultam de um processo de mudanças sociais quer das alterações da estrutura do poder, quer da expressão das diferentes exigências dos indivíduos e dos grupos sociais.

Neste sentido, e na medida em que a esfera pública pode também influenciar o *sistema*, queria finalizar este ponto referindo que, e tal como defendeu Ralf Dahrendorf (in Espada, 1997:264), “os direitos de cidadania representam bilhetes de ingresso, oportunidades de acesso, removedores de barreiras, garantias de inclusão num universo de liberdades e, por conseguinte, de condições desiguais. O propósito dos direitos de cidadania não é o de evitar as desigualdades, mas o de evitar a exclusão de um universo de oportunidades. Porque as pessoas são livres e iguais enquanto cidadãos, podem ser livres e diferentes enquanto indivíduos”.

## Capítulo 2 – Definição do objecto e estratégia metodológica

Como referido na parte introdutória deste trabalho, as notícias publicadas nos meios de comunicação relativamente às reclamações aos serviços de saúde suscitaram algumas das preocupações que motivaram a realização desta investigação: O que acontece depois das reclamações serem feitas? Que procedimentos são utilizados na sua gestão? Que destino é dado face aos diferentes tipos de queixa? Será que as reclamações têm algum efeito nas políticas de saúde?

A ideia inicial da pesquisa começou por ser a realização de um estudo de caso numa instituição hospitalar ou um estudo comparativo de duas instituições de saúde (hospital e centro de saúde ou hospital central e hospital distrital), tendo como objecto de estudo o sistema de gestão das reclamações nas instituições em análise. Contudo, por este tipo de estudo requerer uma grande disponibilidade por parte do investigador e, dada a impossibilidade prática de o realizar, quer pela dimensão, organização e níveis de diferenciação das instituições, quer por um conjunto de outros factores, esta ideia foi posta de parte.

Em sua substituição, e após uma fase de reflexão, definiu-se como objecto de estudo o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde e pensou-se numa análise a um nível mais geral com o objectivo de perceber se o acto de reclamar, bem como a forma como as reclamações são geridas, têm consequências nas políticas de saúde e no cumprimento do direito à saúde. Porém, com base na informação empírica entretanto recolhida durante a fase exploratória e depois de mais alguma ponderação analítica, chegou-se à conclusão que partir para a análise das consequências das reclamações nas políticas de saúde seria, de certa forma, prematuro, pois seria necessário um período de tempo de pesquisa que não era compatível com os tempos da investigação.

Posto isto, e dada a escassa, ou praticamente inexistente, produção de trabalhos sociológicos sobre esta temática, considerou-se a realização de uma investigação de carácter mais exploratório, constituindo-se numa primeira abordagem ao tema da gestão das reclamações. Assim, e mantendo como objecto de estudo o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, optou-se por direccionar esta pesquisa para as diferentes entidades de coordenação e gestão das reclamações, tendo como principal objectivo analisar e caracterizar o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, no sentido de perceber se a forma como as reclamações são geridas não colocará em causa o acto de reclamar, enquanto um efectivo exercício de cidadania participativa. Estas entidades são os

Observatórios Regionais (ARS) e o Observatório Nacional de Apoio ao Sim-Cidadão (DGS), a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, e a Entidade Reguladora da Saúde<sup>3</sup>.

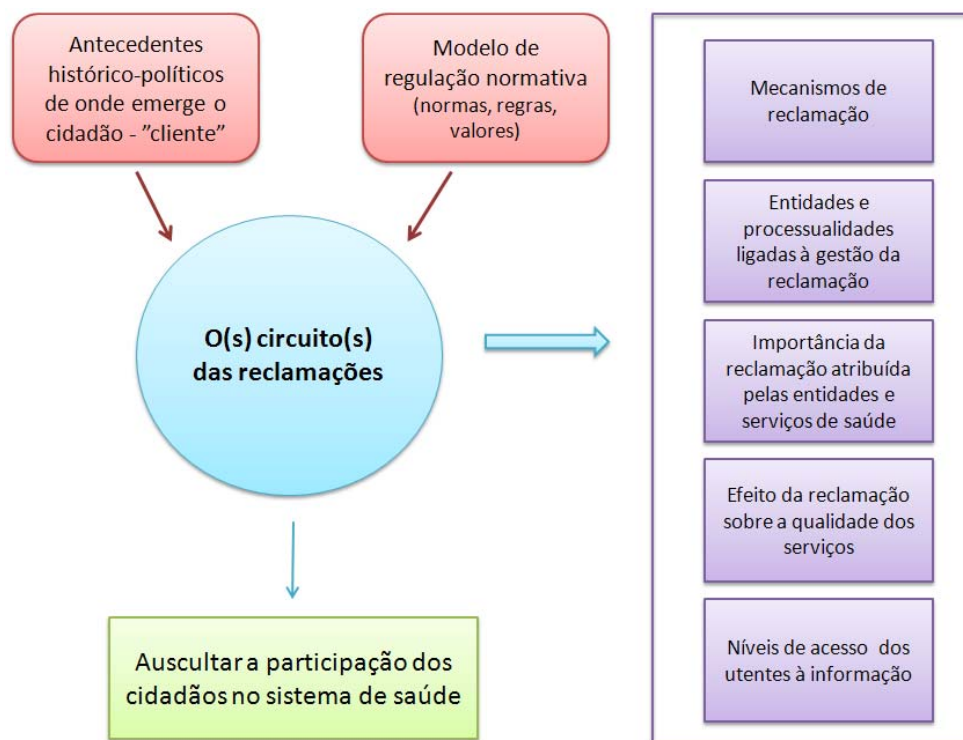
Para cumprir este objectivo foi necessário fazer, previamente, dois tipos de análise. Em primeiro lugar, e porque este objecto tem uma história que não pode deixar de ser contada e que é o suporte da sua forma actual, fez-se um enquadramento político-legislativo no sentido de: (i) conhecer historicamente os circuitos das reclamações, desde a primeira expressão reconhecida como atribuindo ao cidadão a possibilidade de reclamar e o primeiro serviço organicamente integrado para lhes dar resposta, até aos dias de hoje; (ii) perceber como é que a legislação foi evoluindo no sentido de legitimar essa possibilidade; e (iii) identificar o modelo de regulação normativa que diz respeito às normas, regras e valores que sustentam e definem o(s) circuito(s) das reclamações. Em segundo lugar, para dar rosto e reconstituir os circuitos e, conseqüentemente, analisá-los e caracterizá-los, foi preciso identificar esses mesmos circuitos, assim como mapear as entidades de entrada e de gestão das reclamações, as ligações entre si, identificar processualidades, e os lugares de confluência das reclamações.

Posto isto, para analisar e caracterizar os circuitos das reclamações, no sentido de auscultar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, foram tidas em consideração as seguintes dimensões de análise de caracterização dos circuitos: os mecanismos de reclamação; as entidades e processualidades ligadas à gestão das reclamações; a importância da reclamação atribuída pelas entidades e serviços de saúde; o efeito da reclamação sobre a qualidade dos serviços; e os níveis de acesso dos utentes à informação.

A figura seguinte representa o modelo analítico desta investigação, onde estão articulados os factores e as dimensões que organizam a análise e a apresentação dos dados.

---

<sup>3</sup> No Anexo B.1, pág. 83, é feita uma breve descrição destas entidades, em termos de atribuições e competências, e dá-se a conhecer a sua estrutura através do organograma respectivo.

**Figura 1 – Modelo de análise**

O(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde é um objecto de estudo sensível a uma multiplicidade de factores e situa-se no cruzamento de diferentes domínios, tratando-se de processos pouco reflectidos, por um lado, e bastante complexos, por outro. Assim, estando presente a noção dessa diversidade de factores, na definição da estratégia metodológica foram tidos em conta dois aspectos fundamentais: esta devia captar realidades menos visíveis, não só para o investigador como para os indivíduos a entrevistar, e devia permitir uma análise intensiva do objecto. Tendo em consideração que esta investigação assume um carácter qualitativo e situa-se no contexto da descoberta, e não no da prova ou da verificação (Lessard-Hébert, 1990), para analisar e caracterizar o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde e, conseqüentemente, auscultar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, além da bibliografia consultada para o enquadramento teórico da problemática que nos ocupa, foram escolhidas as seguintes técnicas de recolha de dados: pesquisa e análise documental, entrevistas exploratórias e a entrevista semi-directiva.

Considerando a fase exploratória deste estudo, e para além da pesquisa e análise documental que foi sendo feita, quer na fase de recolha de dados, quer no momento de tratamento e análise dos mesmos, foram estabelecidas conversas informais com duas pessoas que têm responsabilidade no âmbito da saúde a nível local, uma que trabalha na verificação de



uma autarquia local e outra que é responsável pelo Gabinete da Qualidade de um hospital distrital; e inquiridos, numa primeira fase de entrevistas, 3 pessoas consideradas informadores qualificados no campo desta investigação. Duas delas já trabalharam em Observatórios Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão, e outra refere-se a um representante da Entidade Reguladora da Saúde<sup>4</sup>. Estas entrevistas tiveram como função “revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas leituras” (Quivy e Campenhoudt, 1998:69). Esta foi uma fase que teve como objectivo uma maior familiarização com o tema, no sentido de perceber como é que as reclamações entram no sistema, quais as entidades envolvidas na sua gestão, quais os procedimentos legais, entre outros aspectos, e permitiu encontrar novas ideias e pistas de reflexão relativamente ao objecto em estudo.

Numa segunda fase de entrevistas foram entrevistadas 4 pessoas com uma posição institucional estratégica nas entidades de gestão das reclamações, nomeadamente na Direcção-Geral da Saúde, num Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão e na Inspecção-Geral das Actividades em Saúde. Estes entrevistados constituíram-se como testemunhas privilegiadas, dado que, pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema” (Quivy e Campenhoudt, 1998:71).

No que diz respeito à pesquisa e análise documental, esta pode ser usada segundo duas perspectivas. Por um lado, pode tornar-se numa técnica de recolha de dados central, ou mesmo exclusiva, e neste caso os documentos são o alvo de estudo por si próprios; ou, por outro lado, serve para complementar a informação obtida por outras técnicas, esperando encontrar-se nos documentos informações úteis para o objecto em estudo (Albarello, 1997; Bell, 1993). É segundo esta última perspectiva que esta técnica foi aqui utilizada. A pesquisa e análise documental assentam em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser analisados de acordo com os objectivos da investigação, e é uma técnica particularmente importante para a análise das mudanças sociais e do desenvolvimento histórico-político e das mudanças a nível organizacional (Quivy e Campenhoudt, 1998:203). Foram consultadas para esta investigação fontes escritas oficiais como diplomas legais, sites oficiais das entidades, relatórios estatísticos e de actividades, circulares normativas e informativas, e outros documentos internos; e fontes não oficiais como livros, notícias de imprensa e outros documentos. De acordo com Albarello (1997) estes são tipos de fontes de informação de inegável alcance político, económico, social, ainda que, no caso das não oficiais, a sua credibilidade seja, por vezes, duvidosa. Segundo vários autores (Quivy e

---

<sup>4</sup> As entrevistas exploratórias decorreram no local de trabalho dos entrevistados, entre Outubro de 2009 e Fevereiro de 2010.

Campenhoudt, 1998; Igea, et al, 1995; Gil, 2002) esta técnica apresenta uma série de vantagens: os documentos subsistem ao longo do tempo e tornam-se numa das mais ricas e estáveis fontes de dados; as informações que estão dispersas podem ser organizadas assumindo uma nova importância como fonte de consulta; os documentos proporcionam informações sobre ocorrências passadas a que não se assistiram; a análise dos documentos, em muitos casos, além da capacidade do investigador, exige apenas a disponibilidade de tempo, o que torna o custo da pesquisa significativamente baixo; não exige o contacto com os indivíduos alvo da pesquisa; e permite evitar o uso abusivo às sondagens e aos inquéritos por questionário. As principais limitações prendem-se com o facto de nem sempre ser possível o acesso aos documentos; estes poderem não conter toda a informação detalhada; ou poderem ter sido forjados, alterados, falseados, pondo em causa a representatividade e objectividade dos mesmos. Ainda assim, nesta investigação a recolha constante de dados através desta técnica revelou-se fundamental, na medida em que, sem a mesma, haveria o risco de nos perdermos em falsas pistas ou em procedimentos de documentação totalmente inúteis. Nesta perspectiva, apresentou-se como uma técnica de recolha mas também de verificação dos dados, quando confrontados com os dados das entrevistas. Por outro lado, apesar de, por definição, se basear no que já existe, proporcionou uma melhor visão do tema em estudo, possibilitou uma base de abertura à realização das entrevistas, estabelecendo uma relação complementar com esta, e contribuiu para novos materiais empíricos.

A técnica de entrevista distingue-se de outras pela aplicação de processos fundamentais de comunicação e interacção humanas. Esses processos, correctamente valorizados, permitem retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos, caracterizando-se por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998: 192), “instaura-se, assim, em princípio, uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade”.

Optou-se pela entrevista semi-directiva porque, sendo a mais adequada para aprofundar um determinado domínio, permite uma abordagem mais pormenorizada e mais ampla do objecto em estudo. Situa-se a um nível intermédio porque, por um lado, trata-se de permitirmos que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado, daí o aspecto parcialmente “não directivo”; por outro lado, elimina do campo

de interesse do objecto de estudo diversas considerações para os quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, e exige o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado por si, daí o carácter parcialmente “directivo” das intervenções do entrevistador. Neste tipo de entrevista o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter informações por parte do entrevistado, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista (Albarello, 1997; Ghiglione e Matalon, 2005). O entrevistador “esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado deles se afastar, e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 193). A entrevista permitiu, então, que fossem recolhidos os testemunhos e as interpretações dos entrevistados respeitando os próprios quadros de referência, a sua linguagem e as suas categorias mentais, procurando aprofundar e diversificar pontos de vista, ajudar a conhecer lógicas de argumentação subjectiva ou personalizada sobre um conjunto de práticas e orientações.

O planeamento da entrevista requereu as seguintes fases de estruturação: 1) face aos objectivos desta investigação, foi elaborado o guião de entrevista<sup>5</sup>; 2) foram seleccionados os entrevistados e estabeleceu-se o contacto com os mesmos; e 3) procedeu-se à realização das entrevistas. Relativamente ao guião de entrevista, o qual pode ser consultado no Anexo B.2, pág.94, este é composto por 8 perguntas abertas e foi construído com base em três blocos principais. O bloco A serviu de introdução ao tema, com respostas formais, de forma a estimular a espontaneidade do entrevistado e incentivá-lo a descontrair-se e a ganhar mais confiança. Procurou-se avaliar o modelo de reclamação e o próprio sistema interno de gestão, discutir o papel e as funções do conjunto de entidades envolvidas, assim como a importância atribuída à reclamação e a sua utilização ao nível das políticas de saúde e na adopção de medidas na melhoria dos serviços de saúde. O bloco B foca a área da qualidade, no sentido de perceber o papel dos gabinetes e departamentos de qualidade dos serviços de saúde relativamente às reclamações. O bloco C é composto por questões mais genéricas que abordam a participação dos utentes na saúde e a sua relação com os serviços de saúde. No fundo, as questões que figuram no guião da entrevista consideram as dimensões do objecto de estudo. O processo de selecção dos entrevistados assentou na informação recolhida durante a

---

<sup>5</sup> Embora tenha havido uma fase de entrevistas considerada exploratória é de referir que foi utilizado o mesmo guião quer para as 3 entrevistas exploratórias, quer para as restantes 4 entrevistas, na medida em que se considerou que a recolha de informação pelo mesmo roteiro era suficiente para responder às necessidades analíticas da pesquisa, o que acabou por tornar artificial a distinção entre as entrevistas exploratórias e as entrevistas semi-directivas.

fase exploratória, tendo sido nessa altura identificadas as entidades de coordenação e gestão das reclamações. Após estabelecidos os contactos com os respectivos representantes e depois de autorizadas e agendadas as entrevistas, procedeu-se à realização das mesmas. Estas decorreram no local de trabalho dos entrevistados, nos meses de Maio e Julho de 2010.

Numa fase preliminar ao início da entrevista, o entrevistador começou por se identificar, apresentando os objectivos da investigação, o interesse do estudo, a utilização que será feita dele, o modo de selecção dos entrevistados, ou seja, como e porque razão foi a pessoa escolhida, e garantiu-se o anonimato do entrevistado e do seu discurso, no sentido de fazer compreender ao entrevistado o seu papel e obter a sua colaboração activa. Solicitou-se autorização para gravação de voz das entrevistas, para que não houvesse qualquer enviesamento induzido pelo entrevistador e porque a diálogo iria ser demasiado longo para que a sua compreensão e memorização fossem fáceis para o entrevistador através da simples escuta ou de algumas anotações e, uma vez concedida, procedeu-se à recolha dos dados. As entrevistas tiveram a duração variável de 40 a 60 minutos e foram orientadas pelo guião previamente concebido, actualizado sempre que se verificou a introdução de elementos pertinentes não previstos inicialmente. A ordem e a forma das questões foram alteradas e adaptadas em função das respostas dadas, de modo a aprofundar e fazer um melhor aproveitamento da informação expressa pelos entrevistados.

Na situação de entrevista foram tidos em conta três aspectos essenciais, nomeadamente o tema e objecto de estudo, o contexto interpessoal e as condições sociais da interacção, pelo que os princípios utilizados na sua condução foram os seguintes: seguir a linha de pensamento do entrevistado, ao mesmo tempo que era zelada a pertinência das afirmações relativamente ao objectivo da pesquisa, a instauração de um clima de confiança, e o controlo do impacto das condições sociais da interacção sobre a entrevista (Albarello, 1997). A este propósito, M. Grawitz (in Albarello, 1997: 95-96) refere que a entrevista é mais uma arte do que uma técnica, uma vez que “apresenta um tipo de comunicação bastante particular. É suscitada e pretendida, por um lado, e mais ou menos aceite ou sofrida, por outro. Possui uma finalidade precisa e põe em presença indivíduos que, em geral, não se conhecem. A comunicação, no entanto, é um elemento banal na nossa vida. A nossa existência é tecida de comunicações mais ou menos fragmentadas, mais ou menos bem sucedidas. Além disso, cada pessoa já tem os seus hábitos, as suas atitudes perante os seus semelhantes: circuitos de fuga ou de recuo, consoante se sente mais ou menos vulnerável, ou sente o vizinho como mais ou menos temível. (...) Em resumo, uma autêntica camuflagem transforma as nossas relações com os nossos semelhantes em diálogos de surdos. (...) A

entrevista é geralmente concebida quer sob um aspecto puramente técnico, como meio de obter informações, quer sob um aspecto banal ou jornalístico, como habilidade para fazer falar uma personalidade”. Neste seguimento, é possível constar que na maioria dos casos o entrevistador foi bem recebido, tendo os entrevistados demonstrado bastante entusiasmo e interesse em responder às questões e em dar testemunhos sobre a sua experiência. De facto, tentou-se que o entrevistado se exprimisse o mais livremente possível e fornecesse as informações o mais completas e precisas sobre o assunto em questão. Contudo, houve um caso em que se sentiu uma grande defensividade nas respostas por parte do entrevistado, implicando várias reformulações das questões, sob a forma de clarificação e de resumo, com expressões breves de encorajamento ou retoma do discurso, e com manifestações de incompreensão voluntária, de modo a levar o entrevistado a aprofundar o seu pensamento. Na generalidade, essas intervenções por parte do entrevistador não foram bem sucedidas, sendo, por vezes, mal interpretadas. Esta situação pode ter-se devido precisamente ao facto do entrevistado sentir-se vulnerável ou, como diz M. Grawitz, perante as questões que lhe eram colocadas, ver o entrevistador como alguém ameaçador<sup>6</sup>. O factor motivacional também deve ser aqui tido em consideração na medida em que a motivação que o entrevistado tinha para responder, ou não, às questões, em função da aceitação do tema ou do seu à-vontade ou (des)conhecimento empírico sobre o mesmo, pode ter estado na base desta atitude. Por outro lado, também o factor espaço-temporal pode ter influenciado a sua postura, dado que o local de entrevista era o gabinete de trabalho do entrevistado, e não, por exemplo, uma sala de reuniões, e este apresentar indícios de que queria acabar a entrevista o mais rapidamente possível para continuar o que estava a fazer anteriormente.

Quanto à análise dos dados, tendo em conta que o que aqui se pretende é compreender as práticas que dão forma ao(s) circuito(s) das reclamações, no sentido de auscultar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, foi necessário delimitar o modo como os entrevistados as organizam subjectivamente e as valorizam, considerando igualmente as relações sociais que têm efeitos independentes da consciência dos mesmos<sup>7</sup>. Assim, tendo presente que a fase de tratamento dos dados pode ser definida como “a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões” (Miles e Huberman in Lessard-Hébert, 1990: 118), na análise e verificação das afirmações dos entrevistados foram utilizados procedimentos como o confronto das informações orais com as

---

<sup>6</sup> No Anexo B.3, pág.96, encontra-se disponível um extracto da entrevista realizada a este entrevistado que comprova a postura defensiva adoptada.

<sup>7</sup> Pelos motivos atrás referidos, na análise dos dados foram utilizadas tanto as 4 entrevistas semi-directivas como as 3 entrevistas exploratórias.

provenientes dos documentos e a comparação das respostas dos diferentes entrevistados. Este último procedimento foi efectuado da seguinte forma: em primeiro lugar foi feita uma leitura, por diversas vezes, do conjunto completo dos dados recolhidos; depois foram feitos dois tipos de análise ao conteúdo das entrevistas: uma análise vertical, no sentido de ver como cada entrevistado, separadamente, abordou os diferentes assuntos, e uma análise horizontal, de modo a identificar as diferentes formas sob as quais cada um dos assuntos apareceu no discurso dos entrevistados; de seguida, identificaram-se unidades-base de informação, consoante se enquadravam numa ou noutra dimensão de análise. Por fim, efectuou-se um recorte dos excertos que reflectiam essas unidades de informação e comprovavam as categorias de opinião dos entrevistados, os quais foram agrupados por ocasião da interpretação dos dados e são apresentados sob a forma de “comentários interpretativos” ou “testemunhos” (Ghiglione e Matalon, 2005; Lessard-Hébert, 1990).

Após a fase de tratamento e organização dos dados, na sua interpretação pretendeu-se ter em consideração tanto os traços comuns aos diferentes discursos como as suas diferenças, organizando-as na medida do possível. Procurou-se, igualmente, respeitar o paralelismo intersubjectivo, que impõe o ajuste da interpretação dos resultados a tudo aquilo que os dados permitem e implicam, enquanto dados produzidos por indivíduos que responderam a um entrevistador, respeitando de igual forma os limites e exigências neles contidos (Lessard-Hébert, 1990). Como refere Albarello (1997), ao colocarmos frente a frente dois sujeitos com a sua subjectividade, não podemos garantir que as informações obtidas sejam idênticas noutra situação de interacção. Assim, tendo em conta o estatuto que os dados recolhidos assumem, há sempre que ter em consideração que aquilo que é dito presta informações, em primeiro lugar, sobre o pensamento da pessoa que fala e, secundariamente, sobre a realidade do objecto do discurso. Independentemente da própria situação de entrevista, qualquer discurso deve ser considerado pelo que é, uma vez que fornece uma imagem do real correspondente à percepção selectiva que o entrevistado tem dele. De facto, como sustenta Costa (in Silva e Pinto, 2005:139) “é necessário ter permanentemente em conta que são sempre depoimentos elaborados através dos sistemas de representações próprios do contexto social local e do lugar social específico dos indivíduos em causa”. Para finalizar este capítulo e prosseguirmos com a análise e caracterização do(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, importa ainda salientar que desde o início do trabalho de pesquisa, à recolha e análise dos dados, e à redacção desta dissertação, toda a investigação foi norteadada por princípios que mantinham uma preocupação ética face ao impacto possível da mesma na reputação quer dos indivíduos entrevistados, quer das instituições que representam.

### Capítulo 3 – O(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde

De acordo com Villaverde Cabral (2002:238), “um dos indicadores mais directos de avaliação de qualquer sistema de saúde por parte dos seus utentes é, em princípio, o número de reclamações apresentadas contra os serviços. Com efeito, em sociedades onde é livre o direito à reclamação pode dizer-se que estas são, por assim dizer, um teste ao funcionamento do sistema. Contudo, na sociedade portuguesa, a prática da reclamação contra os serviços públicos é muito baixa, (...) confirmando, aliás, a baixa propensão da população portuguesa para a mobilização e participação sociais observada em todo o género de estudos sociológicos”. Segundo os resultados do estudo *Saúde e Doença em Portugal* realizado pelo autor em 2001<sup>8</sup>, apenas cerca de 5% dos inquiridos apresentou alguma vez uma reclamação aos serviços de saúde. A esta fraca percentagem de reclamações acresce o facto dos indivíduos interiorizarem a ideia de que “não vale a pena reclamar”, representando uma percentagem de 21,8% (2002:240-241). Em Março de 2008 também a DECO efectuou um questionário a uma amostra representativa da população continental de 1.362 inquiridos dos 18 aos 74 anos com o objectivo de saber o que os portugueses conhecem dos seus direitos e deveres enquanto doentes e identificar barreiras para o exercício dos primeiros<sup>9</sup>. Os resultados deste estudo revelam que cerca de 30% dos inquiridos tinha motivos de queixa dos serviços de saúde no último ano, mas só 4% reclamou. A maioria não o fez por considerar “não servir para nada”, sendo que há também quem considere o processo muito burocrático ou não saiba como e onde protestar.

O *Relatório do Gabinete do Utente - 2009* publicado pela IGAS (2010b) demonstra que no ano passado foram apresentadas ao SNS um total de 52.779 reclamações, verificando-se um aumento global das reclamações feitas aos estabelecimentos hospitalares e aos serviços de cuidados de saúde primários dependentes das ARS. Do total das reclamações, 62% dizem respeito aos hospitais e 38% aos cuidados de saúde primários<sup>10</sup>.

Para compreendermos melhor os factores que influenciam o desenvolvimento e a configuração actual do sistema de saúde português, particularmente no que se refere aos

---

<sup>8</sup> Este estudo foi patrocinado pela APIFARMA e teve como objectivo captar as atitudes e opiniões da população portuguesa adulta relativamente aos principais problemas levantados pela saúde e pela doença, em particular pela prestação de cuidados de saúde em Portugal. O inquérito foi realizado a uma amostra representativa de Portugal Continental com 2.537 indivíduos maiores de 18 anos.

<sup>9</sup> No Anexo C.1, pág.99, encontra-se para consulta uma síntese dos resultados do estudo efectuado pela DECO, publicada na Revista Teste Saúde n.º76 de Dezembro 2008/Janeiro 2009.

<sup>10</sup> No Anexo C.2, pág.103, encontram-se para consulta o Quadro C.1 referente à taxa de reclamações (permilagem) nos cuidados de saúde primários, por ARS, em 2009, e o Quadro C.2 com a taxa de reclamações (permilagem) nos hospitais no último triénio.

direitos dos utentes, à sua participação e representação no sistema de saúde através de mecanismos de expressão como a reclamação, e à sua satisfação com os serviços de saúde, importa conhecer os principais factos políticos e legislativos que estão na base da sua evolução. No Anexo C.3, pág.105, está disponível um enquadramento político-legislativo efectuado com o objectivo de, por um lado, conhecer historicamente os serviços com a responsabilidade do tratamento das reclamações e resposta ao utente, desde a primeira expressão reconhecida como atribuindo ao cidadão a possibilidade de reclamar, até aos dias de hoje; e de, por outro, perceber como é que a legislação e as regras normativas foram evoluindo no sentido de legitimar essa possibilidade, dando rosto e sustentando o(s) circuito(s) das reclamações. No entanto, importa salientar a impossibilidade de aqui ser feita, em minúcia, a recensão completa da vasta produção legislativa nesta área.

### **3.1 – Mecanismos, instrumentos e procedimentos: a sua evolução**

Foi no ano de 1986 que surgiu o primeiro serviço estruturado com funções de apreciação e encaminhamento das queixas e sugestões formuladas pelos utentes dos serviços de saúde, o Gabinete do Utente<sup>11</sup>, que “corresponde a uma aplicação das normas constitucionais que conferem a todo o cidadão português o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos do País e de apresentar, perante os órgãos de soberania ou quaisquer autoridades, reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos” (Despacho n.º 26/86, 30 de Jun.). O procedimento a adoptar pelo Gabinete do Utente é o seguinte: 1 - “(...) Deve remeter imediatamente aos respectivos órgãos gestores as queixas ou sugestões recebidas”; 2 - “Os órgãos gestores devem decidir, no prazo de 5 dias, as medidas a tomar, ordenando a instauração de processos de averiguações ou determinando quaisquer outras providências, se o assunto assim o exigir”; 3 - “As queixas respeitantes à assistência hospitalar devem ser previamente remetidas pelo conselho de gerência ao conselho médico, que emitirá, no prazo de 48 horas, o seu parecer”; 4 - “Uma vez tomadas as decisões referidas no [n.º2], os órgãos gestores devem remeter, no prazo de 3 dias úteis, à IGSS fotocópias de todos os documentos”; 5 - “As reclamações e sugestões, bem como as decisões respeitantes à organização e funcionamento dos serviços devem ser enviadas pela IGSS às direcções-gerais respectivas, que lhes devem dar o seguimento adequado”; 6 - “Os aspectos disciplinares devem ser apreciados pela IGSS”. Foi a este propósito que a Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde viu-

---

<sup>11</sup> O Despacho do Ministro da Saúde, 24 de Fev. de 1986, cria o Gabinete do Utente na Direcção-Geral dos Hospitais; e o Despacho n.º 26/86, 30 de Jun., determina as normas a observar no que respeita ao Gabinete do Utente que deve funcionar junto de cada uma dos hospitais e de cada uma das ARS.



se como uma espécie de observatório das reclamações dos utentes do SNS e, simultaneamente, como organismo de controlo do tratamento que lhes era dado. A par da existência desta nova estrutura, os utentes poderiam também dirigir as suas reclamações directamente à Ministra da Saúde.

No seguimento desta criação, em 1987 a Direcção-Geral dos Hospitais apresentou um conjunto de directrizes a observar em todos os estabelecimentos de saúde na sua dependência, que dizem respeito, por exemplo, aos modelos de impresso que deviam ser fornecidos aos utentes; à existência de um livro de registo de todas as reclamações/sugestões efectuadas, ao processo de encaminhamento das reclamações/sugestões ao órgão de gestão, à IGSS, à Direcção-Geral dos Hospitais ou, quando recebidas nessa Direcção, aos Gabinetes do Utente; aos prazos de envio; e à necessidade de se constituir uma equipa pluridisciplinar<sup>12</sup>.

Por sua vez, o Conselho de Ministros veio propor um conjunto de recomendações no sentido de promover a humanização das relações da Administração Pública com os seus utentes. A Resolução do Conselho de Ministros n.º6/87, 29 de Jan., veio aprovar as normas relativas ao acolhimento e atendimento do público a adoptar pelos serviços e organismos da administração central, entre as quais: “6 – Nos locais de atendimento devem ser postos à disposição dos particulares impressos que permitam efectuar facilmente reclamações e ou sugestões, às quais deverá ser dada sempre resposta escrita”; e “8 – quando a complexidade dos assuntos ou o grau de instrução dos particulares o justifique, poderão os serviços destacar funcionários destinados a auxiliar os interessados na elaboração de exposições, requerimentos ou preenchimento de impressos” (Secção A). A Resolução do Conselho de Ministros n.º36/87, 10 de Jul., veio aprovar as normas para a implementação do sistema de recolha de opiniões e sugestões para a modernização e aperfeiçoamento administrativo, que foram regulamentadas por despacho do Primeiro-Ministro de 24 de Junho de 1987. Para a implementação e funcionamento deste sistema deviam existir nos locais de atendimento ao público postos de recolha de opinião que disponibilizassem meios como papel, receptáculos e cartazes divulgadores. Entre vários aspectos, as normas aprovadas também estipulavam qual a periodicidade da recolha e tratamento dos documentos recebidos; que as opiniões e sugestões anónimas eram destruídas, sem qualquer tratamento; que os signatários dos documentos recebidos deviam ser informados do encaminhamento da sua opinião/sugestão; e que deveriam ser elaborados relatórios de execução, remetidos à Secretaria-Geral do Ministério. Estas normas foram posteriormente alargadas a todos os serviços e estabelecimentos do

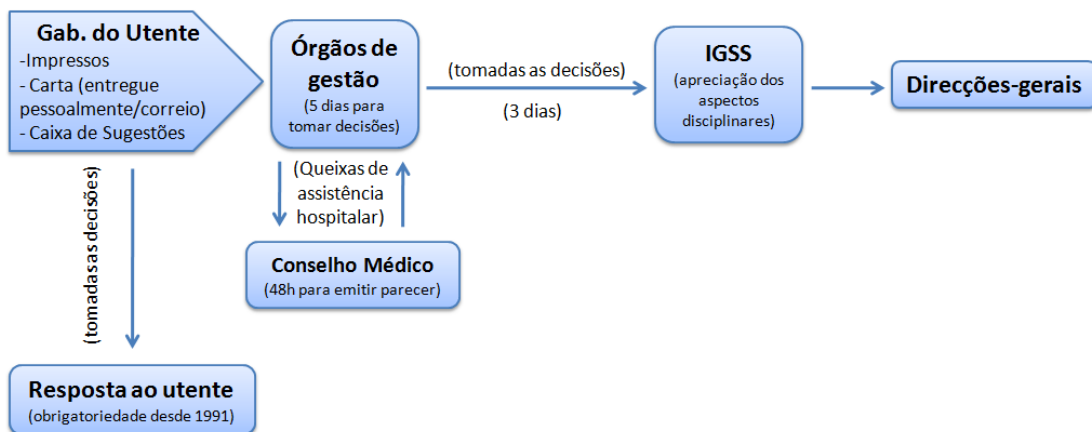
---

<sup>12</sup> Para consultar as Circulares Normativas n.º25/87, de 2 de Junho, e n.º43/87, de 30 de Setembro, da Direcção-Geral dos Hospitais, ver Anexo C.4, pág.133.

Ministério da Saúde, no entanto, uma vez que lhes cabia remeter a documentação respeitante às reclamações e sugestões à IGSS, estes ficaram dispensados do envio dos relatórios à Secretaria-Geral do Ministério da Administração Pública. O DL n.º 129/91, 2 de Abr., acrescenta ainda, pelo seu artigo 4.º, a obrigatoriedade de resposta a toda a correspondência, queixas, sugestões, críticas efectuados a todos os serviços públicos, e, pelo seu artigo 6.º, a possibilidade dos serviços adoptarem livro de reclamações, cuja existência seria sempre divulgada nos locais de atendimento.

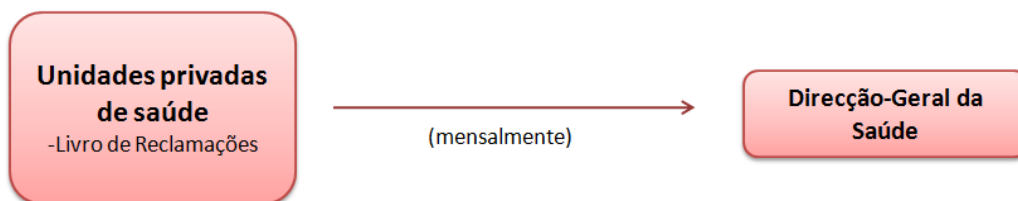
A Figura 2 representa o circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde entre 1986 e 1996, sintetizando a informação atrás referida.

**Figura 2 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde em 1986-1996**



No ano de 1993, com o DL n.º 13/93, 15 de Jan., as unidades privadas de saúde passam a ser obrigadas a ter, em cada serviço, um livro de reclamações, e a enviar, mensalmente, cópia autenticada das reclamações à Direcção-Geral da Saúde (Figura 3).

**Figura 3 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços privados de saúde em 1993**



Em 1996, com a publicação da Lei n.º24/96, 31 de Jul.<sup>13</sup>, que estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores, os bens, serviços e direitos fornecidos, prestados e transmitidos pelos organismos da Administração Pública ficam sujeitos às mesmas regras que disciplinam as relações de consumo entre privados. Neste sentido, a Resolução do Conselho de Ministros n.º189/96, 31 de Out., veio determinar que também os serviços da Administração Pública ficam obrigados a adoptar o Livro de Reclamações, divulgando a sua existência de forma visível. Nos termos desta Resolução, as reclamações devem ser remetidas, no prazo de 5 dias úteis após terem sido lavradas, aos gabinetes do membro do Governo que tutela o serviço e do membro do Governo que tutela a Administração Pública (n.º8), e o reclamante deve ser sempre informado da decisão que recaiu sobre a reclamação apresentada (n.º11).

O modelo do Livro de Reclamações a que se refere a Resolução do Conselho de Ministros n.º189/96 é divulgado através da Portaria n.º355/97, 28 de Maio. O Livro Amarelo, conforme é conhecido o Livro de Reclamações nos serviços de saúde, é exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda e dispõem da folha original e de três vias destacáveis, autocopiáveis, de cores diferenciadas (verde, azul, e amarela). Assim, no âmbito do Ministério da Saúde, e nos casos de reclamações feitas no Livro Amarelo, o procedimento a utilizar-se é o seguinte<sup>14</sup>: 1 - entrega ao utente da via verde; 2 - envio da via azul ao gabinete da Sr.ª Ministra da Saúde, no prazo de 5 dias úteis; 3 - envio, em simultâneo, da via amarela ao Gabinete do Sr. Secretário de Estado da Administração Pública, no prazo de 5 dias úteis; 4- no prazo referido no número anterior, os serviços devem, sempre que tal se justificar, adoptar medidas rectificativas das situações objecto de reclamação; 5 - no envio das vias azul e amarela as mesmas deverão ser acompanhadas da resposta dos serviços face à referida reclamação, através de modelo próprio<sup>15</sup>; 6 - na mesma data, e através do mesmo modelo, o reclamante deve ser também informado, pelo serviço, da resposta que recaiu sobre a reclamação apresentada.

É de salientar que, por um lado, apesar da obrigatoriedade do Livro de Reclamações, os utentes são livres de escolher se preferem utilizar o Livro ou recorrer ao Gabinete do Utente para apresentar as suas exposições; por outro, o procedimento atrás descrito não invalidou que se continuasse a dar integral cumprimento ao disposto no Despacho n.º26/86, 30 de Jun., em particular no que se refere ao envio das reclamações e respectivas respostas à

---

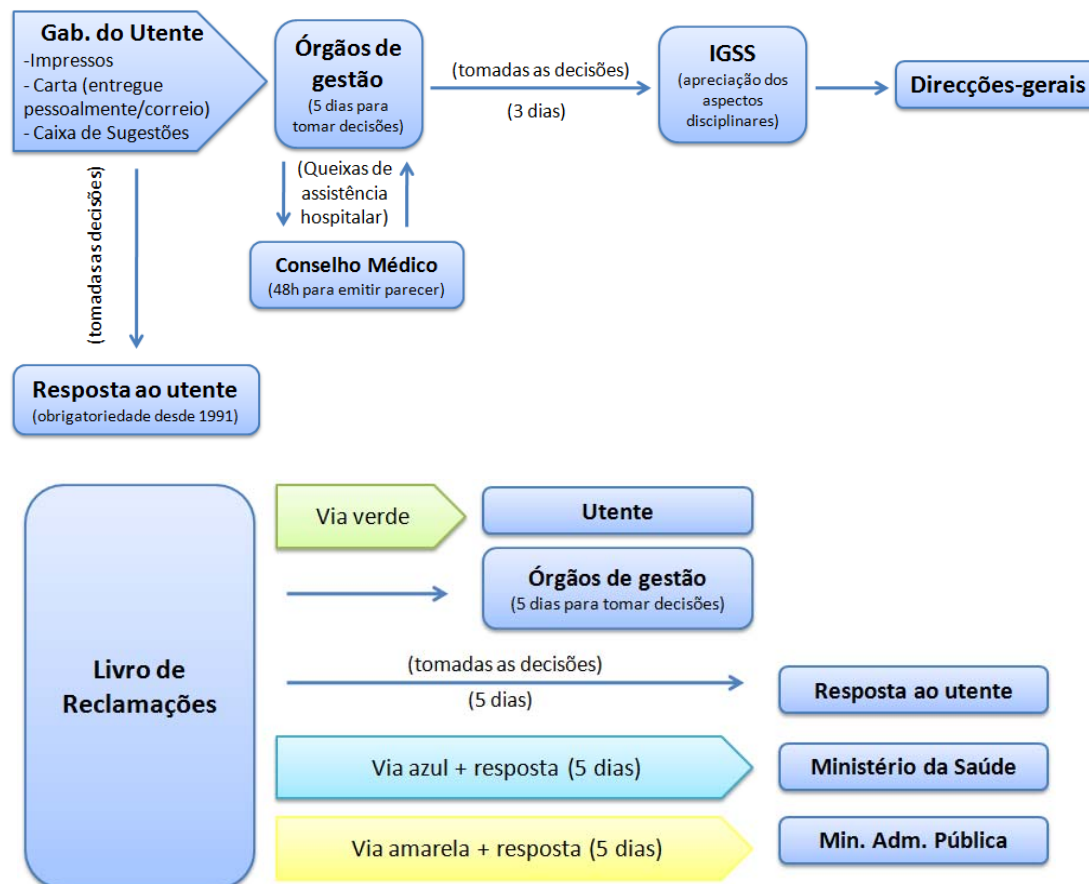
<sup>13</sup> A Lei n.º 24/96, 31 de Jul., revoga a Lei n.º29/81, 22 de Ago. Posteriormente, é alterada em alguns artigos pelo DL n.º67/2003, 8 de Abr., o qual também é republicado pelo DL n.º84/2008, 21 de Maio.

<sup>14</sup> Este procedimento foi actualizado pelo DL n.º135/99, 22 de Abr., o qual revoga as Resoluções do Conselho de Ministros n.º6/87, 29 de Jan., n.º36/87, 10 de Jul., e o DL n.º 129/91, 2 de Abr., entre outros diplomas.

<sup>15</sup> Para consultar o modelo de impresso de resposta à reclamação, bem como a Circular Normativa n.º14/97, 12 de Ago., do DRHS do Ministério da Saúde, da qual faz parte esse modelo, ver Anexo C.5, pág.138.

IGS. A figura que se segue apresenta o circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde a partir de 1996 até 1999.

**Figura 4 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços públicos de saúde em 1996-1999**

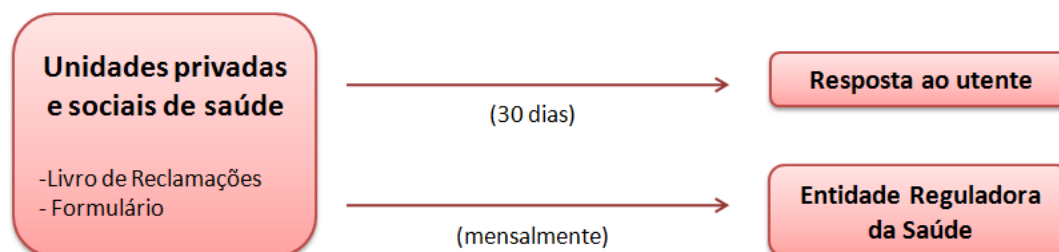


É no ano de 2000, no quadro da nova lei orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde que passa a ser da sua competência, através do DMAQ, assegurar o tratamento e monitorização das reclamações e propor medidas de modernização, simplificação e racionalização administrativas (ver Anexo C.3, pág.117). Neste contexto, e com a aprovação do Despacho n.º26/86, 30 de Jun. (Gabinete do Utente), da Resolução do Conselho de Ministros n.º189/96, 31 de Out., e da Portaria n.º355/97, 28 de Maio (Livro de Reclamações), o DMAQ (2000) apresentou à Secretaria-Geral uma proposta de implementação de um sistema de tratamento e monitorização das reclamações e sugestões. De acordo com o conteúdo da proposta, a coexistência de dois instrumentos nos serviços de saúde, o Gabinete do Utente e o Livro de Reclamações, a par do complexo processo administrativo e das diferentes entidades intervenientes em cada uma das reclamações, tornaram pouco eficaz o objectivo pretendido de criar um instrumento para melhoria da gestão dos serviços e um meio

de defesa dos utentes. Isto deveu-se a dois factores: por um lado, à dificuldade na articulação destes dois instrumentos em cada um dos estabelecimentos prestadores de cuidados e, por outro, à falta de conhecimento por parte da Administração da avaliação qualitativa e quantitativa de todas as reclamações e das repercussões das mesmas nos estabelecimentos de saúde. Posto isto, e no sentido de utilizar as reclamações e sugestões como instrumento para a melhoria da gestão, este Departamento considerou necessário “definir o Gabinete do Utente como a estrutura em cada estabelecimento para a análise, tratamento e proposta de solução/resposta de todas as sugestões e reclamações”; “criar em cada ARS uma instância regional com funções de monitorização e análise, a partir dos Gabinetes do Utente já existentes em todas as Sub-regiões, que denominaríamos por *observatório regional da satisfação e expectativas do cidadão*”; e, junto da Secretaria-Geral, constituir um observatório nacional a partir dos representantes das ARS nos observatórios regionais, entre outros aspectos (2000:4-5)<sup>16</sup>. No ano seguinte, foi criado o Observatório Nacional dos Gabinetes do Utente e, na sua sequência, cinco Observatórios Regionais correspondentes a cada uma das regiões de saúde. Ao mesmo tempo foi sendo introduzido nos vários Gabinetes do Utente um programa informático criado pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARSVT), o STMR – Sistema de Tratamento e Monitorização de Reclamações, para a monitorização das exposições apresentadas pelos utentes do SNS.

Relativamente à supervisão da actividade dos operadores privados e sociais prestadores de cuidados de saúde, surge em 2003 a ERS (ver Anexo C.3, pág.119), que vem obrigar esses operadores a terem à disposição dos seus utentes um formulário de modelo por ela aprovado e um livro de reclamações, devendo estes decidi-las no prazo de 30 dias e, mensalmente, enviar cópia à ERS (Figura 5).

**Figura 5 – Circuito das exposições dos utentes aos serviços privados e sociais de saúde em 2003**



<sup>16</sup> Para consultar os diagramas da tramitação dos processos de reclamação/sugestão relativos ao Gabinete do Utente e ao Livro de Reclamações propostos pelo Dept. de Modernização Administrativa e da Qualidade, ver Anexo C.6, pág.141.

Aquando da formalização dos Observatórios, nacional e regionais, em 2001, estava já identificada a dificuldade dos serviços em cumprir os procedimentos que até aqui tinham sido definidos pelos órgãos de tutela. Por um lado, o Gabinete do Uteute foi reconhecido como o espaço próprio para o utente participar com a sua reclamação, tendo também a responsabilidade de dar a resposta final ao utente, com conhecimento às entidades envolvidas. Por outro lado, nada impedia que o utente reclamasse para outras entidades como o Presidente da República, o Primeiro-Ministro, o Ministro da Saúde, os Presidentes das ARS, os Coordenadores das Sub-Regiões de Saúde, a IGS, a DGS, entre outras, sendo que as exposições entradas pelo Gabinete da Presidência ou do Primeiro-Ministro eram sempre enviadas para o ministro da tutela, concentrando-se na Secretaria-Geral. Posteriormente, estas exposições desciam hierarquicamente e eram enviadas da Secretaria-Geral para a ARS respectiva e desta para a instituição visada. Se se tratasse de um centro de saúde eram enviadas para a Sub-Região de Saúde respectiva e desta para o centro de saúde visado. Só nessa altura era iniciado o processo de averiguações e de resposta ao utente.

Com esta diversidade de portas de entrada, as reclamações nem sempre chegavam aos Gabinetes do Uteute das instituições visadas, havendo situações em que estas eram directamente tratadas, por exemplo, pela Secretaria-Geral ou pelas ARS, sem delas terem conhecimento as instituições objecto de reclamação; e, nos casos em que o utente enviava a mesma reclamação para mais do que uma entidade, havia igualmente a possibilidade de sobreposição na resposta ao utente. Além disso, existiam ainda as chamadas segundas reclamações, que acontecem quando o utente não concorda com a resposta que recebeu, que também poderiam ser enviadas pelo utente às entidades que ele achasse convenientes. A par de todo(s) este(s) circuito(s), dez anos depois surge também a possibilidade das exposições serem apresentadas no Livro de Reclamações, seguindo o circuito definido na lei. Por sua vez, este é diferente daquele que seguem as exposições entradas no Gabinete do Uteute ou em outras entidades, o qual continuou a ser o mesmo desde a criação do Gabinete do Uteute em 1986. Posto isto, e com todas estas possibilidades, como é possível garantir um controlo efectivo das exposições dos utentes? Com a coexistência de vários instrumentos para receber as exposições dos utentes sem que tenham um tratamento uniforme e com a variedade de circuitos e entidades intervenientes, verifica-se, de facto, uma aleatoriedade nos procedimentos utilizados, pelo que um utente que reclame para um determinada entidade fica à mercê da sua reclamação ser ou não respondida ou desta nem sequer ser analisada. Assim, por esta altura, a participação do utente através da reclamação, enquanto exercício dos seus direitos de cidadania, era, efectivamente, posta em causa.

Em 2005 é criada uma nova aplicação informática destinada a fazer a recolha e monitorização das exposições apresentadas no Gabinete do Utente ou no Livro de Reclamações, o sistema Sim-Cidadão. Consequentemente, nascem também novas estruturas responsáveis pelo acompanhamento, a nível nacional e regional, das exposições feitas pelos utentes, o Observatório Nacional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão e, junto de cada uma das ARS's, os Observatórios Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão (ver Anexo C.3, pág.122). Este sistema funciona em rede e assenta num modelo descentralizado que confere ao Gabinete do Utente a responsabilidade pela análise, tratamento, proposta de resolução e resposta a todas as exposições.

Será que com estas medidas passou a haver, de facto, um só modelo de gestão de todas as reclamações? No ponto seguinte são abordados o(s) circuito(s), os procedimentos e as entidades envolvidas na gestão das reclamações nos dias de hoje.

### **3.2 – Hoje: que circuitos, procedimentos e entidades?**

Desde que foi criado em 2005 o Observatório Nacional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão esteve sediado em diferentes entidades responsáveis pela sua coordenação. Começou por estar na Secretaria-Geral, passando para a Agência da Qualidade na Saúde na ACSS, I.P. em 2007. Mais tarde, com a transferência das competências atribuídas à ACSS, I.P. em matéria de qualidade para a DGS passou a ser esta, através do seu Departamento da Qualidade na Saúde a entidade responsável pelo acompanhamento das exposições dos utentes, sendo onde se encontra actualmente a funcionar este Observatório Nacional (ver Anexo C.3, pág.128).

Apesar de, a nível nacional, existir esta estrutura responsável pela coordenação e monitorização das exposições dos utentes, hoje em dia a gestão dessas exposições está dividida em dois grupos. De um lado temos o sector público (hospitais e centros de saúde do SNS) que tem circuitos e procedimentos próprios e a sua gestão está associada, precisamente, ao sistema informático Sim-Cidadão. Do outro lado encontramos o sector não-público, ou seja, o privado, referente às instituições privadas, e o social, que inclui Misericórdias, IPSS, etc. Enquanto a gestão das exposições no sector público envolve um conjunto de entidades, cada uma com as suas atribuições, competências e âmbitos de actuação, as exposições apresentadas no sector não-público são geridas, sobretudo, pela ERS. A distinção entre estes dois sectores implica diferenciações não só ao nível da gestão mas também a outros níveis. A análise que se segue encontra-se dividida em seis áreas: o modelo de reclamação; o modelo de gestão; a importância da reclamação; a reclamação e a qualidade; o acesso à informação; e a

participação dos utentes. Importa referir que essa análise diz respeito, sobretudo, ao sector público, sendo que, sempre que possível, haverá também uma breve análise ao que sucede no sector não-público.

### **Mecanismos de reclamação**

Nos dias de hoje, qualquer instituição do SNS ou privada é obrigada a ter mecanismos que permitam aos cidadãos fazer reclamações, sugestões e elogios. O modelo de reclamação que está à sua disposição é um modelo aberto, sendo que estes podem reclamar por carta, *e-mail*, fax, pelo Livro de Reclamações, através da Caixa de Sugestões, podem dirigir-se pessoalmente ao Gabinete do Cidadão, ou ainda pelos formulários disponíveis na Internet<sup>17</sup>. Portanto, os utentes têm as mais diversas formas para poder reclamar.

“(…) ainda há um certo medo de represálias quando o utente reclama. Muitas vezes, o utente só reclama depois de estar em casa, ter saído do hospital, sem a situação de internamento, depois de já não frequentar as consultas. E nessa altura, muitas vezes, o utente já não se dá ao trabalho de se deslocar à instituição para poder reclamar. Então, em casa, normalmente, pega numa carta, escreve, e mete no correio”. (entrevistado 6)

“Nós criámos uma nova alternativa que é: o doente chega a casa, vai à internet, ao nosso site e tem lá um sítio em que clica “Reclamações online”, faz a reclamação exactamente como se fosse no Livro de Reclamações, e entra aqui. Ao entrar aqui inicia-se o circuito (…). (entrevistado 7)

É de referir que esta proliferação de mecanismos de participação pode aqui ser entendida de dois modos. Por um lado, e do ponto de vista do cidadão, a diversidade de mecanismos pode ser positiva porque permite uma maior abertura para a reclamação e, por sua vez, para a participação dos utentes. Por outro lado, na perspectiva dos serviços de saúde, e considerando os traços irónicos do discurso de um dos entrevistados quando diz que “ao sensibilizar o utente que pode reclamar estamos, na maioria dos casos, a convidá-lo a reclamar” (entrevistado 4), isto pode ter um efeito perverso, na medida em que pode conduzir, precisamente, a um aumento do número de reclamações aos serviços de saúde.

Ainda assim, alguns dos entrevistados são da opinião de que os utentes participam num modelo que está desfalcado em função daquilo que seria um modelo ideal e que este ainda pode ser melhorado. Por outro lado, também consideram que quer os utentes, quer as entidades, deveriam tirar um maior partido de outros instrumentos, como por exemplo as novas tecnologias.

“Eu não estou ainda muito de acordo que o Livro Amarelo seja (...) [o principal] recurso que exista disponível ao utente. Há as novas tecnologias que trazem à nossa disposição outro tipo de recursos que pode ser muito bem, digamos, usados para o futuro”. (entrevistado 3)

---

<sup>17</sup> Para conhecer alguns formulários para sugestões e reclamações através da Internet, ver Anexo C.7, pág.143.



“Nós ainda não estamos a tirar partido da via electrónica, mas é uma questão de evolução. Na nossa sociedade há gerações que não sabem ainda mexer num computador, mas com o desenvolvimento e com o progresso eu acho que é a via electrónica que vai ser... fantástica. Vai agilizar muito, vai automatizar muita coisa, (...) vai ser mais eficiente o sistema. Agora, eu não vejo melhor do que isto para já, que é a pessoa ter direito a reclamar. Para mim é um direito fundamental”. (entrevistado 7)

### **Entidades e processualidades ligadas à gestão das reclamações**

Pelo que tem vindo a ser dito até aqui é possível perceber que a gestão das reclamações dos utentes do SNS está directamente associada ao sistema Sim-Cidadão e, conseqüentemente, aos Observatórios nacional e regionais de apoio ao sistema<sup>18</sup>.

Com a entrada em funcionamento deste sistema e com os diversos mecanismos actualmente disponíveis para o utente reclamar, os procedimentos das entidades intervenientes foram reorganizados e os circuitos de análise e tratamento da reclamação reconfigurados, sendo o Gabinete do Cidadão da instituição visada quem tem a responsabilidade pela análise, tratamento, proposta de resolução e resposta às exposições dos utentes.

A Figura 6, na pág.40, representa um mapeamento das diversas entidades que se podem constituir como lugares de entrada de uma reclamação; das vias de entrada em cada uma delas; do encaminhamento que é dado; e os níveis de intervenção no Sim-Cidadão de algumas dessas entidades. Está também identificada a ERS que, como já foi referido, faz a gestão das exposições respeitantes às unidades de saúde privadas e sociais.

Com o Sim-Cidadão todas as exposições são reencaminhadas para o Gabinete do Cidadão da instituição visada, independentemente do lugar de entrada, e todas são registadas de igual forma, independentemente da via de entrada. Em primeiro lugar, a reclamação e toda a informação a ela associada é digitalizada e inserida no sistema, identificando-se o exponente. O sistema atribui um número à exposição e é enviada ao exponente uma carta a informar que a sua exposição foi registada e qual o seu número.

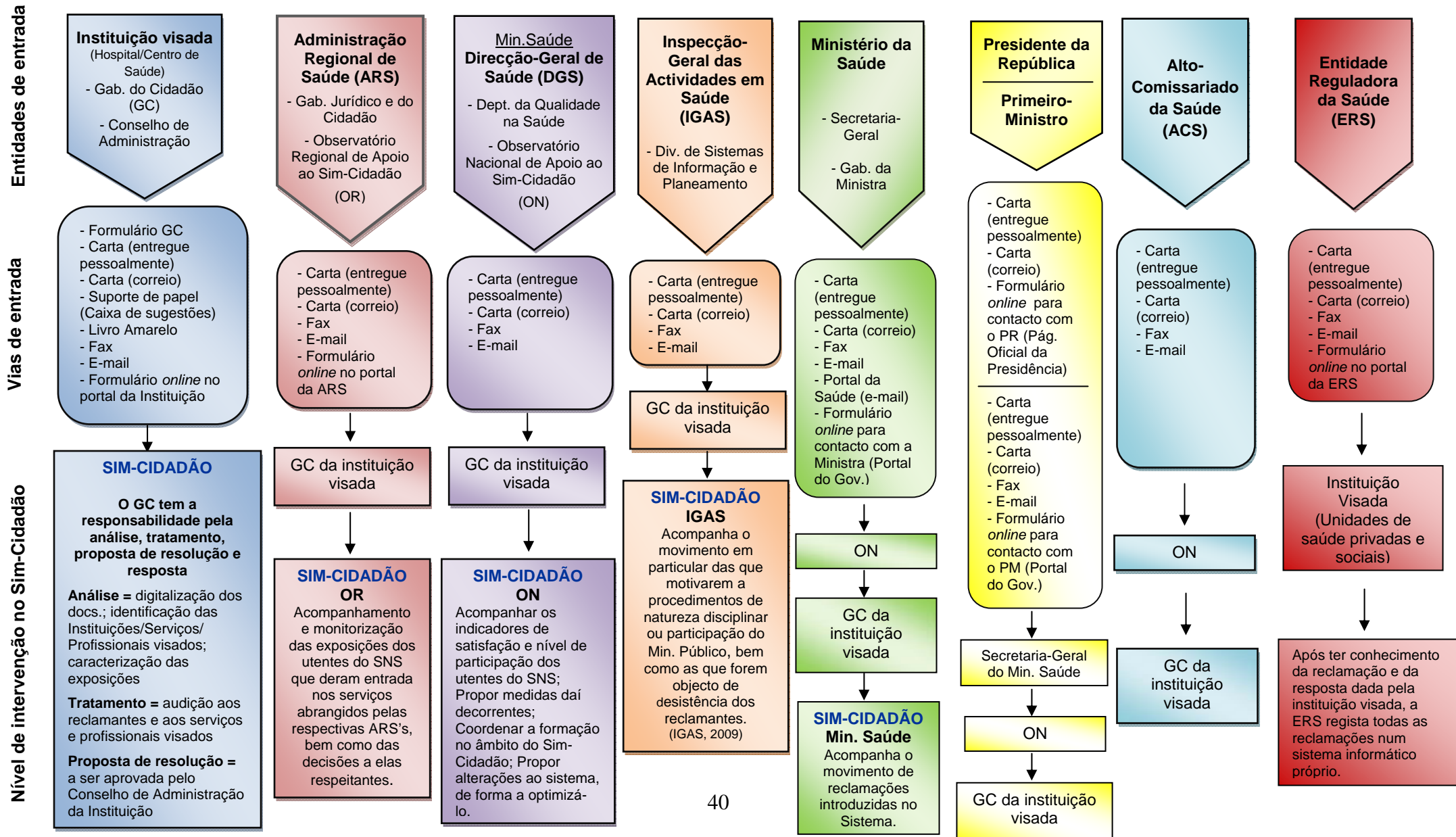
“ (...) a análise da reclamação tem de ser sempre na instituição visada, porque lá é que ocorrem os factos. Por exemplo, há pessoas que mandam a mesma reclamação para o Presidente da República, para o Primeiro-Ministro, para a Ministra da Saúde, para o Director-Geral da Saúde e mandam também para aqui. Nós recebemos e reencaminhamos. Às vezes, 4 meses depois chega a do Presidente da República, 2 meses depois chega a do Primeiro-Ministro, um mês depois chega a da Ministra da Saúde, quando ela já está a andar...” (entrevistado 6)

“O sistema atribui-lhe logo um número, a numeração é nacional. Ela vai parar ao plano de trabalho da unidade que é visada e, mesmo que eles não a trabalhem, ela fica sempre lá registada na unidade com aquele número, não a podem mais... têm mesmo que a trabalhar ou fica lá pendente (...). Se elas ficarem esquecidas, elas estão lá registadas e qualquer órgão da tutela pode chamar à atenção porque é que a reclamação se encontra naquele estado”. (entrevistado 6)

---

<sup>18</sup> Para consultar o resumo informativo sobre o Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações – Sim-Cidadão, ver Anexo C.8, pág.149.

Figura 6 – Mapeamento das entidades de entrada de uma reclamação



Depois de registada no sistema é criado um ficheiro de tipificação da reclamação. Esta é caracterizada dentro de um elenco de quatro áreas de nível 1 (prestação de cuidados; gestão/regras; atendimento/relacionamento comportamental; hotelaria/equipamentos), e a cada área de nível 1 corresponde um problema de nível 2, o qual, por sua vez, corresponde a um conjunto de causas. São também tipificados os serviços e a área profissional visados.

A partir daqui o procedimento utilizado pode variar consoante haja necessidade de instaurar um processo disciplinar, a exposição seja uma 2.ª reclamação, o utente não concorde com a resposta à 2.ª reclamação, ou a exposição tenha sido feita no Livro de Reclamações, sendo todas as etapas e todos os documentos envolvidos sempre registados no Sim-Cidadão.

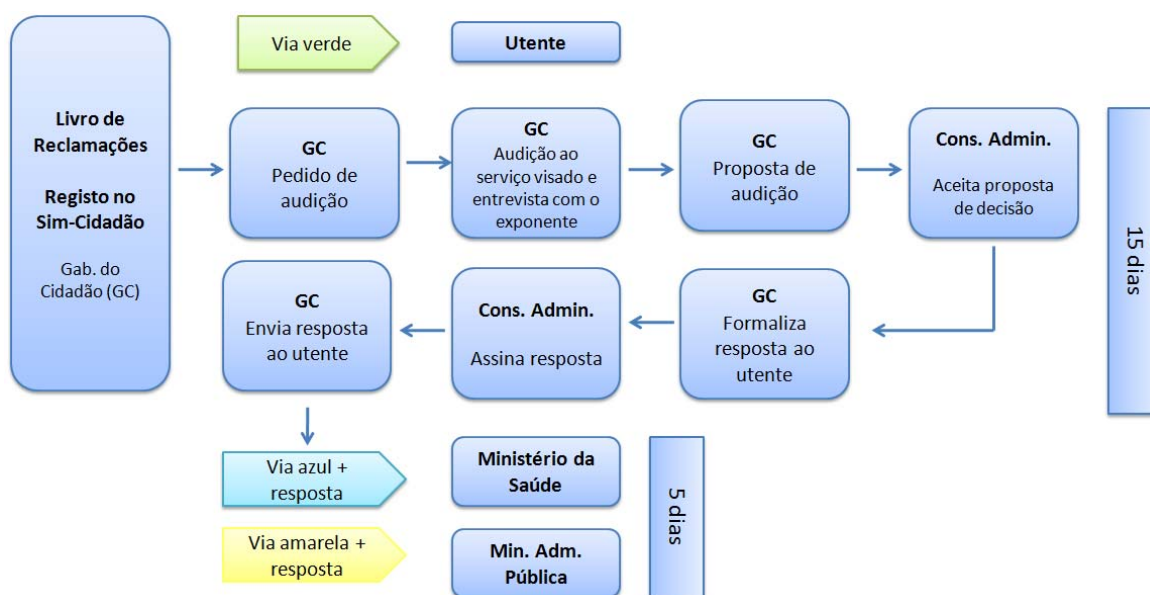
A figura seguinte apresenta o circuito-base que uma reclamação pode ter a partir do momento em que dá entrada no Gabinete do Cidadão da instituição visada, sendo possível observar que todo o processo é efectuado dentro da instituição visada, com a intervenção do Gabinete do Cidadão, dos serviços objecto da reclamação e do Conselho de Administração.

**Figura 7 – Circuito-base da reclamação**



Nos casos em que o utente efectuou a sua reclamação no Livro de Reclamações o procedimento utilizado é o mesmo que nas outras vias de entrada. No entanto, como demonstra a Figura 8, acresce o envio das respectivas vias do Livro e da resposta dada ao utente para os órgãos de tutela.

**Figura 8 – Circuito da reclamação feita no Livro de Reclamações**

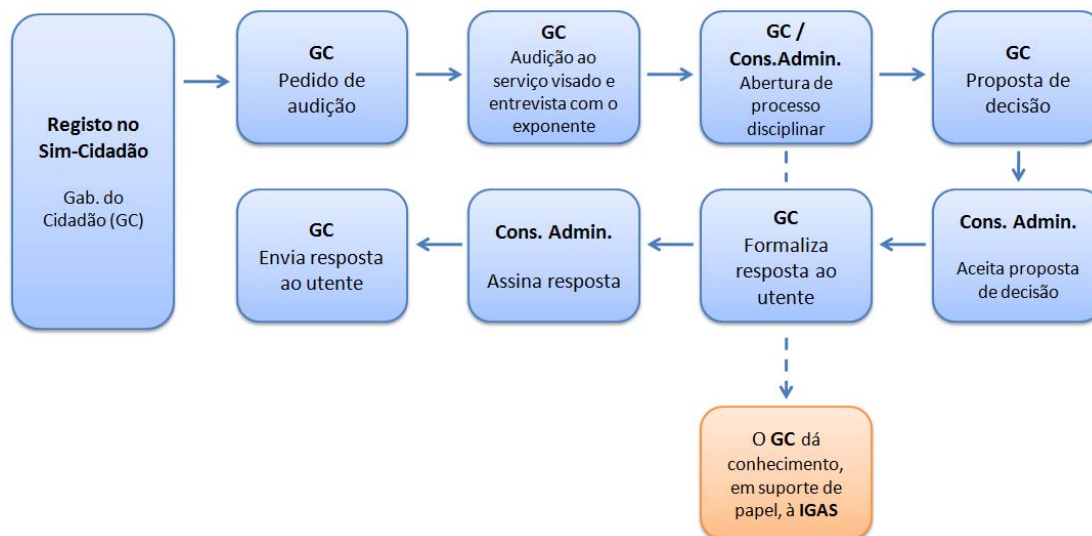


De acordo com os entrevistados:

“consoante o teor da exposição, esta pode transitar para aquilo que é, inclusivamente, chamado um processo de inquérito e um processo de averiguações. Isto é um patamar de acção que no Sim-Cidadão não está criado” (entrevistado 3).

Posto isto, os serviços dão conhecimento à IGAS, em suporte de papel, de todas as reclamações que dão lugar a instauração de procedimentos de natureza disciplinar e/ou participação do Ministério Público, e das situações de arquivamento por desistência dos reclamantes (IGAS, 2009). Assim, quando uma reclamação implica instauração de um processo disciplinar o circuito que faz é o da figura que se segue<sup>19</sup>.

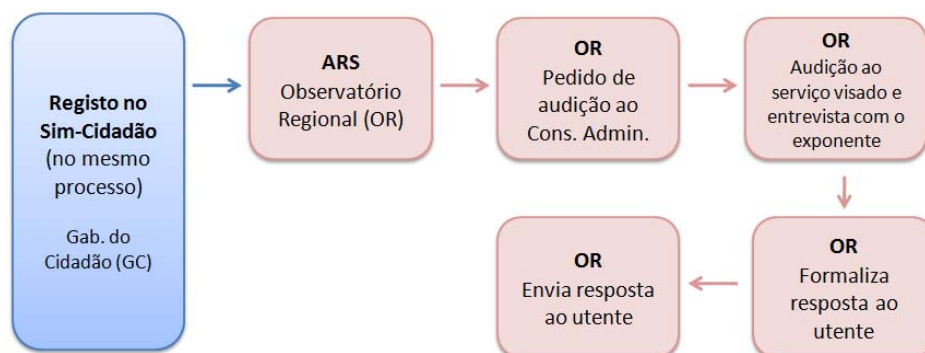
**Figura 9 – Circuito da reclamação que implica processo disciplinar**



<sup>19</sup> Nestes casos, em que o processo de averiguações é mais demorado e os prazos de resposta não podem ser cumpridos, é enviado ao utente um ofício intermédio a informar qual o estado do tratamento da sua reclamação.

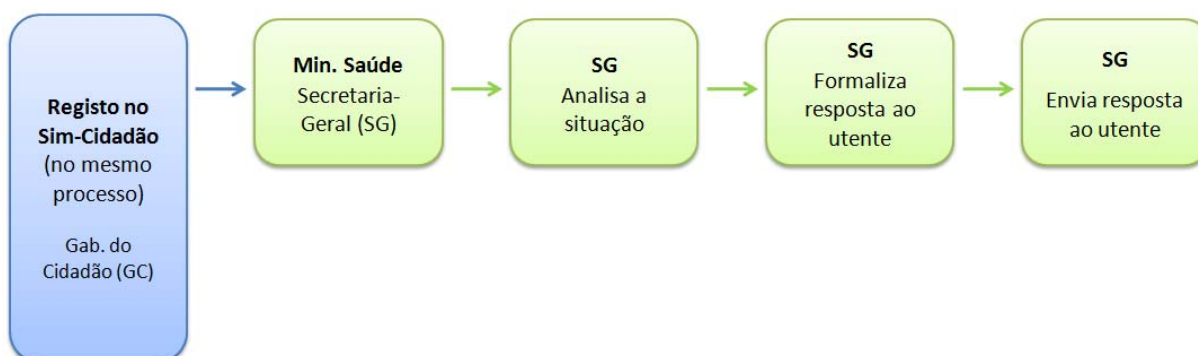
Quando o utente não concorda com a resposta que lhe foi dada pode efectuar uma nova reclamação, a chamada 2.<sup>a</sup> reclamação. Este tipo de reclamação passa para um 2.º nível e, já não sendo tratada pelo Gabinete do Cidadão da instituição visada, vai ser analisada pela entidade hierarquicamente superior, neste caso a Administração Regional de Saúde, em particular o Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão. Como se pode ver na Figura 10, o Observatório Regional vai proceder exactamente como se de uma primeira reclamação se tratasse.

**Figura 10 – Circuito da 2.<sup>a</sup> reclamação**



Se, ainda assim, o utente discordar da resposta que foi dada à sua 2.<sup>a</sup> reclamação e fizer uma 3.<sup>a</sup> reclamação, então passa a ser a tutela, através da Secretaria-Geral, quem tem a incumbência de tratar e responder às reclamações a este nível.

**Figura 11 – Circuito da 3.<sup>a</sup> reclamação**



Com a criação dos ACES pelo DL n.º 28/2008, 22 de Fev., e no sentido de uniformizar os procedimentos de tratamento das exposições, a DGS considerou necessário emitir algumas orientações aos Gabinetes do Cidadão a observar no tratamento das exposições apresentadas nos Cuidados de Saúde Primários. Essas orientações estão integradas na Circular Normativa n.º 12/DQS/DSD, de 4 de Agosto de 2009, e podem ser consultadas no Anexo C.9, pág.157.

Depois de tratadas e dada resposta ao utente, a reclamação fica disponível no sistema informático apenas para consulta e visualização, não podendo ser feitas quaisquer alterações, nem mesmo pelos órgãos de tutela. Este modo de “Consulta” permite visualizar a informação referente a todas as fases do tratamento da reclamação, desde a caracterização, à audição, às entrevistas e à resposta. Porém, o nível de consulta não é igual para todos. Os Gabinetes do Cidadão e os dirigentes das instituições podem consultar o processo das exposições nas quais a própria instituição seja visada. Quanto às exposições das restantes instituições apenas podem consultar a respectiva situação. Os dirigentes das ARS e Observatórios Regionais podem visualizar todas as exposições das instituições da sua região. O Observatório Nacional, a IGAS e a Secretaria-Geral podem consultar o processo de todas as exposições do SNS.

“Quando ela é tratada, depois de estar resolvida e respondida, ninguém mais... só fica disponível, até mesmo nos Gabinetes, para consulta. Para ser aberta tem que se pedir à coordenação nacional. No caso de haver algum lapso, algum documento que não foi introduzido (...), e só para esses efeitos é que a reclamação é aberta (...). Portanto, nesse aspecto está salvaguardado, não se pode andar a abrir e a fechar e a mexer. E a tutela também não. Os órgãos de tutela só consultam, é livre a consulta, podem ver desde a exposição, à resposta, à resposta dos directores de serviço, podem ver tudo, mas só ver, não deixa entrar.” (entrevistado 6)

Para além dos diferentes níveis de consulta, o Sim-Cidadão é também utilizado pelas entidades com diferentes níveis de intervenção e para diferentes objectivos. Tal como já foi explicado, os Gabinetes do Cidadão têm um papel central em todo este processo, mas não são os únicos a intervir. Centremo-nos um pouco nas outras entidades que também estão envolvidas na gestão das reclamações e no papel que desempenham, sendo este, em alguns casos, um papel de coordenação. Consultando os circuitos atrás apresentados, bem como o mapeamento das entidades envolvidas representado na Figura 5 (pág.40), verifica-se que, para além dos Gabinetes do Cidadão, as entidades que utilizam o Sim-Cidadão são as ARS, através dos Observatórios Regionais, a DGS, através do Observatório Nacional, a IGAS e a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, pelo que também intervêm directamente na gestão das reclamações do SNS.

Começemos pelos Observatórios Regionais. Estes foram criados junto de cada uma das ARS e têm como função a monitorização das exposições entradas nos serviços abrangidos pelas respectivas ARS e das decisões a elas respeitantes, bem como a apresentação de inquéritos de satisfação dos utentes (Despacho n.º5081/2005, 14 de Fev. e Regulamento n.º325/2010, 8 de Mar.). Este acompanhamento implica, por um lado, perceber se as reclamações estão a ser tratadas, se os serviços estão a seguir o que está regulamentado, se

cumprem todas as etapas processuais e se os procedimentos são adequados e, por outro lado, prestar esclarecimentos, dar formação e acompanhar os profissionais.

“Esta maquinaria toda é muito pesada. Há milhares de exposições a entrar mensalmente, por isso o sistema está dividido em 5 Observatórios Regionais. Cada ARS tem o seu Observatório Regional que tem como incumbência a monitorização dos indicadores de participação e satisfação e a monitorização dos indicadores de processo por parte dos seus Gabinetes do Cidadão. (...) São fundamentais. (...) O ideal seria termos um único Observatório em cada unidade prestadora. (...) Mas é óbvio que temos que ter uma visão mais alargada, para poder fazer políticas mais vastas e comparar entidades.” (entrevistado 3)

“Eu penso que são importantes porque eu acho que quem está nos Gabinetes tem que ter alguma orientação, tem que ter algum sítio onde possa ter alguma segurança, que lhe transmita informação, que lhes tire dúvidas, porque, às vezes, as coisas não são muito claras, mesmo em relação à reclamação, como é que há-de ser tratada, o que se há-de fazer. E claro, os directores executivos têm outras preocupações, não estão muito... querem lá saber, para eles é uma chatice os utentes reclamarem, eles acham que fazem o melhor. E, portanto, tem que haver alguém que lhes dê um sentimento de grupo.” (entrevistado 6)

Apesar da importância atribuída ao papel dos Observatórios, há quem considere que estes estão a funcionar com alguma instabilidade e que ainda não estão suficientemente operacionais, o que se deve, por exemplo, a factores relacionados com os recursos humanos que fazem parte dos Gabinetes do Cidadão, acabando por ter implicações no desempenho dos próprios Observatórios.

“Eu penso que (...) o próprio PRACE, com a reorganização dos serviços, que implicou uma reafecção do pessoal, também veio dificultar o funcionamento dos Observatórios, que, diariamente, enfrentam problemas que têm a ver com a própria constituição ou afectação dos recursos humanos aos Gabinetes do Utente, do Cidadão actualmente. (...) Alguns dos quais estão a funcionar com pessoal administrativo que não tem competência e a preparação devida e isso vai criar, necessariamente, problemas ao próprio Observatório. Tudo aquilo que poderia ser muito mais fácil e poderia estar bem feito não está e isso vai criar um acréscimo de trabalho, retirando aos Observatórios, no fundo, o espaço de intervenção que deveria ser o seu espaço de intervenção, porque ainda está a fazer algo que deveria ser feito ao nível do próprio Gabinete, mas que por falta de recursos humanos não está a ser feito.” (entrevistado 4)

Relativamente ao Observatório Nacional, as suas funções são as seguintes: acompanhar os indicadores de satisfação e o nível de participação dos utentes do SNS; propor medidas daí decorrentes, que poderão ser de carácter organizativo, normativo e legislativo; coordenar a formação no âmbito do sistema Sim-Cidadão; e propor alterações ao sistema de forma a otimizar o seu funcionamento (Despacho n.º5081/2005, 14 de Fev.).

“Com base na participação dos próprios Observatórios Regionais (...) [o Observatório Nacional propõe], superiormente, alterações de carácter legislativo, de carácter organizacional (...), propõe aos dirigentes de topo das instituições determinado tipo de intervenções e melhoramento de determinados indicadores (...). Ou seja, [quer] um acompanhamento para baixo, quer propostas de trabalho e de mudança para cima.” (entrevistado 3)

Também em relação ao Observatório Nacional existe a perspectiva de que o seu funcionamento ainda é, de certa forma, inconsistente e que não está a desempenhar plenamente o seu papel, e isto pode justificar-se pelo facto de este “ter vindo a sofrer muitas vicissitudes por força das diferentes alterações legislativas que têm vindo a ser realizadas” (entrevistado 4). Efectivamente, é de realçar aqui alguma instabilidade porque, desde que foi criado há 5 anos atrás, o Observatório já esteve em três entidades diferentes.

“O Observatório Nacional tem como função, de facto, monitorizar o nível de participação dos utentes, é óbvio que sim. É óbvio que também tem competência de emanar publicamente relatórios com base nesses indicadores. No entanto, a sua função [principal] é zelar para que todo o sistema funcione e funcione bem. (...) Há que investigar que respostas são dadas, se são dadas e no tempo devido, isto não está caracterizado e porquê, ir ao encontro dos dados em falta, ou seja, as falhas do próprio sistema. Isso é um trabalho, de facto, do Observatório. Existe, eventualmente, a noção de que existe uma certa morticidade... até por uma questão muito simples, como o Sim-Cidadão está na DGS há muito pouco tempo, ainda não [houve] oportunidade de apresentar os tais resultados, aquele relatório anual... Mas muito melhor do que isso (...) é fazer um acompanhamento.” (entrevistado 3)

A actuação da IGAS no âmbito da gestão das exposições é assegurada pela Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento (DSIP), na medida em que lhe compete monitorizar a evolução das reclamações, sugestões e elogios apresentadas nos serviços e instituições do SNS e registadas no Sim-Cidadão (Despacho n.º4031/2008, 21 de Jan.)<sup>20</sup>. Este acompanhamento é feito, particularmente, no que se refere às reclamações que motivam a instauração de procedimentos de natureza disciplinar ou a participação do Ministério Público, bem como às que são objecto de desistência por parte dos reclamantes. Por outro lado, a par deste controlo através do Sim-Cidadão, a IGAS também tem conhecimento destas situações através dos Gabinetes do Cidadão que são obrigados a enviar-lhe, em suporte papel, toda a informação relativa aos procedimentos que utilizaram nestes casos. É ainda de sublinhar a importância que a monitorização das exposições tem para a IGAS na medida em que a informação daí retirada pode estar na base das acções inspectivas a realizar por esta em determinadas instituições do SNS (IGAS, 2010a).

Relativamente às reclamações que implicam a instauração de processo disciplinar, a IGAS distingue duas situações: 1.<sup>a</sup> – A reclamação traduz factos com relevância disciplinar mas não foi instaurado um processo disciplinar pelos dirigentes da instituição visada. Nestes casos, a IGAS solicita previamente um parecer à instituição visada e instaura um processo de natureza disciplinar; 2.<sup>a</sup> – A reclamação traduz factos com relevância disciplinar e foi instaurado pelos dirigentes da instituição visada um processo disciplinar. Aqui, numa primeira

---

<sup>20</sup> Anualmente a IGAS tem publicado o chamado *Relatório do Gabinete do Utente* que diz respeito aos resultados estatísticos de todas as exposições registadas no Sim-Cidadão, sendo que o mais actual refere-se a 2009 e está disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/35E4BF1A-DA3A-4AA5-AADD-FA9EA1334FFC/0/i005821.pdf>.



instância, a IGAS notifica a instituição para, num curto espaço de tempo, ter informação sobre o procedimento que está a ser adoptado perante aquela reclamação e, posteriormente, decidirá se o processo disciplinar passa a ser da sua responsabilidade ou se prossegue na instituição visada. Quanto às reclamações que não têm relevância disciplinar, a IGAS pode fazer o seu acompanhamento através do Sim-Cidadão, no sentido de saber se estão a ser devidamente encaminhadas e, em função disso, decidir se irá, ou não, adoptar algum procedimento junto da instituição visada.

A par das atribuições que a IGAS tem no âmbito das instituições do SNS, com a publicação do DL n.º 275/2007, 30 de Jul., o seu âmbito de intervenção abrange também os serviços centrais do Ministério da Saúde, e é alargado às entidades privadas, pelo que as exposições apresentadas no sector privado também podem ser alvo do controlo da IGAS. No entanto, uma vez que não se trata, por exemplo, de trabalhadores de função pública, a IGAS não pode actuar, ao nível disciplinar, nessas situações.

“A Inspeção-Geral não pode agir disciplinarmente relativamente às reclamações apresentadas nas entidades privadas pela simples razão de que o procedimento de natureza disciplinar está circunscrito ao estatuto disciplinar dos trabalhadores que exercem funções públicas. Logo, por força do próprio âmbito de aplicação, objectivo ou subjectivo, não faz sentido avançar com procedimentos de natureza disciplinar no âmbito das reclamações apresentadas no privado.” (entrevistado 4)

No que diz respeito ao principal órgão de tutela, o Ministério da Saúde, foram identificadas três principais funções, as quais são prosseguidas pela Secretaria-Geral. A primeira é mais geral e diz respeito ao acompanhamento do movimento de todas as exposições do SNS introduzidas no sistema, através do Sim-Cidadão e através dos relatórios anuais que as diversas entidades possam enviar para seu conhecimento.

Paralelamente, a Secretaria-Geral recebe as vias amarelas de todas as reclamações efectuadas no Livro de Reclamações acompanhadas pelas respectivas respostas. Segundo os entrevistados, o envio da via do Livro de Reclamações à tutela é um procedimento que terá de ser revisto, na medida que, por um lado, a Secretaria-Geral tem acesso ao sistema para fazer o acompanhamento do que acontece a cada reclamação e, por outro, não há um tratamento específico por parte da Secretaria-Geral em relação à informação que lhe chega, nem há retorno da informação às instituições visadas ou entidades envolvidas.

“Todas as reclamações têm de ser registadas na plataforma (...) e todas as hierarquias e o Ministério têm *password* para entrar. Eles podem ver a qualquer momento as reclamações que estão, fazer uma monitorização, ler as respostas que se deram (...). Portanto, isto é só para dizer que não faz muito sentido, neste momento, ainda estar a enviar em papel, porque é papel, acaba por ser uma sobreposição burocrática. (...) Não sabemos qual é o tratamento que depois... não há *feedback* daquilo que é feito. Mas (...) está em estudo neste momento a revisão do envio.” (entrevistado 6)

“[O envio de uma das vias do Livro de Reclamações] ainda é à Secretaria-Geral. (...) O acervo jurídico está desadequado às novas práticas e novas exigências e esse também vai ser um procedimento que vai ter que ser revisto. (...) Toma conhecimento e arquiva-os. Porque basicamente todas as exposições que possam merecer outro nível de intervenção elas merecem naturalmente durante todo o seu trajecto.” (entrevistado 3)

A sua terceira função diz respeito, como já aqui foi referido, à responsabilidade que tem no tratamento e resposta às reclamações de último nível, isto é, quando o utente não concorda com a resposta que foi dada à sua 2.<sup>a</sup> reclamação e faz uma 3.<sup>a</sup> reclamação (ver Figura 11, pág.43). Também esta função será alvo de revisão.

“A Secretaria-Geral tem como incumbência, e essa matéria ainda está agora a ser apreciada pela tutela, (...) o tratamento e as respostas de último nível. O último patamar de exposição de um cidadão.” (entrevistado 3)

Posto isto, colocam-se a seguintes questões: Será que o acompanhamento que é feito por uma determinada entidade não significa uma sobreposição relativamente ao acompanhamento que é feito por outra entidade? E será que há alguma entidade que se possa considerar como o lugar de confluência das reclamações, que tenha a última palavra relativamente à adequação dos procedimentos utilizados, às medidas a tomar face à situação exposta, e que regule o cumprimento da lei? Para responder a estas questões centremo-nos apenas na ARS/Observatório Regional, na DGS/Observatório Nacional, e na IGAS, sendo estas as entidades que, no conjunto das instâncias de coordenação, têm um papel mais participativo na gestão das reclamações.

Em relação à primeira questão, e tendo como referência a DGS/Observatório Nacional e a IGAS, pois ambas têm uma âmbito de actuação nacional, verifica-se que não existe uma sobreposição de funções, isto porque o acompanhamento que cada uma delas faz está subjacente a objectivos distintos.

Ao nível da gestão das exposições, a DGS/Observatório Nacional actua na óptica da qualidade, daí a transferência do Observatório Nacional para o Departamento da Qualidade da DGS. De facto, duas das competências deste Departamento é gerir o sistema de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e promover a avaliação sistemática da satisfação, competências que são prosseguidas pelo Observatório. No entanto, estas competências não são desempenhadas isoladamente nem podem ser vistas por si só. A elas estão directamente associados outros objectivos do Departamento da Qualidade, como a coordenação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde; e a definição e monitorização de indicadores para a avaliação do desempenho, acesso e prática, na área da qualidade, das unidades de saúde

(DGS, 2009b). No fundo, a monitorização das exposições dos utentes é mais um contributo para o delinear de uma política nacional da qualidade a implementar nas instituições.

A IGAS, por sua vez, é uma entidade que actua numa perspectiva de controlo e supervisão, pelo que as actividades que desempenha são, maioritariamente, auditorias financeiras, de desempenho organizacional, técnicas, designadamente clínicas, inspecções temáticas e normativas, acções de fiscalização e de verificação, bem como instauração de processos de contra-ordenação (IGAS, 2010a). É nesta perspectiva que a IGAS intervém na gestão das exposições dos utentes e é por isso que a sua actuação está direccionada para as reclamações que implicam instauração de procedimentos de natureza disciplinar, precisamente porque podem estar na base de auditorias disciplinares que a IGAS possa vir a fazer. Por outro lado, todos os dados associados às reclamações podem constituir-se como indicadores de avaliação nas inspecções e auditorias que a IGAS faz.

“Não há de todo uma sobreposição no meu entender. Nem faz sentido que assim seja porque estamos a falar de duas entidades com perspectivas diferentes. (...) Enquanto a DGS está preocupada com a qualidade, a IGAS está preocupada com o controlo. (...) [As] auditorias disciplinares são qualquer coisa que a DGS não pode fazer, ou porque não tem competência disciplinar, desde logo. (...) Os seus serviços não podem proceder a processos disciplinares aos serviços nos quais são apresentadas reclamações, coisa que a IGAS pode fazer. (...) A IGAS não tem em vista a gestão da qualidade ou a avaliação da qualidade dos serviços. Tem, terá sempre, de alguma forma [são desenvolvidas] acções que implicam avaliação da qualidade, mas não é essa a sua função em primeira instância. Portanto, [tem] uma função de supervisão que, em última instância, e esta é a realidade, pode visar a própria coordenação nacional, porque a DGS (...) é um dos serviços que está sob a acção da própria IGAS.” (entrevistado 4)

Quanto à existência de um lugar de confluência, e pelo que tem vindo a ser referido em relação a seu papel, este não é, de todo, a IGAS.

“A IGAS não funciona como lugar de confluência das reclamações, não é seguramente.” (entrevistado 4)

Resta-nos, então, a DGS/Observatório Nacional e a ARS/Observatório Regional e, como tal, esse lugar de confluência é visto de duas formas. Por um lado, e sendo feita uma correspondência imediata entre o Sim-Cidadão e a gestão das reclamações, a DGS/Observatório Nacional é considerada como o lugar de confluência na medida em que é lá que está a coordenação do sistema informático.

“Essa entidade já existe, é a DGS” (entrevistado 3)

“A confluência é na coordenação nacional, na DGS, eles é que coordenam o programa.” (entrevistado 6)

Por outro lado, do ponto de vista da verificação da adequação dos procedimentos utilizados e das medidas tomadas, o lugar de confluência é a ARS/Observatório Regional. Uma vez que o acompanhamento que faz é a nível regional, consegue seguir mais de perto a actuação das instituições de saúde, o que, a nível nacional, o Observatório Nacional não teria capacidade para fazer.

“Essa entidade é sempre em primeira linha o Observatório Regional. (...) A preocupação de avaliar a correcção dos procedimentos de toda e qualquer reclamação que é apresentada junto dos serviços (...) é uma tarefa que só pode ser feita a nível regional.” (entrevistado 4)

Face a esta ambivalência de perspectivas, importa referir mais uma vez que, do ponto de vista dos entrevistados, ainda se está numa fase de reorganização e delimitação das posições, dos papéis e dos procedimentos que estruturam o modelo de gestão das exposições dos utentes.

“ (...) ainda estamos numa fase em que ainda estamos a reestruturar todo o acervo legislativo que sustenta o Sim-Cidadão, portanto há muitas zonas... são coisas que estão por delimitar” (entrevistado 3)

“Parece que a IGAS vai ter também acento no Observatório Nacional, com um representante, para haver uma articulação, para todos conversarem à mesma mesa. E eu acho que é importante porque, sendo a Inspeção, embora esteja mais para supervisionar processos disciplinares (...), é importante essa interacção e ver o que é que para a IGAS também é importante, quais são as mais-valias que também traz para o sistema, de acordo com aquilo que [é necessário fazer na audição] dos serviços.” (entrevistado 6)

“há um grupo que está a estudar para introduzir algumas melhorias, aligeirar uma carga burocrática que o programa ainda tem e que, realmente, pode ser dispensada, e actualizar em termos legislativos. Portanto, é um processo que ainda não está fechado, como concluí, mas é uma aplicação que está em evolução e sempre com a preocupação de trazer mais-valias para os Gabinetes e, sobretudo, depois para o resultado final, porque o que nos interessa é a resposta ao cidadão que não os satisfaz sempre, nem em tempo útil.” (entrevistado 6)

Aqui, e tendo como base os excertos dos entrevistados, é possível denotar uma forte presença da tal capacidade de reflexividade característica das sociedades modernas de que falámos no capítulo 1. De facto, ao assumir que a gestão das reclamações é um processo que não está fechado, mas antes em constante evolução, verifica-se que estas práticas estão a ser “examinadas e reformadas à luz da informação adquirida sobre essas mesmas práticas” (Giddens, 1990:26), e que o sistema, através das entidades de gestão, é capaz de reflectir e agir sobre si próprio.

Independentemente de se estar numa fase de reorganização, o Sim-Cidadão é visto como uma ferramenta de trabalho bastante importante, fidedigna e uniforme, na medida em que o utente do SNS pode fazer a sua exposição em qualquer instituição em que se encontre e

ela é trabalhada da mesma forma. Por outro lado, uma vez que é possível monitorizar as reclamações em tempo real, contrariamente ao que sucedia no passado, este sistema é também considerado como uma forma de gestão claramente melhor em comparação com modelos anteriores. Permite fazer análises estatísticas; definir um perfil de queixas; saber o número de reclamações por região de saúde, áreas funcionais, grupos profissionais, tipo de cuidados prestados; se são em maior número nos hospitais ou nos centros de saúde; qual o tempo de resposta; entre outras possibilidades. Além disso, com a criação desta plataforma informática, assistiu-se a uma renovação e revitalização dos Gabinetes do Uteute, os novos Gabinetes do Cidadão, que passaram a ter um papel muito mais activo em todo este processo.

Porém, do ponto de vista do tratamento da informação, há quem considere que o sistema anterior era mais simples e permitia uma leitura nacional muito simplificada, sendo que com o Sim-Cidadão:

“houve uma tentativa (...) de tipificar ao máximo, e de uma forma exaustiva, as causas e os problemas das reclamações nos serviços visados”, o que pode ter tornado, “do ponto de vista dos serviços, o sistema de algum modo inoperacional” (entrevistado 4).

Isto porque, e tendo em conta o nível de intervenção que os Gabinetes do Cidadão passaram a ter:

“muitos destes serviços funcionam com pessoal administrativo e, portanto, não está sensibilizado... Para além de, muitas vezes, serem poucos e não terem a capacidade técnica necessária, funcionam sob pressão quando têm muitas reclamações, o que faz com que, quando inserem a reclamação, ela não seja devidamente inserida face à multiplicidade de causas, problemas, áreas funcionais. Isto afinal torna muitas vezes difícil e até, em alguns casos, pouco fiável, o tratamento da informação” (entrevistado 4).

É ainda de referir que o sistema começou por ser implementado no Norte e Centro, em 2005, numa fase experimental, e só em Fevereiro de 2007 começou a funcionar a nível nacional. No início a implementação do sistema não foi fácil, sofrendo algumas pressões e reservas. Por um lado, foi sujeito a limitações que resultaram das mudanças políticas que entretanto ocorreram e, por outro, não foi bem visto nem teve uma boa adesão por parte de alguns profissionais.

“Não foi assim entendido por uma grande parte do grupo profissional, que entenderam sempre que [o Gabinete do Uteute] era um espaço de lamúrias, lamentações, que era um espaço de grande conflito, e não foram capazes de perceber que a grande dificuldade estava em si, em entender o espaço e dar-lhe a volta, até porque é conferido por este espaço uma entrada no âmago da instituição. Um profissional que esteja neste atendimento (...), assumindo isto bem, tem na mão o serviço, porque tem toda a informação. (...) E, portanto, houve um grupo de gente que avançou, e outro grupo que pôs areia na engrenagem (...), na medida em que se começou a perceber que as pessoas têm medo de se sentir expostas, têm medo de sentir que os outros lêem o seu próprio trabalho. De facto, com o sistema *online* tudo o que se faz está exposto, é um aquário visível, para o bem e para o mal. (...) Está-se permanentemente a auditar o que está a acontecer em cada instituição (...) e nós por ali vemos a qualidade do profissional, como é que ele pega nas questões, perante um cidadão que vem interpelar o sistema. (...) Portanto, este sistema vem por a nu a qualidade dos nossos decisores, a qualidade dos nossos profissionais e tudo isto trouxe muitos problemas. O próprio Ministério, do meu ponto de vista, ficou um bocado a nu, porque teve muitos olhos a olhar para as suas fraquezas.” (entrevistado 2)

Para finalizar esta análise ao modelo de gestão resta apenas fazer uma pequena abordagem ao que se passa no sector não-público.

Antes da entrada em funcionamento da ERS o Livro de Reclamações já era obrigatório nas unidades de saúde privadas e sociais, no entanto, não havia uma gestão organizada das reclamações que eram feitas.

“As pessoas faziam a reclamação, as instituições umas vezes deixavam aquilo ficar na gaveta, cada um fazia como lhe dava na cabeça... uns mandavam para as ARS, outros respondiam aos utentes, portanto, não havia nada organizado e, no fundo, as reclamações não serviam, de facto, de nada... E nós instituímos uma prática.” (entrevistado 7)

Assim que a ERS entrou em funções definiu que as instituições têm que responder, obrigatoriamente e independentemente do seu conteúdo, a todas as reclamações. Depois, no prazo de 10 dias úteis, têm que enviar à ERS uma das vias do Livro de Reclamações ou, caso esta tenha sido feita por carta, por exemplo, cópia da reclamação, acompanhada da resposta dada ao utente. Assim que der entrada nos serviços, a ERS procede ao seu registo num sistema informático próprio, o Sistema de Gestão das Reclamações (SGREC), o que implica identificar o utente e a unidade de saúde visada; fazer um resumo da situação ocorrida; e anexar um ficheiro digitalizado com a cópia da reclamação e a resposta ao utente. É de referir que este sistema tem vindo a ser objecto de alterações no sentido da sua melhoria contínua e com vista a um tratamento mais célere de todas as reclamações.

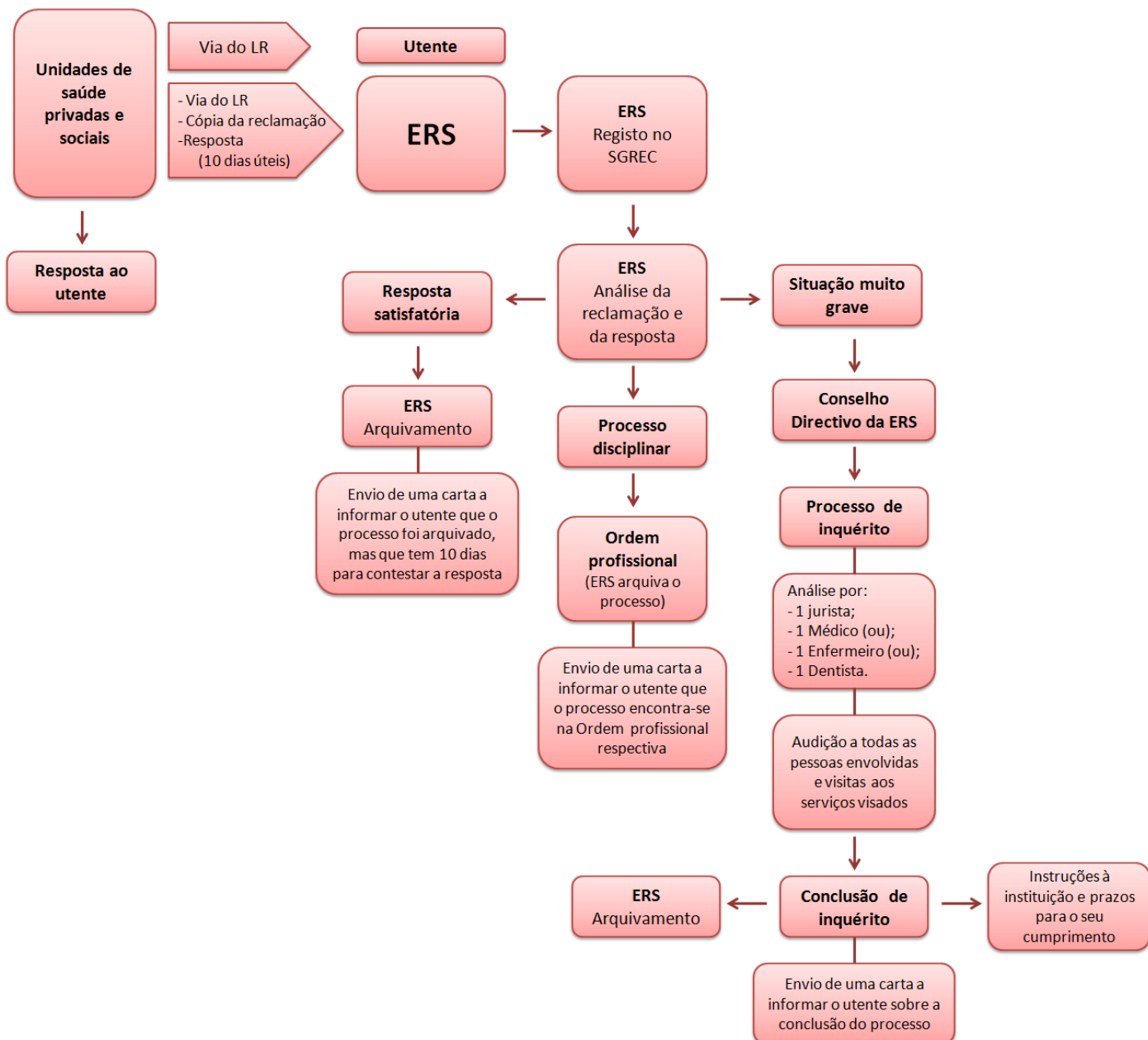
Após o seu registo é efectuada uma análise da reclamação e respectiva resposta pelos técnicos da ERS e ainda por um médico, um enfermeiro e um médico dentista, os três grupos profissionais mais visados, que vão averiguar se houve, ou não, negligência médica ou má prática profissional. Essa análise pode concluir que a resposta dada ao utente é satisfatória, pelo que o processo é arquivado; ou que houve, de facto, negligência profissional e é necessário instaurar um processo disciplinar pela Ordem profissional respectiva; ou, ainda, que a situação é bastante grave e implica a abertura de um processo de inquérito pela ERS.

A par do Livro de Reclamações, existe também a possibilidade do utente apresentar as suas reclamações através do sistema “Reclamações *Online*”, disponível no portal da ERS, que foi criado “de modo a facilitar o exercício do direito à reclamação e o controlo da resolução das mesmas, contribuindo para a promoção de um relacionamento de proximidade entre os utentes e a ERS” (ERS, 2009). As reclamações efectuadas através desse sistema, assim que registadas no SGREC, têm exactamente o mesmo tratamento que as restantes. Segundo o Relatório da Actividade Regulatória de 2008, a metodologia da ERS assenta no pressuposto de que todas as reclamações deverão ser tratadas em primeiro lugar pela entidade reclamada,

só se justificando uma intervenção da ERS nos casos de existência de indícios de falta grave ou manifesta desadequação da decisão da entidade reclamada às pretensões do reclamante.

A figura seguinte representa o circuito que uma reclamação às instituições do sector não-público pode seguir, tendo em conta as diversas possibilidades atrás referidas.

**Figura 12 – Circuito da reclamação efectuada nas instituições do sector não-público**



Efectivamente, a ERS tem vindo a actuar exclusivamente no que diz respeito ao controlo das reclamações apresentadas nos sectores privado e social. No entanto, também recebe reclamações referentes a instituições do sector público e, apesar de ser uma entidade que tem em vista a defesa dos direitos dos cidadãos, quanto a estas não tem qualquer tipo de intervenção.

“Há muita gente que expõe para a ERS coisas do sector público. Só que são uma pequeníssima parte do total do universo das reclamações. Nós temos umas centenas e sabemos que deve haver para aí 20.000 reclamações no sector público, que nós não temos ainda acesso. (...) Porque o sector público como está muito concentrado, já é uma máquina extremamente burocrática em Lisboa, ainda não conseguiram dar-nos o acesso. (...) Está na lei que nós temos que supervisionar o Sim-Cidadão, só que eles ainda não nos abriram a porta para isso.” (entrevistado 7)

Mantendo, actualmente, a sua intervenção ao nível do sector não-público, os objectivos da ERS que estão na base do seu modelo de gestão das reclamações são: reduzir o número de dias no tratamento de cada reclamação; assegurar e garantir o processamento das reclamações dentro dos prazos estabelecidos e de acordo com a metodologia definida; elaborar relatórios semestrais e anuais das reclamações recebidas; emitir pareceres e recomendações, com base no diagnóstico e tratamento estatístico, com vista à promoção de melhores práticas na prestação dos cuidados de saúde (ERS, 2010).

“Uma das coisas que temos feito nas reclamações é ver onde é que há repetições, ou seja, quando há 100 ou 200 reclamações para a mesma coisa nós... (...) Nós temos 100 fiscalizações no terreno, em todo o país. (...) Este sistema levou muito tempo e deu muito trabalho. É que as pessoas estavam habituadas, nas clínicas, a reunir as reclamações e guardar na gaveta. E não acontecia nada. E agora têm que mandar no prazo de 10 dias. Quando não mandam levam uma multa em cima, que são 3.500 euros, que já é dinheiro. (...) Mas isto é muito importante porque isto foi pedagógico, porque as clínicas começaram a perceber... o sistema funciona, não é?” (entrevistado 7)

### **A importância da reclamação atribuída pelas entidades e serviços de saúde**

Agora, importa saber se as reclamações que os utentes fazem aos serviços de saúde são consideradas importantes pelas várias instâncias e se são, efectivamente, utilizadas nas políticas de saúde, quer ao nível do Ministério, quer ao nível da administração e organização interna dos serviços.

Tendo como referência os testemunhos dos entrevistados, é possível identificar três tipos de opinião quanto à importância das reclamações. Por um lado, alguns dos entrevistados consideram que, apesar do que se possa pensar ou do que possam querer dar a entender, tanto o Ministério da Saúde como os dirigentes das instituições de saúde não atribuem qualquer importância às reclamações, na medida em que quando são apresentados relatórios e análises do movimento das reclamações ou propostas de melhoria dos serviços não existe qualquer



abertura ou incentivo da sua parte, não havendo, inclusivamente, retorno da informação ou partilha de opiniões.

“Eu acho que isso é um problema com que nos debatemos desde o início. Nunca foi, nunca foi [considerada importante]. (...) O Conselho de Administração, que agora é Conselho Directivo (...) não dava muito valor. (...) Nós queríamos implementar coisas e tínhamos ali uma barreira. (...) Se os dirigentes, de uma maneira geral, consideram as reclamações importantes? Podem dizer que é um direito... mas... não acredito... Isto sobre a minha experiência, quer a nível micro, quer a nível macro. Não acredito. Acho que se fala na reclamação, todo o dirigente de topo fala na reclamação com uma linguagem muito democrática e muito humanizada, mas depois não é...” (entrevistado 1)

“Isso é muito variável, agora que estruturalmente, de fundo, o Ministério da Saúde esteja a atribuir uma grande importância à reclamação não está. Porque se estivesse não estava a deixar isto morrer da maneira que está<sup>21</sup>. (...) Sempre que se fez algum relatório, e nós fizemos sempre todos os anos, nunca ninguém dá qualquer resposta. (...) Eu acho que [as] reclamações são fundamentais para abanar o sistema, porque nenhum sistema se vai organizar se não for por dentro. Ninguém tenha ilusões. Isto não é com medidas no Diário da República umas atrás de outras, nem com novos dirigentes. (...) Isto é tudo importante mas é um faz de conta, (...) porque isto é uma arma perigosa, fazer disto um faz de conta, dizer que nós estamos a ouvir as reclamações, sim reclame, o senhor diga... mas depois não ligamos nada àquilo que a pessoa está a dizer, ou não introduzimos a mais pequena alteração do ponto de vista dos cidadãos, serve para alguns, quer dizer... Eu sei que nos dias de hoje é muito fácil isso, andamos todos aí num faz de conta em muitas coisas e esta é mais uma. (...) Dentro de cada serviço, é o que cada um de for capaz de fazer.” (entrevistado 2)

Ainda assim, há quem seja da opinião que a importância que se atribui à reclamação depende se a instituição é um hospital ou um centro de saúde. Num hospital o Gabinete do Cidadão já é visto como sendo importante e, como tal, funciona como um órgão de assessoria técnica aos Conselhos de Administração. Além disso, nos hospitais o número de reclamações também já é tido em conta como um dos indicadores que pode ser prejudicial à instituição do ponto de vista dos processos de contratualização dos serviços. Por sua vez, em alguns centros de saúde, os Gabinetes do Cidadão ainda estão em desenvolvimento e são constituídos por pessoal administrativo sem perfil adequado para a análise e tratamento das reclamações, o que leva a crer que, nestes casos, ainda não vêem na reclamação a importância que ela tem.

“Depende da instituição e aqui funcionamos a duas velocidades. Na maior parte dos hospitais os Gabinetes do Utente foram colocados como um órgão de assessoria técnica aos conselhos de administração, logo na sua dependência directa, para poderem fornecer indicadores porque com as contratualizações o número de reclamações é um dos indicadores e, portanto, ninguém quer ter muitas reclamações pelas penalizações. (...) Nos centros de saúde a realidade é um bocadinho diferente. (...) o Gabinete do Utente como era um imperativo legal ele estava lá, mas era feito em segundo plano, quando não havia mais nada para fazer, às vezes era com pessoal menos qualificado, pessoal administrativo, não quer dizer que o pessoal administrativo não seja pessoal qualificado, mas é necessário, para se avaliar uma reclamação, pessoal com alguma formação, que tenha conhecimento da instituição, da saúde, como é que as coisas circulam. (...) Agora, com a nova legislação dos ACES e com o Gabinete do Cidadão (...) já temos alguns a funcionar... em que o Gabinete do Utente é valorizado, mas ainda há um caminho a percorrer.” (entrevistado 6)

---

<sup>21</sup> É de referir que no decurso do mês de Novembro de 2009 o sistema Sim-Cidadão foi suspenso por motivos técnicos. A sua operacionalidade apenas foi retomada em Março deste ano, pelo que no momento da realização desta entrevista o sistema ainda não estava a funcionar (IGAS, 2010b).

Por outro lado, temos os entrevistados que não têm qualquer dúvida de que a reclamação é considerada importante, tanto do ponto de vista do utente, que vê o Gabinete do Cidadão como uma oportunidade para ser ouvido e participar no sistema, como da perspectiva dos gestores, que tem à sua disposição um manancial de informação com grande potencialidade para as políticas de gestão dos próprios serviços.

“Muita, muita, muita [importância]. Nós estamos cá por causa dos utentes e este sistema é para os utentes, muitas vezes, a última fuga. O utente vê nisto, com o Gabinete de Utente e o Sistema Sim-Cidadão, revê a possibilidade de ser ouvido, e isso é fundamental. (...) Muitas vezes os serviços que temos padecem da falta de recursos, da falta de recursos internos, falta de mecanismos que o validem e coloquem no utente o enfoque necessário. E isto é isso mesmo, é uma oportunidade que o utente tem para validar a sua preocupação, mas também de dizer que foi bem atendido. (...) Na perspectiva do gestor em saúde, dos conselhos directivos, dos administradores, este Sistema conduz a um potencial de análise, de recenseamento de opiniões. (...) Com base nesta potencialidade que o próprio Sistema envolve, é um recurso que para o gestor está à disposição a qualquer momento, à velocidade de um clique.” (entrevistado 3)

No sector não-público as reclamações são vistas como tendo grande importância, uma vez que para a ERS uma das suas mais-valias é, precisamente, dar ouvidos e voz ao cidadão através das reclamações.

“É, neste momento é, no privado é. (...) Todas as reclamações, mesmo aquelas que são perfeitamente escusadas, todas elas são vistas por várias pessoas com autoridade para o fazer. São vistas por um médico, são vistas por um técnico superior que analisa e toma uma decisão.” (entrevistado 7)

Relativamente à utilização da informação que resulta dos processos de reclamação nas políticas de saúde e na gestão interna dos serviços, é geral a opinião de que a potencialidade que as reclamações encerram em si ainda não está a ser devidamente aproveitada, sendo pouco utilizada pelos diversos serviços e entidades ou, então, apenas em situações pontuais de maior gravidade.

“Eu acredito que na sequência de reclamações tenha havido, pontualmente, em hospitais e até em centros de saúde algumas alterações, algumas melhorias, acredito. Mas as coisas mais simples. (...) Nem acredito muito que a reclamação seja o direito de cidadania que nós pretendíamos e que implemente e leve a melhorias dos serviços de saúde. Posso estar a ser muito pessimista mas essa é a minha experiência.” (entrevistado 1)

“Eu considero que na 1ª fase, [em que] isto teve a chama acesa, sim. Agora poucas, pontuais.” (entrevistado 2)

“Eu consigo facilmente identificar, por exemplo, quantas reclamações houve num serviço de urgência a nível nacional por causa do absentismo de uma determinada faixa profissional (...) ou seja, o problema é identificável, difícil é o outro patamar, (...) isso é competência e responsabilidade de cada director executivo, de cada presidente do conselho de administração.” (entrevistado 3)

“Eu já não estou lá em cima, mas eu penso que sim. Pelo menos em algumas coisas eu penso que estão atentos, porque depois vão relatórios de todos e eu penso que há coisas que são tidas em consideração, ou pelo menos a política geral (...)” (entrevistado 6)

### **Efeito da reclamação sobre a qualidade dos serviços**

Durante a última década assistiu-se a uma rápida evolução na aplicação do conceito de qualidade na saúde, exprimindo-se actualmente em três dimensões complementares: a qualidade em relação à prática profissional, tanto em termos de processo como de resultados; a qualidade como elemento central da gestão organizacional; e a qualidade como garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde. Assim o desenvolvimento contínuo da *qualidade* passou a ser um dos principais elementos das políticas de saúde (OPSS, 2001). Contudo, em muitos serviços de saúde a *qualidade* é apenas vista nas perspectivas da qualidade profissional e da qualidade da gestão e, apesar das tendências irem no sentido de realizar estudos da satisfação dos utentes, ainda não tem sido dada à perspectiva dos utilizadores dos serviços uma completa legitimidade no sentido de avaliar a qualidade dos cuidados. Exemplo disso é o facto das reclamações apresentadas pelos utentes não terem ainda por parte dos serviços de saúde um aproveitamento exaustivo enquanto indicador de qualidade, nem serem, muitas vezes, encaradas como oportunidades de melhoria da qualidade dos mesmos, quando, no fundo, constituem-se numa fonte de informação sobre eles que é “gratuita”.

Os depoimentos dados pelos entrevistados quando questionados acerca do papel dos departamentos/gabinetes da qualidade das instituições de saúde em relação às reclamações e sobre as articulações existentes entre essas estruturas e os Gabinetes do Cidadão são bastante esclarecedores desta realidade.

“eu sempre disse e também sempre defendi, desde o tempo em que eu estava no (...) [hospital X] que o coordenador do Gabinete de Utente deveria fazer parte do Gabinete de Qualidade ou da Comissão da Qualidade. Eu acho que sim. Nunca aconteceu isso, (...) comigo nunca aconteceu. Portanto nunca pertenci à Qualidade. A Qualidade nunca procurou... É assim a Qualidade não era muito... muito...estava mais virada para a parte clínica, pronto. (...) A Coordenação do sistema (...) conseguiu que a contratualização dos hospitais contemplasse, entre os diversos itens, (...) o número de reclamações. (...) Este foi um passo valiosíssimo relativamente à visibilidade das reclamações. No entanto, falta ainda um longo caminho para que sejam entendidas como um indicador de qualidade e de gestão.” (entrevistado 1)

“ [O Gabinete da Qualidade deveria ser] um dos utilizadores [da informação produzida pelo Gabinete do Cidadão], mas não me parece que seja. Que eu tenha conhecimento, não é. (...) Os cuidados primários não têm Gabinetes de Qualidade, e poucos hospitais terão algum a funcionar muito bem. Porque têm havido muitas transformações...” (entrevistado 2)

“Eu duvido que todos os hospitais tenham Gabinetes da Qualidade, ou pelo menos não têm a funcionar enquanto tal. (...) [Quanto à] articulação... Muito honestamente imagino que sim, mas isso é uma questão que deverá colocar *in loco*. Porém, não tem ainda suficiente evidência. Nalguns casos existe evidentemente. (...) Mas não é, no meu entender ainda... (...) Enfim, ainda não tenho uma percepção suficientemente rigorosa, vá lá, daquilo que se está a passar em termos de articulação dos Gabinetes da Qualidade com o Gabinete de Utente. (...) Eu acho que [a reclamação] deveria ser considerada importante na melhoria da qualidade dos serviços. Eu diria que, a minha experiência diz-me que, efectivamente, não tem sido assim até agora. (...) É o que eu noto, e aqui posso estar a pecar

por desconhecimento ou ignorância, portanto, posso não estar a ser fiel à realidade, mas a minha sensibilidade diz-me que a maioria das instituições não está sensibilizada para a importante ferramenta, o importante instrumento que as reclamações encerram. E, portanto, de facto, acho que é um instrumento muito importante de gestão da qualidade, mas que essa sensibilidade ainda não foi adquirida pela maioria dos serviços visados.” (entrevistado 4)

“[Os Gabinetes da Qualidade] não têm [qualquer papel em relação às reclamações]. Daquilo que eu conheço dos hospitais... (...) Nós costumávamos enviar um relatório ao Gabinete de Qualidade mas só para terem conhecimento. (...) Não, não [existe uma articulação entre um e outro], (...) eu nem sei muito bem para o que é que serve a Qualidade, se quer que eu lhe diga. (...) À boa maneira portuguesa, criam-se serviços nas instituições e depois cada um tem a sua quinta, cada um tem, aquela é a minha quinta, aquela é do outro e, por vezes, produz-se informação para nós próprios ou é informação que se está a dar para um órgão que é o conselho [directivo] e [mais] ninguém pede nada.” (entrevistado 6)

“Claro. Exactamente, [o Gabinete do Utente poderia ser o produtor de informação e o da Qualidade o utilizador dessa informação] (...) Mas é assim, quer o Gabinete de Utente quer o Gabinete de Qualidade ainda não perceberam bem porque é que existem.” (entrevistado 7)

Posto isto, e apesar de alguns avanços que tenham ocorrido, não se pode ainda dizer que a dimensão *qualidade* seja um forte pilar da política de saúde e um elemento influente na reforma do sistema de saúde português, pelo menos ao nível do papel que as reclamações podem desempenhar na melhoria da qualidade dos serviços não o é.

### **Níveis de acesso do utente à informação**

“A cultura herdada leva a que na administração pública, tal como em muitas entidades privadas, o reflexo imediato, a atitude natural, perante qualquer informação, consista em considerá-la confidencial. E a sua divulgação, em princípio, só parece ser decidida quando produz resultados benéficos para o seu “proprietário”. Se, no caso de entidades privadas, esta actuação se pode estranhar, mas talvez não condenar, já nas esferas públicas deve ser severamente criticada e energicamente combatida. A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve estar acessível” (Barreto, 1996:21).

E a informação que é produzida no âmbito dos processos das reclamações, será que está acessível? Também em relação a esta questão verificam-se três opiniões distintas. De um lado estão os entrevistados que consideram que os utentes têm todo o acesso à informação, na medida em que, a qualquer momento, podem pedir esclarecimentos sobre o estado do seu processo que toda a informação é-lhes dada.

“Sempre que entra uma exposição o primeiro procedimento é oficializar os documentos (...) e quem redige a exposição vai receber uma carta a dizer que a sua exposição foi registada, que tem um número, (...) e para qualquer esclarecimento eventual poderá contactar o Gabinete de Utente situado na

morada, telefone e e-mail. (...) São lhe dados os devidos esclarecimentos acerca da evolução do seu processo.” (entrevistado 3)

“Têm, têm. Assim que o processo é introduzido no Sistema é atribuído um número, sai logo um officio em que diz que o seu processo foi inserido, tem este número, sempre que queira saber informações deve mencionar este número e se quiser participar venha, trazer mais achegas. (...) E sempre que o utente liga e diz o número, a pessoa diz sempre em que fase é que está a reclamação, que está aqui, que está no Conselho para assinar, ou que ainda está em audição. O utente tem direito à sua informação, saber o que é que se passa. Se ele escreveu, se ele não ficou satisfeito, tem direito a receber uma resposta e a saber se não a recebe no tempo útil porque é que não a recebe.” (entrevistado 6)

Do lado oposto encontram-se os entrevistados que são da opinião de que não há qualquer acesso à informação ou, pelo menos, que o único acesso que o utente tem é à informação do seu próprio processo e à resposta que lhe foi dada. Desta forma, acham que, paralelamente ao relatório anual publicado pela IGAS, devia haver uma maior disponibilização de todos os dados, quer globais quer por instituição, através da divulgação de relatórios e da sua publicação nos portais de cada instituição. Por outro lado, também consideram que, de certa forma, a informação que tem vindo a ser divulgada nem sempre é a mais fidedigna, uma vez que “há instituições que continuam a não registar reclamações (...) e os dados estão viciados porque são os dados que eles têm para pôr cá fora” (entrevistado 2).

“Nenhum. (...) Sim, não chega... É assim... eu por acaso, eu não quero estar a dar-lhe uma informação errada, porque não tenho tempo para andar nos *sites* dos hospitais, mas eu não sei se os relatórios dos Gabinetes de Utente são postos nos sites... e isso depende dos responsáveis pelo Gabinete, pelo *site* e por quem manda, porque há pessoas que podem não estar interessadas em que a informação saia, não sei...” (entrevistado 1)

“Não têm nenhum. A resposta que é dada ao utente é da sua reclamação. O tratamento dos dados todos e a disponibilização deles não tem sido feita. Só a Inspeção-Geral de Saúde é que todos os anos publica um relatório, mas tem a ver com aqueles processos que foram alvo de averiguações ou de processos disciplinares, não tem a ver com o todo que é... (...) Eu admito que se o cidadão que ligue para lá, ou se algum jornalista pedir, que as pessoas sejam um pouco obrigadas a ter que dar alguma resposta, mas não está estabelecido como circuito. Que era o que deveria estar.” (entrevistado 2)

Numa posição intermédia estão os que acham que, provavelmente, nem todos os utentes têm acesso mas que, ainda assim, este é um aspecto que varia consoante a instituição, ou seja, “temos instituições em que, efectivamente, (...) os utentes têm acesso à informação produzida, no sentido que é-lhes dada uma resposta após a apresentação da reclamação e depois tomam conhecimento da decisão tomada no âmbito do respectivo procedimento. Outros casos, muitos casos, diria eu, o reclamante apresenta a reclamação e mais nada lhe foi dito.” (entrevistado 4).

“Seria leviano da minha parte dizer que todos os utentes que reclamam, o que implica falar em aproximadamente 50 e tal mil reclamações, imagine o que é dizer que estes 50 e tal mil utentes (...) tiveram acesso à informação produzida no âmbito do respectivo procedimento? Não posso garantir, de

todo. (...) Obviamente que em muitos casos os utentes não têm... Alguns casos, não sei se são muitos, nalguns casos os utentes não têm conhecimento de todo.” (entrevistado 4)

Importa ainda acrescentar que relativamente ao sector não-público é considerado que existe todo o acesso à informação resultante dos processos de reclamações, dado que são feitos pela ERS relatórios semestrais e anuais expositivos das reclamações recebidas, divulgados no seu portal, assim como um relatório anual e individual das unidades prestadores que registam um maior número de reclamações para que possa servir de instrumento de trabalho na melhoria dos seus serviços.

“Temos um relatório anual das reclamações, que está no nosso *site*, (...) damos conhecimento dele às autoridades políticas. Depois fazemos mais. Vamos aos 10 maiores hospitais, que são aqueles que têm reclamações na ordem das centenas e fazemos um relatório só para eles, das reclamações do seu hospital. Portanto, nós mandamos um relatório geral com todas as reclamações de todo o país, e depois vamos ao Hospital [x], por exemplo, que tem perto de 1.000 reclamações por ano, e damos-lhe um relatório com a categorização das reclamações. Tratamos estatisticamente a informação e damos para que sirva para eles como ferramenta de trabalho.” (entrevistado 7)

### **A participação dos cidadãos**

Para finalizar esta análise, há que fazer uma breve caracterização da participação dos cidadãos em relação aos serviços de saúde. De um modo geral, e tendo como referência os dados recolhidos, a participação do utente na saúde é algo que está garantido, sendo o Ministério da Saúde um dos ministérios que mais tem vindo a garantir essa participação ao longo dos anos. Tendo em consideração todas as medidas que têm vindo a ser tomadas nesse sentido, assim como toda a sinalização que tem vindo a ser feita pelos Gabinetes do Cidadão, existe, inclusivamente, um convite à participação. Por outro lado, é também comum a ideia de que o aumento anual das reclamações não traduz, obrigatoriamente, uma diminuição da qualidade dos serviços prestados, antes pelo contrário, significa uma maior consciencialização por parte do utente do direito que tem a participar.

Contudo, apesar das inegáveis possibilidades que já se criaram para o utente participar, é de notar que a participação dos utentes ainda não atingiu o nível desejável, sendo que, em muitas das situações, os utentes não reclamam com medo das consequências que isso possa implicar; ou, então, reclamam daquilo que não é verdadeiramente importante, não reclamando de aspectos que, no fundo, são essenciais.

“Vê-se muito as pessoas exigentes e reclamantes, com ou sem razão, mas também se vê muita gente com medo, com medo das represálias, portanto, que não faz. E às vezes são essas pessoas que têm mais razão para reclamar.” (entrevistado 1)

“Nos centros de saúde as pessoas ainda têm medo de reclamar porque no centro de saúde quando vêm a reclamação a pessoa é conhecida e quando ela lá volta “Ah, reclamou”. E nos hospitais não, são incógnitos porque são tantos, os que lá estão hoje não vêm amanhã. E quanto mais pequeno é o centro de saúde, quanto mais rural (...), menos se reclama, porque as pessoas sentem, e com alguma razão, que depois a sua reclamação é comentada pelos funcionários cá fora. (...) Com outro nível de maturidade, com outro nível de educação para a saúde da nossa população se calhar poderá haver outro tipo participação. Eu penso que eles se, neste momento, soubessem usar esta participação, aqueles que têm direito, eu acho que já era muito importante.” (entrevistado 6)

“Às vezes reclamam daquilo que não tem importância nenhuma e das coisas que são essenciais não reclamam.” (entrevistado 2)

É por isso que há quem também seja da opinião que existe ainda um caminho a construir no sentido de dar mais visibilidade à reclamação e torná-la, de facto, numa forma de participação efectiva e, com isso, capacitar ainda mais o cidadão, dando-lhe mais poder, mais instrumentos, e mais conhecimento para se relacionar com os serviços de saúde. Como diz um dos entrevistados:

“nós podemos ser os cuidadores dos cuidados de saúde, é certo que podemos. Mas eles, de facto, estão lá e conseguem ver coisas que nós muitas vezes não as vemos. Capacitar o cidadão para uma maior participação igual a qualidade, e isso é fundamental.” (entrevistado 3).

Comparando o nível de participação dos utentes nos dias de hoje com o nível de participação de anos anteriores, volta a haver uma ambivalência nas opiniões. Um grupo de entrevistados considera que, efectivamente, os utentes estão muito mais participativos e cada vez mais exigentes, até porque nem as expectativas que hoje têm dos serviços de saúde, nem o tipo de relação com estes são os mesmos de há uns anos atrás, já que estão mais interessados e mais informados.

“As pessoas têm muito mais expectativas, as pessoas estão muito mais elucidadas, apesar de estar muito aquém daquilo que nós esperamos ser um cidadão com conhecimento, fazer as suas próprias actividades de vida diária, escolher o melhor tratamento para a sua situação. Ainda estamos muito longe disso, mas uma coisa é certa, o cidadão não se compara àquilo que nós tivemos há uns anos atrás. São pessoas que já têm muito conhecimento prévio e, como tal, já com capacidade de negociar junto dos serviços de saúde e junto dos próprios prestadores.” (entrevistado 3)

“A perspectiva da reclamação na saúde não é a mesma perspectiva da reclamação nos demais serviços da Administração Pública. Porque nos demais serviços da Administração Pública normalmente um utente só reclama como última via ou último recurso, na saúde não, portanto, o utente faz quase parte do acto da assistência, não é?” (entrevistado 4)

Aqui, focando a postura dos cidadãos, reflecte-se mais uma vez o carácter reflexivo e revolucionário das sociedades modernas.

Contrariamente, outro grupo de entrevistados acha que o facto de os utentes reclamarem mais não é por estarem mais participativos, é antes pelo que significa o próprio acto em si, ou seja, mesmo que não tenham qualquer outra razão mais válida para reclamar,

reclamam só por reclamar. Além disso, também são da opinião que muitas das situações são inflacionadas pela comunicação social, não significando, verdadeiramente, uma maior participação dos utentes.

“Não, não... Reclamam mais, mas não é porque estejam mais participativos. Reclamam, a participação deles é só reclamar, às vezes só pelo acto em si, porque às vezes vão reclamar e quase que não têm razão para reclamar, mas reclamam e dizem que ficaram muito satisfeitos porque reclamaram. Participativos na reclamação, mas depois não participativos no acompanhamento do processo, em trazer mais elementos, não. E quando eles vêm para trazer mais elementos é no sentido de “eu quero, porque eu não aceito esta resposta, porque eu tenho de estar em confronto com a pessoa que...” (...) Muitas vezes o utente o que quer é o confronto directo, quando eles querem participar, é um confronto directo entre um profissional e o doente. (...) É muito nessa linha, muito só na linha dos direitos e nunca na linha dos deveres. (...) E depois às vezes também é a reclamação efeito dominó. Por exemplo, um dia vão ao serviço de urgência e há grandes tempos de espera, um reclamou, os outros todos vão reclamar. Às vezes não é porque eles também sintam necessidade de reclamar, mas já que estão então... vai o movimento e vai tudo.” (entrevistado 6)

“Não, não, não. Está é a comunicação social a fazer muito barulho, de vez em quando. Eles fazem assim barulho com este caso ou com aquele.” (entrevistado 2)

Para concluir, há ainda a sublinhar a noção que existe de que, actualmente, a actuação e a participação do utente face aos serviços de saúde, e também em relação ao uso das reclamações, assenta, sobretudo, no sentido de fazerem um uso abusivo dos seus direitos, em detrimento dos seus deveres.

“Está muito exigente, o cidadão está muito exigente. Acho que até está um bocadinho em demasia. Acho que ele neste momento tem muita noção dos direitos não pensando muito nos deveres, às vezes verifica-se isso. Não lhe vou dizer que é a generalidade, mas verifica-se pontualmente.” (entrevistado 1)

“Os utentes não têm só direitos, também têm deveres. É que fala-se só nos direitos e não nos deveres.” (entrevistado 6)

“92% das pessoas que usam esse direito usam-no indevidamente, porque estão a reclamar porque... só por reclamar. (...) Há pessoas que abusam do sistema, mas é preciso que ele exista porque depois há 5% de pessoas que são, de facto, muito mal tratadas, e têm direito de ver as suas situações corrigidas e a ser ouvidas. (...) Claramente, claramente [mais exigentes]. Cada vez mais. Para o melhor e para o pior, porque estão mais exigentes, muitas vezes, pelos piores motivos, porque acham que fazer barulho e protestar...” (...) É isso, [às vezes pensam mais nos direitos do que nos deveres...], esquecem-se completamente que há deveres. Mas isso é um processo civilizacional. Tem-se que se corrigir essas duas coisas, primeiro a falta de respeito pelos direitos dos utentes, mas depois também corrigir os utentes e torná-los civilizados e educados, que a maior parte não são. E isso é o papel de quem está a liderar na sociedade, tem que ter essa função.” (entrevistado 7)

Dadas estas observações, importa recordar os conceitos de *pontos de acesso*, *atitudes de confiança* e *reações adaptativas* abordados na discussão teórica desta investigação. De acordo com Giddens (1990) os pontos de acesso são pontos de ligação entre indivíduos comuns e representantes dos sistemas periciais. Por outro lado, as atitudes de confiança para com os sistemas periciais são fortemente influenciadas pelas experiências nos pontos de



acesso. Assim, considerando esta definição, os serviços de saúde constituem-se como verdadeiros pontos de acesso, onde se produzem diariamente uma infinidade de encontros, uns episódicos, outros regulares, entre indivíduos comuns e representantes dos sistemas periciais, os quais podem ter efeitos positivos, mas também negativos. É neste sentido que a participação dos cidadãos através da reclamação pode surgir como resultado da quebra de confiança nos sistemas periciais, isto é, nos serviços de saúde. Face a isso, os cidadãos podem ter como reacção adaptativa aquilo que Giddens (1990) designou como *aceitação pragmática*, assente na crença de que aquilo que acontece está fora do controlo de quem quer que seja, daí o afastamento do sistema por parte do cidadão ou o evitar de reclamar com medo das represálias. Por outro lado, também pode suceder o chamado *activismo radical*, associado à acção contestatária às fontes de perigo identificadas. Isto é visível dada a maior participação e nível de exigência dos cidadãos, assim como na postura de alguns de “reclamar só por reclamar”.

A este nível, e no sentido de criar condições para o reforço da confiança e envolvimento dos cidadãos nos serviços de saúde, promovendo uma participação activa dos mesmos no sistema, podem ser considerados os seguintes aspectos identificados pela OECD (2001): 1) melhorar a qualidade da política, utilizando variadas fontes de informação, perspectivas e soluções; 2) responder aos crescentes desafios da sociedade da informação, assegurando melhores e mais rápidas interacções com os cidadãos; 3) integrar contributos dos cidadãos no processo político de tomada de decisão, respondendo às suas expectativas, tendo em conta os seus pontos de vista; 4) responder à exigência de maior transparência e responsabilidade, face ao aumento da análise detalhada das acções do governo pelo público e pela comunicação social; 5) fortalecer a confiança pública no governo e reverte o desinteresse e desconfiança do público nos políticos e nas instituições públicas.

## Conclusão

O principal objectivo desta dissertação foi analisar e caracterizar o(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde, no sentido de perceber se a forma como as reclamações são geridas não coloca em causa o acto de reclamar, enquanto um efectivo exercício de cidadania participativa.

Resumidamente, e na medida em que a dimensão permitida para o desenvolvimento desta dissertação não nos permite ir muito mais longe, é possível concluir que: 1) Os utentes têm as mais diversas formas para poder reclamar; 2) O modelo de gestão das reclamações dos utentes do SNS está directamente associado ao sistema informático Sim-Cidadão e o procedimento utilizado pode variar consoante haja necessidade de instaurar um processo disciplinar, a exposição seja uma 2.<sup>a</sup> reclamação, o utente não concorde com a resposta à 2.<sup>a</sup> reclamação, ou a exposição tenha sido feita no Livro de Reclamações; 3) O lugar de confluência é visto de duas formas: por um lado a DGS/Observatório Nacional é considerada como o lugar de confluência na medida em que é lá que está a coordenação do sistema informático; por outro lado, e do ponto de vista da verificação da adequação dos procedimentos utilizados, o lugar de confluência é a ARS/Observatório Regional, uma vez que, fazendo um acompanhamento a nível regional, consegue seguir mais de perto a actuação das instituições de saúde; 4) Verifica-se que ainda se está numa fase de reorganização e delimitação das posições, dos papéis e dos procedimentos que estruturam o modelo de gestão das exposições dos utentes; 5) Tanto o Ministério da Saúde como os dirigentes dos serviços de saúde não atribuem muita importância às reclamações, uma vez que não existe retorno da informação ou partilha de opiniões quanto aos relatórios, análises do movimento das reclamações ou propostas de melhoria dos serviços que lhes são apresentados; 6) Ao nível das instituições, a importância que se atribui à reclamação depende se se trata de um hospital ou de um centro de saúde, sendo que no hospital é atribuída uma maior importância do que num centro de saúde; 7) A potencialidade que as reclamações encerram em si ainda não está a ser devidamente aproveitada, sendo pouco utilizada pelos diversos serviços ou sendo utilizada apenas em situações pontuais de maior gravidade; 8) As reclamações não têm, por parte dos serviços de saúde, um aproveitamento exaustivo enquanto indicador de qualidade, nem são encaradas como oportunidades de melhoria da qualidade dos mesmos; 9) O acesso que os utentes têm à informação produzida no âmbito das reclamações diz respeito, apenas, ao seu próprio processo e à resposta que lhe é dada, sendo que nem todos os utentes têm o mesmo acesso. Este varia de instituição para instituição, na medida em que há instituições que,

efectivamente, dão uma resposta ao utente após a apresentação da reclamação e, posteriormente, dão conhecimento da decisão tomada no âmbito do respectivo procedimento, e há instituições em que o reclamante apresenta a reclamação e nada mais lhe é dito. Além disso, e paralelamente ao relatório anual publicado pela IGAS, deveria haver uma maior disponibilização de todos os dados, quer globais quer por instituição; 10) A participação do cidadão na saúde é algo que está garantido, existindo, inclusivamente, um convite à participação, no entanto, ainda não atingiu o nível desejado, havendo ainda muitas situações em que os utentes não reclamam com medo de represálias, ou, então, reclamam daquilo que não é verdadeiramente importante.

Posto isto, é certo que ainda há um caminho a construir no sentido de dar mais visibilidade à reclamação e torná-la, verdadeiramente, numa forma de participação efectiva. De facto, houve uma evolução de âmbito processual directamente relacionada com a implementação do sistema Sim-Cidadão, ou seja, ao nível dos procedimentos de análise da reclamação e da resposta ao utente este sistema veio permitir um tratamento e acompanhamento muito mais efectivo. No entanto, a gestão das reclamações não pode estar limitada a uma plataforma informática, pois gerir reclamações deve ser muito mais do que isso. Este sistema fez com que a gestão das reclamações se tornasse, ou continuasse a ser, um processo bastante burocratizado, porque vive muito num circuito baseado na circulação das decisões entre vários patamares, entre os serviços visados, entre os dirigentes de topo, e entre o utente. Por outro lado, mantém configurações variadas consoante o nível de reclamação, implicando a actuação de diferentes entidades, não existindo uma referência comum de um lugar de confluência ou de centralização das reclamações.

Há sim uma preocupação com o tratamento das reclamações no sentido de cumprir as etapas processuais e de dar resposta nos prazos definidos na lei, mas a preocupação em avaliar as vantagens das reclamações do ponto de vista da aplicação e utilização dessa informação na melhoria dos serviços, a preocupação em suscitar e apoiar a participação com o objectivo de capacitar o cidadão a transformar por dentro os serviços, pois é ele o destinatário e primeiro interessado e o conhecedor das suas expectativas e das suas necessidades, fazendo da reclamação um efectivo exercício de cidadania participativa, continua a não se verificar. Dois exemplos de que assim o é remetem para o facto de, nos dias de hoje, ainda haver quem tenha medo de reclamar, por um lado, e de os gabinetes ou departamentos da qualidade dos serviços de saúde ainda não terem qualquer tipo de intervenção a este nível, nem recorrerem à informação produzida no âmbito dos processos das reclamações para a implementação de melhorias ao nível da qualidade dos serviços, por outro. Efectivamente, e para além de o

Observatório Nacional ter passado para o DQS da DGS só há cerca de um ano, ao nível das instituições de saúde esta associação entre reclamação e qualidade ainda não está assimilada. Como referiu um dos entrevistados, “a reclamação é um incidente crítico que vem reactivar o sistema, vem melhorá-lo, veio remexê-lo, porque veio obrigar a pensar, porque a interpelação a um sistema obriga a pensar e a juntar as diferentes peças do sistema, mas hoje ninguém está para aí virado” (entrevistado 2).

Em 2000 o DMAQ da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde já tinha identificado este problema, mas dez anos depois ele continua a existir. Isto leva-nos a concluir que houve uma modernização nos procedimentos de gestão que, apenas, veio disfarçar características do sistema, que, no fundo, mantêm-se exactamente iguais ao passado, demonstrando tendências contraditórias de orientação política do sistema de saúde português e confirmando a teoria de Carapinheiro (2006:144) de que os tempos políticos da saúde são tempos pendulares, ou seja, “a contradição forjada no passado vai reaparecendo em diferentes tempos históricos do presente, sempre reforçada nas suas contradições estruturais de permanência. (...) Esta contradição aprofunda-se, já que ao nível das práticas [o cenário político] é distorcido e inflectido numa direcção, o que ao nível da legislação vai sendo produzido em direcção contrária”.

Antes de terminar gostaria de fazer uma pequena referência à gestão das reclamações no sector não-público, deixando um convite à reflexão. Neste sector as reclamações são geridas por uma só entidade, a ERS, que instituiu a obrigatoriedade das unidades de saúde privadas e sociais darem conhecimento das reclamações e respectivas respostas no prazo de 10 dias úteis, sendo multadas caso não cumpram o definido. Por outro lado, a análise das reclamações é feita, não só por técnicos desta entidade, mas também por um médico, um enfermeiro e um médico dentista, uma vez que são os grupos profissionais mais visados nas reclamações. Acrescem ainda as recorrentes fiscalizações às unidades de saúde de todo o país com o objectivo de averiguar se têm o Livro de Reclamações e respectivo letreiro e se existem reclamações no Livro que não foram devidamente encaminhadas. Para o incumprimento de alguma destas regras está também prevista uma multa.

Assim sendo, será que neste sector as reclamações têm um controlo mais eficaz, ou mais apertado, porque são consideradas, verdadeiramente, importantes, ou porque as reclamações nas instituições do sector não-público são as que dão mais dinheiro ao Estado?

Para finalizar, é de referir que esta investigação permitiu perceber que a excessiva regulamentação e informatização de procedimentos não passa de uma aparência de que o sistema de saúde preocupa-se e colabora para o reforço da cidadania participativa. Assim, e

apesar da evolução em termos de mecanismos e regras normativas no sentido de capacitar o cidadão para participar, ainda se assiste ao que Habermas designou por colonização do *mundo da vida* pelo *sistema*. Isto é, assiste-se a uma substituição dos processos comunicativos e de reprodução do *mundo da vida* por mecanismos de controlo, como a burocratização, através de meios como o poder. Deste modo, ao nível da participação do cidadão através da reclamação, a esfera pública não tem ainda capacidade de produzir transparência e influenciar o *sistema*, continuando a ser este a produzir opacidade e a “colonizar” os domínios da vida social.

Tendo em consideração tudo o que aqui foi analisado, constata-se que a crítica de Barbalet à teoria das quatro “ondas” do desenvolvimento da cidadania moderna de Turner, abordada no ponto 1.2 do capítulo 1, confirma-se na medida em que os direitos civis, onde se insere a participação dos cidadãos através da reclamação, também reflectem o desenvolvimento da cidadania moderna, pelo que este não pode ser reduzido às quatro “ondas” apresentadas pelo autor. Além disso, para a criação de novos elementos de cidadania não basta o movimento social como mobilizador de recursos, são também necessárias outras práticas políticas e legais, até porque o Estado exerce um papel fundamental na formação de direitos de cidadania e na determinação dos processos de participação social. Posto isto, o alargamento de novos elementos de cidadania, como os direitos de participação, resultam de processos de mudança social quer das alterações da estrutura do poder, quer da expressão das diferentes exigências dos indivíduos e dos grupos sociais.

Posto isto, e concluindo que a forma como as reclamações são geridas coloca em causa o acto de reclamar, enquanto um efectivo exercício de cidadania participativa, não basta dizer que o cidadão deve estar no centro do sistema, há que materializar esse conceito e há que considerar os cidadãos, no exercício de uma cidadania participativa, não apenas como cidadãos com direitos, mas cidadãos activos, que sustentam o sentido das suas próprias experiências, participando e sendo os protagonistas na definição das suas realidades sociais. Efectivamente, o respeito pelos cidadãos e pelos seus direitos é um sinal de cidadania e isso é algo que, cada vez mais, tem que ser promovido, pelos legisladores, pelos gestores, pelos que governam e pelos que são governados, por todos.

## Referências bibliográficas

- 📖 Albarello, Luc. et. al (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa:Gradiva;
- 📖 Ashley, David (1990) “Habermas and the Completion of “The Project of Modernity”” in Turner, Bryan S. (ed.) *Theories of modernity and postmodernity*, London: Sage Publications; Cap.7; pp.88-107;
- 📖 Assembleia Nacional Constituinte (1789) *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*; França; Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs/declaracoes/declar\\_dir\\_homem\\_cidadao.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs/declaracoes/declar_dir_homem_cidadao.pdf);
- 📖 Assembleia Nacional Constituinte (1976) *Constituição da República Portuguesa*; Lisboa; Disponível em: [http://debates.parlamento.pt/r3/dac/constituicao/c\\_76-3.aspx](http://debates.parlamento.pt/r3/dac/constituicao/c_76-3.aspx);
- 📖 Barbalet, J.M. (1989), *A Cidadania*, Lisboa, Editorial Estampa;
- 📖 Barreto, António (org.) (1996) *A Situação Social em Portugal, 1960-199*; Lisboa:Imprensa de Ciências Sociais;
- 📖 Beck, Ulrich, Giddens, Anthony; Lash, Scott (2000), *Modernização Reflexiva: política, tradição e estética no mundo moderno*, Oeiras, Celta;
- 📖 Bell, J. (1993) *Como realizar um projecto de investigação*; Lisboa: Gradiva;
- 📖 Cabral, Manuel Villaverde (org.) (2002); *Saúde e Doença em Portugal*; Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais;
- 📖 Cabral, Manuel Villaverde; Silva, Pedro Alcântara da (2009); *O Estado da Saúde em Portugal*; Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais;
- 📖 Campos, A.C. (1986) “Um SNS em Portugal: aparências e realidades”; *Revista Crítica de Ciências Sociais*; nº18-19-20;
- 📖 Carapinheiro, Graça (1986); “A saúde no contexto da sociologia”; *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*; nº1; pp.9-22;
- 📖 Carapinheiro, Graça; Pinto, Margarida Gameiro (1987) “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”; *Sociologia Problemas e Práticas*; nº3;
- 📖 Carapinheiro, Graça (1993) *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*; Porto: Afrontamento;
- 📖 Carapinheiro, Graça (2005); “Do bio-poder ao poder médico”; *Revista Estudos do Século XX – Ciência, Saúde e Poder*; nº5; pp.383-398;
- 📖 Carapinheiro, Graça (2006) “A saúde enquanto matéria política” in Carapinheiro, G. (org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*; Porto: Pé de Página Editores, Lda; pp.137-164;

- 📖 Costa, António Firmino da (2005); “A pesquisa de terreno em Sociologia” in Silva, Augusto Santos e Pinto, José Madureira (orgs.); *Metodologia das Ciências Sociais*; Porto; Edições Afrontamento; pp.129-148;
- 📖 Coutinho, C. N. (1999) “Citizenship and modernity” *Perspectivas*; São Paulo; p.41-59; Disponível em: <http://200.145.78.103/perspectivas/article/viewFile/2087/1709>
- 📖 DECO (2008); “Direitos dos pacientes”; *Revista Teste Saúde*; nº76 (Dezembro 2008/Janeiro 2009); pp.15-18;
- 📖 Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DHRS) (1997) *Circular Normativa n.º 14/97 – Livro de reclamações nos Serviços Públicos*; Ministério da Saúde (1997-08-12);
- 📖 Departamento de Modernização Administrativa e da Qualidade (DMAQ) (2000) *Proposta para a implementação do sistema de tratamento e monitorização das reclamações e sugestões*; Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (2000-06-26);
- 📖 DGS (2009a) *Circular Normativa n.º 12/DQS/DSD – Tratamento das Exposições apresentadas pelos Cidadãos nos Cuidados de Saúde Primários*; (2009-08-04);
- 📖 DGS (2009b) *Plano de Actividades – 2009*; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- 📖 Direcção-Geral dos Hospitais (1987) *Circular Normativa n.º 25/87 – Gabinete do Utente*; (1987-06-02);
- 📖 Direcção-Geral dos Hospitais (1987) *Circular Normativa n.º 43/87 – Gabinete do Utente*; (1987-09-30);
- 📖 ERS (2009) *Relatório da Actividade Regulatória de 2008*; Porto: Entidade Reguladora da Saúde;
- 📖 ERS (2010) *Plano de Actividades para 2010*; Porto: Entidade Reguladora da Saúde;
- 📖 Espada, João C. (1997) *Direitos Sociais de Cidadania: Uma crítica a F. A. Hayek e Raymond Plant*; Imprensa Nacional – Casa da Moeda;
- 📖 Ferreira, F.A.G. (1990) *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*; Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian;
- 📖 Garcias, Pedro (2009) “Reclamações dos utentes de saúde cresceram em 2008”; *Público*; 8 de Maio; Disponível em: [http://www.publico.pt/Sociedade/reclamacoes-dos-utentes-de-saude-cresceram-em-2008\\_1379306](http://www.publico.pt/Sociedade/reclamacoes-dos-utentes-de-saude-cresceram-em-2008_1379306)
- 📖 Gerhardt, U. (1989) *Ideas about illness. An intellectual and Political History of Medical Sociology*, Londres: Macmillan;
- 📖 Giddens, A. (1988) “Dimensões da modernidade”, *Sociologia: problemas e práticas (CIES)*; nº4

- 📖 Giddens, A. (1990) *As Consequências da Modernidade*, Oeiras: Celta;
- 📖 Gil, António Carlos (2002); *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*; São Paulo: Atlas;
- 📖 Ghiglione, R. e Matalon, Benjamin (2005), *O Inquérito – Teoria e Prática*; Oeiras, Celta Editora;
- 📖 Graça, Luís (2000) “Saúde e Assistência” in *História da Saúde no Trabalho: 3.2. Industrialismo e 'Estado Social' (Portugal, 1959-1974)* (texto 17) - Extractos de: Graça, L. (1999) - *Enquadramento histórico da produção legislativa no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)*. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública; Universidade Nova de Lisboa; Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos17.html>
- 📖 Habermas, J. (1984) *Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*; Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro;
- 📖 Habermas, J. (1990) *O discurso filosófico da modernidade*; Lisboa: Publicações Dom Quixote;
- 📖 Habermas, J. (1992) *The theory of communicative action: Lifeworld and system: the critique of functionalist reason (Vol.2)*; Cambridge: Polity;
- 📖 Habermas, J. (1995) “Citizenship and national identity: some reflection on the future of Europe” in Beiner, R. (ed.) *Theorizing citizenship*; Albany: State University of New York Press; cap. 9; pp. 255-281;
- 📖 Habermas, J. (1996) *Between facts and norms: contributions to a discursive theory of law and democracy*; Cambridge: Polity Press;
- 📖 Hansotte, Majo (2008) *As inteligências cidadãs: como se adquire e inventa a palavra colectiva*; Lisboa: Instituto Piaget;
- 📖 Higgs, Paul; Jones, Ian Rees (2001) “Finite resources and infinite demand – Public participation in health care rationing” in Scambler, G. (ed.) *Habermas, Critical Theory and Health*; London: Routledge; cap.7; pp. 143-162;
- 📖 IGAS (2009) *Relatório de Actividades – 2008*; Lisboa: Inspeção-Geral das Actividades em Saúde;
- 📖 IGAS (2010a) *Plano de Actividades – 2010*; Lisboa: Inspeção-Geral das Actividades em Saúde;
- 📖 IGAS (2010b) *Relatório do Gabinete do Utente – 2009*; Lisboa: Inspeção-Geral das Actividades em Saúde; Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/35E4BF1A-DA3A-4AA5-AADD-FA9EA1334FFC/0/i005821.pdf>
- 📖 Igea, D.; Agustín, J.; Beltrán, A.; e Martín, A. (1995); *Técnicas de investigación en ciencias sociales*; Madrid: Dykinson;



📖 Jornal de Notícias (2008) “Reguladora recebeu perto de 3400 queixas”; 10 de Março; Disponível em:

[http://jn.sapo.pt/2008/03/10/primeiro\\_plano/reguladora\\_recebeu\\_perto\\_3400\\_queixa.html](http://jn.sapo.pt/2008/03/10/primeiro_plano/reguladora_recebeu_perto_3400_queixa.html)

📖 Kelleher, David (2001) “New social movements in the health domain” in Scambler, G. (ed.) *Habermas, Critical Theory and Health*; London: Routledge; cap.6; pp. 119-142;

📖 Lee, Raymond L.M. (1994) “Modernization, postmodernism in the Third World” *Current Sociology*; N°42; pp.38-51;

📖 Lessard-Hébert, M; Goyette, G; Boutin, G. (1990), *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget;

📖 Mann, Michael (1987) “Ruling Class Strategies and Citizenship”; *Sociology*; N°3; pp.339-354;

📖 Marshall, T.H. (1969) “Reflections on Power”; *Sociology*; N°2; pp.141-155;

📖 Melo, Elza Machado de (2005) “Acção comunicativa, democracia e saúde”; *Ciência e Saúde Coletiva*; n°10 (suplemento); pp. 167-178; Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500019&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019&lng=pt)

📖 Ministério das Finanças e da Administração Pública (2006a) *Apresentação final do PRACE* (Diapositivos); Lisboa; Disponível em: [http://www.min-financas.pt/inf\\_geral/PRACE\\_Apresentacao\\_final.pdf](http://www.min-financas.pt/inf_geral/PRACE_Apresentacao_final.pdf)

📖 Ministério das Finanças e da Administração Pública (2006b) *Súmula das Macro-Estruturas Propostas*; Lisboa; Disponível em: [http://www.min-financas.pt/inf\\_geral/PRACE\\_Macroestruturas\\_final.pdf](http://www.min-financas.pt/inf_geral/PRACE_Macroestruturas_final.pdf)

📖 Ministério da Saúde (1997) *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;

📖 Ministério da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*; Vol. I – Prioridades; Vol. II - Orientações estratégicas; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;

📖 Ministério da Saúde (2006) *Conselho de Ministros aprova reestruturação da Administração Central - Conheça as propostas do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado para o Ministério da Saúde* (Portal da Saúde); Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2006/3/prace.htm>

📖 Ministério da Saúde (2008) *Reestruturação do Ministério da Saúde; Modelo Organizacional desenvolvido no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)* (Portal da Saúde); Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/arquivo/reestruturacao.htm>

📖 Ministério da Saúde (2010) *História do Serviço Nacional de Saúde. Saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 30 anos* (Portal da Saúde); Disponível em:

<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

📖 Mozzicafreddo, J. (1997) *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*; Oeiras, Celta;

📖 Mozzicafreddo, J. (1998) “Estado, Modernidade e Cidadania” in Viegas, José M. L. e Costa, António F. da (orgs.), *Portugal, Que Modernidade?*, Oeiras, Celta; cap.8: pp. 245-283;

📖 Nações Unidas (1946) *Constitution of the World Health Organization*; EUA: New York; Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>;

📖 Nogueira, Vera M. R.; Pires, Denise Elvira de (2004) “Direito à saúde: um convite à reflexão”; *Cadernos de Saúde Pública*; nº 20, vol.3; pp.753-760; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/12.pdf>

📖 Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2001) *Conhecer os caminhos da saúde: Relatório da Primavera 2001*; Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; Disponível em: <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2001.htm?Template=1>

📖 Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003a) *Cidadania e Saúde*; Disponível em: <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/Cidadania+e+saude/>;

📖 Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2003b) *Saúde, que rupturas?: Relatório da Primavera 2003*; Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; Disponível em: <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2003.htm?Template=1>

📖 Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2010) *Desafios em Tempos de Crise: Relatório da Primavera 2010*; Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2010>

📖 OECD (2001) *Citizens as Partners: OECD Handbook on Information, Consultation and Public Participation in Policy-making*; Paris: OECD Publications Service; Disponível em: <http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/4201141E.PDF>

📖 Quivy, Raymond e Campenhoudt, LucVan (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva;


📖 Scambler, G. (1987a) (ed.) *Sociological Theory and Medical Sociology*; London: Tavistock;


📖 Scambler, G. (1987b) “Habermas and the power of medical expertise” in Scambler, G. (ed.) *Sociological Theory and Medical Sociology*; London: Tavistock; cap.7; pp.165-193;


📖 Scambler, G. (2001) “Class, power and the durability of health inequalities” in Scambler, G. (ed.) *Habermas, Critical Theory and Health*; London: Routledge; cap.5; pp. 86-118;


- 📖 Silva, Filipe Carreira da (2002) *Espaço Público em Habermas*; Lisboa:Imprensa de Ciências Sociais;
- 📖 Stacey, Margaret e Homans, Hilary (1978); “The Sociology of health and Illness: its present state, future prospects and potential for health research”; *Sociology*; nº12; pp.281-307;
- 📖 Touraine, Alain (1992) *Crítica da modernidade*; Lisboa: Instituto Piaget;
- 📖 Turner, Bryan S. (1986a) *Citizenship and capitalism: The debate over reformism*; London and Boston: Allen and Unwin;
- 📖 Turner, Bryan S. (1986b) “Personhood and Citizenship”; *Theory Culture and Society*; Nº1; pp.1-16;
- 📖 Turner, Bryan S. (ed.) (1990) *Theories of modernity and postmodernity*, London: Sage Publications;
- 📖 Turner, Bryan S. (ed.) (1994) *Citizenship and social theory*, London: Sage Publications;
- 📖 XIII Governo Constitucional de Portugal (1995) *Programa do XIII Governo Constitucional 1995-1999*; Lisboa; Disponível em:  
<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC13/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramaGoverno.aspx>
- 📖 XIV Governo Constitucional de Portugal (1999) *Programa do XIV Governo Constitucional 1999-2002*; Lisboa; Disponível em:  
<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC14/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramaGoverno.aspx>
- 📖 XV Governo Constitucional de Portugal (2002) *Programa do XV Governo Constitucional 2002-2004*; Lisboa; Disponível em:  
[http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p003.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p003.aspx)
- 📖 XVII Governo Constitucional de Portugal (2005) *Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009*; Lisboa; Disponível em:  
[http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p000.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p000.aspx)
- 📖 XVIII Governo Constitucional de Portugal (2009) *Programa do XVIII Governo Constitucional 2009-2013*; Lisboa; Disponível em:  
<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramaGoverno.aspx>
- 📖 Viegas, Valentino; Frada, João; Miguel, José Pereira (2006) *A Direcção-Geral da Saúde: notas históricas*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- 📖 Zola, Irving K. (1975) “Medicine as an Institution of Social Control” in Cox, Caroline,; Mead, Adrienne (eds.) *A Sociology of Medical Practice*; London: Colier Macmillan; pp.170-185;


## **Legislação:**

 Decreto-Lei n.º 41825; Diário do Governo; I Série; n.º 177 (1958-08-13) 890 – Cria o Ministério da Saúde e Assistência;


 Decreto-Lei n.º 413/71; Diário do Governo; I Série; n.º 228 (1971-09-27) 1406 – Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência;

 Decreto-Lei n.º 351/72; Diário do Governo; I Série; n.º 210 (1972-09-08) 1283 – Aprova o regulamento geral dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência;


 Decreto-Lei n.º 584/73; Diário do Governo; I Série; n.º 259; Suplemento (1973-11-06) 2119-(2) – Introduce alterações na orgânica e na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência;


 Decreto-Lei n.º 203/74; Diário do Governo; I Série; n.º 113 (1974-05-15) 623 – Define o programa do Governo Provisório e estabelece a respectiva orgânica;

 Decreto-Lei n.º 403/75; Diário do Governo; I Série; n.º 170 (1975-07-25) 1043 – Cria na Secretaria de Estado da Saúde a Inspeção dos Serviços de Saúde;


 Decreto-Lei n.º 488/75; Diário do Governo; I Série; n.º 204 (1975-09-04) 1305 – Cria administrações distritais dos serviços de saúde;


 Lei n.º 56/79; Diário da República; I Série; n.º 214 (1979-09-15) 2357 – SNS;


 Decreto-Lei n.º 384/80; Diário da República; I Série; n.º 217 (1980-09-19) 2814 – Reestrutura a Inspeção dos Serviços de Saúde;

 Lei n.º 29/81; Diário da República; I Série; n.º 192 (1981-08-22) 2179 – Defesa do consumidor;


 Decreto-Lei n.º 254/82; Diário da República; I Série; n.º 147 (1982-06-29) 1897 – Cria as ARS;


 Despacho Normativo n.º 97/83; Diário da República; I Série; n.º 93 (1983-04-22) 1439 – Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde;


 Decreto-Lei n.º 344-A/83; Diário da República; I Série; n.º 169; Suplemento (1983-07-25) 2743-(2) – Aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional;


 Decreto-Lei n.º 74-C/84; Diário da República; I Série; n.º 53; 2º Suplemento (1984-03-02) 731-(6) – Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários;

 Despacho n.º 26/86; Diário da República; II Série; n.º 168 (1986-07-24) 6762 – Determina as normas a observar no que respeita ao Gabinete do Utente;

 Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/87; Diário da República; I Série; n.º 24; Suplemento (1987-01-29) 384-(1) – Aprova normas relativas ao atendimento do público e à comunicação administrativa escrita, a adoptar pelos serviços da administração central;

 Decreto-Lei n.º 210/87; Diário da República; I Série; n.º 115 (1987-05-20) 2033 – Aprova a Lei Orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;

 Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/87; Diário da República; I Série; n.º 156; (1987-07-10) 2719 – Estabelece o sistema de recolha de sugestões para utentes da Administração Pública;

 Despacho do Primeiro-Ministro; Diário da República; II Série; n.º 156; (1987-07-10) 8499 – Regulamenta as normas para a implementação do sistema de recolha de opiniões e sugestões para a modernização e aperfeiçoamento administrativo;

- Decreto-Lei n.º 312/87; Diário da República; I Série; n.º 188 (1987-08-18) 3229 – Aprova a orgânica da Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde;
- Decreto Regulamentar n.º 3/88; Diário da República; I Série; n.º 18; Suplemento (1988-01-22) 256-(2) – Introduz alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços;
- Lei n.º 48/90; Diário da República; I Série; n.º 195 (1990-08-24) 3452 – Lei de Bases da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 129/91; Diário da República; I Série A; n.º 76 (1991-04-02) 1632 – Institui medidas de melhoria na receptividade dos serviços da Administração Pública aos utentes;
- Decreto-Lei n.º 10/93; Diário da República; I Série A; n.º 12 (1993-01-15) 126 – Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 11/93; Diário da República; I Série A; n.º 12 (1993-01-15) 129 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;
- Decreto-Lei n.º 13/93; Diário da República; I Série A; n.º 12 (1993-01-15) 135 – Regula a criação e fiscalização das unidades privadas de saúde;
- Decreto-Lei n.º 291/93; Diário da República; I Série A; n.º 198 (1993-08-24) 4491 – Aprova a orgânica da Inspeção-Geral da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 292/93; Diário da República; I Série A; n.º 198 (1993-08-24) 4496 – Aprova a orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 293/93; Diário da República; I Série A; n.º 198 (1993-08-24) 4500 – Aprova a orgânica do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 296/93; Diário da República; I Série A; n.º 199 (1993-08-25) 4509 – Aprova a orgânica do Departamento de Recursos Humanos da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 308/93; Diário da República; I Série A; n.º 206 (1993-09-02) 4618 – Aprova a orgânica do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 335/93; Diário da República; I Série A; n.º 229 (1993-09-29) 5460 – Aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde;
- Decreto-Lei n.º 345/93; Diário da República; I Série A; n.º 231 (1993-10-01) 5545 – Aprova a orgânica da Direção-Geral da Saúde;
- Decreto-Lei n.º 361/93; Diário da República; I Série A; n.º 242 (1993-10-15) 5798 – Aprova a orgânica da Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde;
- Lei n.º 24/96; Diário da República; I Série A; n.º 176 (1996-07-31) 2184 – Estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 198/96; Diário da República; I Série B; n.º 276; (1996-11-28) 4315 – Institui o livro de reclamações com carácter obrigatório nos serviços e organismos da Administração Pública;
- Decreto-Lei n.º 122/97; Diário da República; I Série A; n.º 116 (1997-05-20) 2488 – Aprova a orgânica da Direção-Geral da Saúde;
- Portaria n.º 355/97; Diário da República; I Série B; n.º 123 (1997-05-28) 2597 – Aprova o modelo do livro de reclamações;

☞ Despacho Normativo n.º 46/97; Diário da República; I Série B; n.º 182 (1997-08-08) 4137 – Estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS;

☞ Decreto-Lei n.º 135/99; Diário da República; I Série A; n.º 94 (1999-04-24) 2126 – Define os princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua actuação face ao cidadão;

☞ Portaria n.º 288/99; Diário da República; I Série B; n.º 98 (1999-04-27) 2258 – Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS);

☞ Decreto-Lei n.º 156/99; Diário da República; I Série A; n.º 108 (1999-05-10) 2421 – Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde;

☞ Decreto-Lei n.º 157/99; Diário da República; I Série A; n.º 108 (1999-05-10) 2424 – Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde;

☞ Despacho Normativo n.º 61/99; Diário da República; I Série B; n.º 264 (1999-11-12) 7959 – Altera o Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto;

☞ Decreto-Lei n.º 96/2000; Diário da República; I Série A; n.º 119 (2000-05-23) 2295 – Aprova a nova Lei Orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;

☞ Decreto-Lei n.º 16/2001; Diário da República; I Série A; n.º 23 (2001-01-27) 452 – Altera o Decreto-Lei n.º 96/2000 de 23 de Maio;

☞ Decreto-Lei n.º 203-A/2001; Diário da República; I Série A; n.º 168, Suplemento (2001-07-21) 4504-(2) – Suspende a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 194/2001 de 26 de Junho, ripristinando-se o Decreto-Lei n.º 308/93 de 2 de Setembro;

☞ Decreto-Lei n.º 194/2001; Diário da República; I Série A; n.º 146 (2001-07-26) 3809 – Cria e aprova os estatutos do IGFS e do IRIS;

☞ Decreto-Lei n.º 257/2001; Diário da República; I Série A; n.º 221, (2001-09-22) 6032 – Altera o Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de Janeiro;

☞ Decreto-Lei n.º 8-A/2002; Diário da República; I Série A; n.º 12; Suplemento (2002-01-15) 320-(2) – Aprova a orgânica do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde;

☞ Lei n.º 27/2002; Diário da República; I Série A; n.º 258 (2002-11-08) 7150 – Procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde;

☞ Decreto-Lei n.º 60/2003; Diário da República; I Série A; n.º 77 (2003-04-01) 2118 – Cria a rede de cuidados de saúde primários;


☞ Decreto-Lei n.º 67/2003; Diário da República; I Série A; n.º 83 (2003-04-08) 2280 – Altera a Lei n.º 24/96, de 31 de Julho;


☞ Decreto-Lei n.º 188/2003; Diário da República; I Série A; n.º 191 (2003-08-20) 5219 – Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro;


☞ Decreto-Lei n.º 309/2003; Diário da República; I Série A; n.º 284 (2003-12-10) 8329 – Cria a Entidade Reguladora da Saúde;


☞ Despacho n.º 5081/2005; Diário da República; II Série; n.º 48 (2005-03-09) 3717 – Cria os Observatórios Nacional e Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão;

- ☞ Portaria n.º 418/2005; Diário da República; I Série B; n.º 73 (2005-04-14) 2970 – Aprova o regulamento interno da Entidade Reguladora da Saúde;
- ☞ Decreto Regulamentar n.º 3-A/2005; Diário da República; I Série B; n.º 104; Suplemento (2005-05-31) 3588-(2) – Cria a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- ☞ Decreto-Lei n.º 88/2005; Diário da República; I Série A; n.º 107 (2005-06-03) 3606 – Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio;
- ☞ Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005; Diário da República; I Série B; n.º 149 (2005-08-04) 4502 – Determina a reestruturação da administração central do Estado;
- ☞ Decreto Regulamentar n.º 7/2005; Diário da República; I Série B; n.º 153 (2005-08-10) 4611 – Cria o Alto Comissariado da Saúde;
- ☞ Decreto Regulamentar n.º 2/2006; Diário da República; I Série B; n.º 18 (2006-01-25) 601 – Aprova a orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- ☞ Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006; Diário da República; I Série B; n.º 79 (2006-04-21) 2834 – Aprova o Programa para a Reestruturação da Administração Central do Estado;
- ☞ Decreto-Lei n.º 212/2006; Diário da República; I Série; n.º 208 (2006-10-27) 7517 – Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde;
- ☞ Decreto-Lei n.º 218/2007; Diário da República; I Série; n.º 103 (2007-05-29) 3500 – Aprova a orgânica do Alto Comissariado da Saúde;
- ☞ Decreto Regulamentar n.º 65/2007; Diário da República; I Série; n.º 103 (2007-05-29) 3502 – Aprova a orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- ☞ Decreto Regulamentar n.º 66/2007; Diário da República; I Série; n.º 103 (2007-05-29) 3504 – Aprova a orgânica da Direcção-Geral da Saúde;
- ☞ Portaria n.º 642/2007; Diário da República; I Série; n.º 104 (2007-05-30) 3573 – Estabelece a estrutura nuclear e competências do Alto Comissariado da Saúde;
- ☞ Portaria n.º 643/2007; Diário da República; I Série; n.º 104 (2007-05-30) 3574 – Estabelece a estrutura nuclear e competências da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- ☞ Portaria n.º 644/2007; Diário da República; I Série; n.º 104 (2007-05-30) 3576 – Estabelece a estrutura nuclear e competências da Direcção-Geral da Saúde;
- ☞ Portaria n.º 646/2007; Diário da República; I Série; n.º 104 (2007-05-30) 3578 – Aprova os Estatutos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.;
- ☞ Portaria n.º 651/2007; Diário da República; I Série; n.º 104 (2007-05-30) 3595 – Aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
- ☞ Despacho n.º 11518-A/2007; Diário da República; II Série; n.º 111; 3.º Suplemento (2007-06-11) 16 310-(122) – Criação das unidades orgânicas flexíveis da Direcção-Geral da Saúde;
- ☞ Decreto-Lei n.º 219/2007; Diário da República; I Série; n.º 103 (2007-07-29) 3509 – Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.;
- ☞ Decreto-Lei n.º 222/2007; Diário da República; I Série; n.º 103 (2007-07-29) 3519 – Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.;
- ☞ Decreto-Lei n.º 275/2007; Diário da República; I Série; n.º 145 (2007-07-30) 4880 – Aprova a orgânica da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde;


 Despacho n.º 3786/2008; Diário da República; II Série; n.º 32 (2008-02-14) 5774 – Aprova o Regulamento dos Procedimentos da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde;


 Despacho n.º 4031/2008; Diário da República; II Série; n.º 33 (2008-02-15) 6038 – Criação de unidades orgânicas da IGAS;


 Decreto-Lei n.º 28/2008; Diário da República; I Série; n.º 38 (2008-02-22) 1182 – Estabelece o regime da criação e funcionamento dos ACES do Serviço Nacional de Saúde;

 Decreto-Lei n.º 84/2008; Diário da República; I Série; n.º 98 (2008-05-21) 2888 – Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 67/2003 de 8 de Abril;


 Decreto-Lei n.º 234/2008; Diário da República; I Série; n.º 233 (2008-12-02) 8600 – Primeira alteração aos Decretos-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, e n.º 219/2007, de 29 de Maio;

 Decreto Regulamentar n.º 21/2008; Diário da República; I Série; n.º 233 (2008-12-02) 8608 – Primeira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 66/2007 de 29 de Maio;

 Portaria n.º 155/2009; Diário da República; I Série; n.º 28 (2009-02-10) 878 – Altera as Portarias n.º 644/2007 e n.º 646/2007, de 30 de Maio;

 Despacho n.º 6513/2009; Diário da República; II Série; n.º 41 (2009-02-27) 7902 – Alteração das unidades orgânicas flexíveis e estrutura matricial da Direcção-Geral da Saúde;

 Regulamento n.º 325/2010; Diário da República; II Série; n.º 65 (2010-04-05) 17129 – Regulamento interno da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;

 Despacho n.º 7238/2010; Diário da República; II Série; n.º 80 (2010-04-26) 21 905 – Criação das unidades orgânicas e estrutura matricial da Direcção-Geral da Saúde;

### **Páginas de Internet consultadas:**

 Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/Portal/>

 Portal do Governo: <http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Pages/Inicio.aspx>

 Página Oficial da Presidência da República: <http://www.presidencia.pt/>

 Portal do Cidadão: <http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt>

 Sítio oficial da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde:

<http://www.sg.min-saude.pt/sg/default.htm>

 Sítio oficial da Inspeção-Geral da Saúde: <http://www.igas.min-saude.pt/>

 Sítio oficial da Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

 *Microsite* do Departamento da Qualidade na Saúde:

<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>

 Sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde: <http://www.ers.pt/>

 Sítio oficial da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo:

<http://www.arslvt.min-saude.pt/Paginas/home.aspx>



## ANEXO A

### A.1 – Notícias sobre as reclamações aos serviços de saúde



#### **Reguladora recebeu perto de 3400 queixas.**

**2008-03-10**

#### **Atrasos nos tratamentos e cobrança de taxas superiores às previstas na tabela de preços são algumas das queixas**

Há prestadores privados de cuidados de saúde convencionados com o Estado a preterir o atendimento de utentes que lhes chegam do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Marcam consultas ou exames para muitos meses depois ou pura e simplesmente negam a prestação do serviço, porque o preço pago pelo Estado é baixo. Outros há, sobretudo no subsistema que atende funcionários públicos, que cobram taxas superiores às previstas na tabela de preços. Outros ainda fazem-se pagar duas vezes por um mesmo acto.

Estes serão dos tipos de queixas mais graves entre as 3360 que no ano passado chegaram à Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Um número substancial, que revela um aumento de 476% face às reclamações recebidas em 2006, ano em que arrancou em força o funcionamento da estrutura. E que deverá subir ainda mais em 2008, uma vez que entraram na ERS, até à semana passada, 719 queixas.

"É mais ou menos o movimento que esperávamos e é a prova de que os utentes estão a exercer os seus direitos", analisa o presidente do organismo, criado para vigiar problemas de concorrência e selecção adversa na prestação da saúde por públicos e privados.

Álvaro Almeida faz questão, contudo, de não sobrevalorizar as reclamações graves. "Há casos graves, felizmente não muitos, que mereceram a abertura de um processo de inquérito". Serão cerca de 5% do total. Muito menos do que, por exemplo, as queixas sem fundamento (20%).

E, por graves, Álvaro Almeida entende não apenas problemas de selecção adversa de utentes, como também falhas na prestação que, segundo os queixosos, "puseram em causa a saúde". Em geral, implicam o não cumprimento de "regras deontológicas", pelo que os processos são "remetidos para as respectivas ordens profissionais". As ordens dos Médicos, Enfermeiros e Médicos Dentistas receberam no ano passado 137 processos, com larga vantagem para a primeira, adianta a ERS.

Quanto às restantes reclamações, a maioria envolvem atrasos no atendimento (31%) e problemas na assistência administrativa (24%). "A generalidade das queixas tem fundamento. Mas uma coisa é ter fundamento, outra é ter a ver com aspectos importantes. A maioria não são cruciais para a vida, mas sim para o desconforto".

Aparentemente curioso é o facto de 78% das reclamações recebidas em 2007 dizerem respeito a prestadores privados. Um facto que se deve, explica Álvaro Almeida, aos circuitos das queixas. Por lei, as entidades privadas são obrigadas a remeter para a ERS todas as entradas no livro de reclamações criado expressamente para este sector em 2005. No caso dos prestadores públicos, as queixas vão para o "livro amarelo" da Administração Pública, existentes em centros de saúde e hospitais. Daí passam para as administrações regionais de saúde e depois para a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde.

"Recebemos apenas uma parte muito pequena, casos que, pela gravidade, são reencaminhados para nós, ou chegam por iniciativa dos utentes". O responsável garante que, independentemente desse percurso, a ERS "continua a acompanhar as reclamações no público, embora não individualmente, e a prova é de que temos algumas as mais importantes. É assim com as entidades reguladoras dos outros sectores também". E as reclamações, neste caso, envolvem já não atrasos, mas sim más prestações de cuidados e problemas de acessibilidade. Isto é, listas de espera."

Fonte:

[http://jn.sapo.pt/2008/03/10/primeiro\\_plano/reguladora\\_recebeu\\_perto\\_3400\\_queixa.html](http://jn.sapo.pt/2008/03/10/primeiro_plano/reguladora_recebeu_perto_3400_queixa.html)



Médicos são o grupo profissional mais visado

## ***Reclamações dos utentes de saúde cresceram em 2008***

**08.05.2009** - 07:32 Por Pedro Garcias

Os portugueses estão a reclamar cada vez mais dos serviços de saúde. De acordo com dados da Inspeção-Geral das Actividades de Saúde (IGAS), baseados essencialmente nos registos dos livros de reclamações, em 2008, o número de reclamações apresentadas nos hospitais e centros de saúde, públicos e privados, foi de 46.414, quando no ano anterior tinham sido apresentadas 39.652 queixas, um aumento de 17 por cento.

Em 2006, o número tinha sido ainda menor (37.043), o que revela uma tendência de crescimento contínuo. O descontentamento dos portugueses é maior nos hospitais (65 por cento das reclamações). Mas também é nos hospitais que se regista o maior número de elogios dos doentes. Em 10 por cento dos hospitais portugueses, foram recebidas queixas de 2,5 por cento dos doentes assistidos, um número que a IGAS considera “significativo”. O aumento das reclamações deu-se em 38 hospitais.

A área da “Prestação de cuidados de saúde”, em particular o tempo de espera dos doentes, foi a que globalmente mais queixas motivou. Mas nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo as reclamações estiveram mais associadas à falta de assistência médica.

Nas reclamações, o serviço mais visado nos hospitais foi, mais uma vez, a urgência, (53 por cento) enquanto nos centros de saúde a maioria das queixas incidiu sobre as consultas médicas (41 por cento).

Os médicos são o grupo profissional mais visado pelas reclamações dos doentes (47 por cento), mas também são os médicos os que recebem os maiores elogios (34 por cento do total de elogios registados em 2008). Os dirigentes estão na origem de 28 por cento das queixas, seguidos dos administrativos (12 por cento) e dos enfermeiros (7 por cento). Os enfermeiros, logo a seguir aos médicos, são também os que mais elogios receberam.

O dado mais surpreendente tem a ver com o resultado das queixas. Uma pequena parte ficou sem efeito por desistência do reclamante. Mas, em relação às restantes, apenas 0,26 das reclamações originaram a abertura de um processo de natureza disciplinar, sendo que a maioria ocorreu em hospitais. No relatório da IGAS, nada é dito do que aconteceu a esses processos disciplinares.

Apesar destes dados, a IGAS conclui que “o aumento das reclamações não traduz necessariamente uma redução da qualidade de funcionamento de alguns serviços”. Mas, acrescenta, “pode traduzir a forma como os gabinetes do utente/cidadão têm incentivado e valorizado a participação do cidadão na melhoria do funcionamento dos serviços”.

Fonte:

[http://www.publico.pt/Sociedade/reclamacoes-dos-utentes-de-saude-cresceram-em-2008\\_1379306](http://www.publico.pt/Sociedade/reclamacoes-dos-utentes-de-saude-cresceram-em-2008_1379306)

## **ANEXO B**

### **B.1 – Breve descrição das entidades de gestão das reclamações**

#### **Observatório Regional de Apoio ao Sim-Cidadão (ARS)**

Os Observatórios Regionais de Apoio ao Sim-Cidadão foram criados pelo Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev., para o acompanhamento e monitorização, a nível regional, das exposições apresentadas pelos utentes do SNS no Gabinete do Utente ou feitas no Livro de Reclamações, e funcionam junto de cada uma das Administrações Regionais de Saúde.

Tendo como referência o Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo, é possível referir que este funciona junto do Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARSLVT, particularmente na unidade funcional do Gabinete do Cidadão e, segundo o disposto no artigo n.º 57 do Regulamento n.º 325/2010, 8 de Mar., respeitante ao Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., compete a este Gabinete:

a) Assegurar a gestão e acompanhamento dos procedimentos suscitados com a apresentação de reclamações ou sugestões pelos cidadãos e utentes no quadro da área geográfica da ARSLVT, I. P., quer quanto às actividades desenvolvidas pelas unidades de saúde do sector público, sector privado e sector social, fomentando o cumprimento dos procedimentos inerentes ao bom funcionamento dos gabinetes do utente e do cidadão;

b) Assegurar as funções inerentes à existência de um Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim -Cidadão, com o acompanhamento e monitorização das exposições e reclamações dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que deram entrada no âmbito da ARSLVT, I. P., bem como a apresentação de inquéritos de satisfação dos utentes;

c) Informação dos utentes no tocante a direitos e deveres em relação aos serviços de saúde, facilitando o seu exercício efectivo;

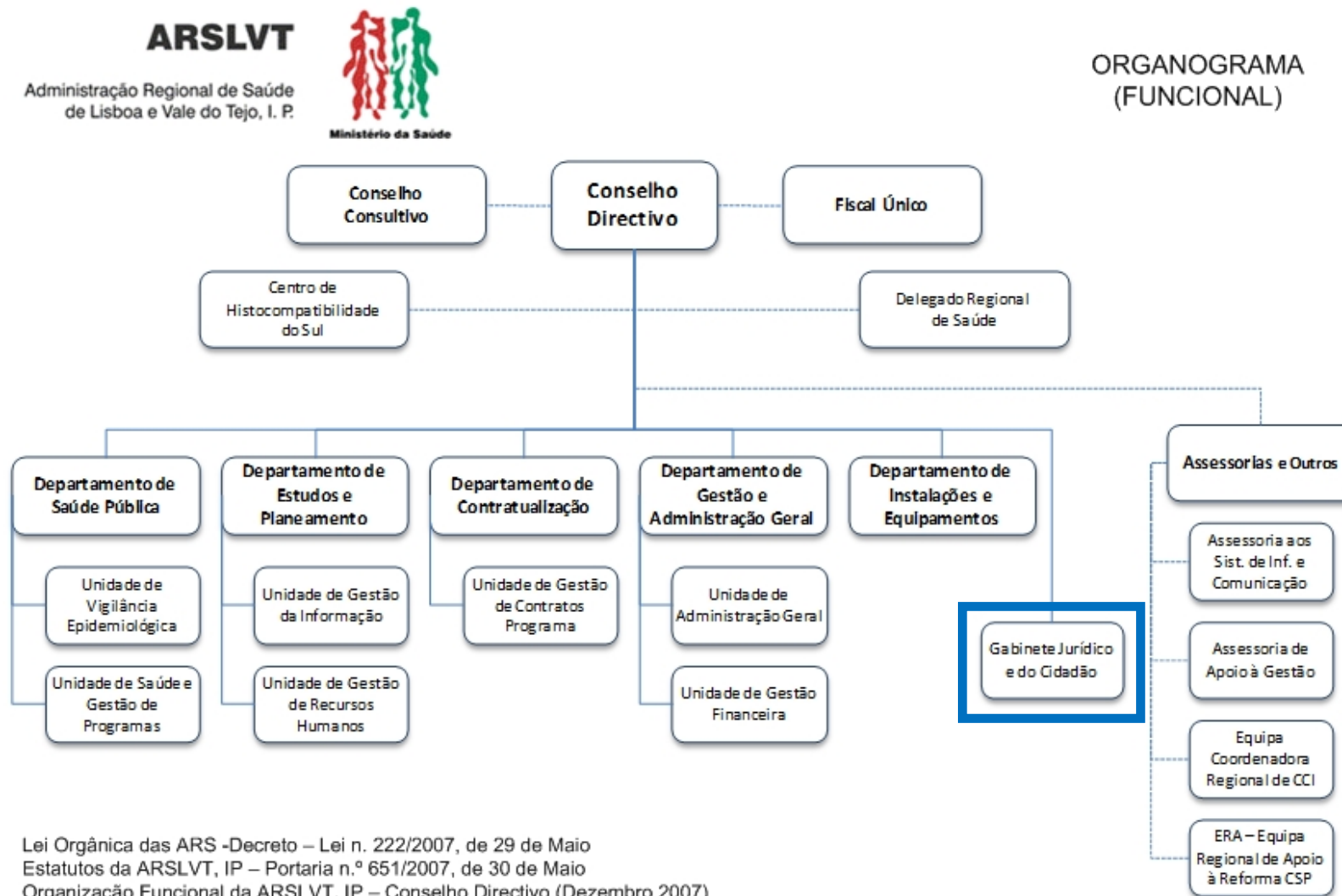
d) No tocante às reclamações apresentadas sobre as unidades privadas de saúde, apresentação de propostas tendentes à melhoria dos procedimentos adoptados e que potenciem melhores níveis de desempenho por parte das unidades de saúde e dos respectivos serviços no tratamento das reclamações e sugestões, e na adopção de medidas de gestão adequadas;

e) Promoção de acções de formação para os responsáveis e profissionais dos gabinetes do utente e do cidadão dos serviços das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde da área de influência da ARSLVT., I. P.;

f) Divulgação dos relatórios anuais, com os indicadores mais significativos no tocante às reclamações e sugestões apresentadas.

A figura que se segue diz respeito ao organograma da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. e permite situar o Observatório Regional de Apoio ao Sim-Cidadão, através do Gabinete Jurídico e do Cidadão, no conjunto dos serviços desta ARS.

Figura B.1 – Organograma da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (Dez. 2007)



### **Observatório Nacional de Apoio ao Sim-Cidadão (DGS)**

O Observatório Nacional de Apoio ao Sim-Cidadão foi igualmente criado pelo Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev., para o acompanhamento e monitorização, a nível nacional, das exposições apresentadas pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde no Gabinete do Utente ou feitas no Livro de Reclamações, e funciona junto da Direcção-Geral da Saúde, em particular na Divisão de Segurança do Doente do Departamento da Qualidade na Saúde.

Segundo o disposto no n.º 1 do despacho atrás referido, o Observatório Nacional assegura a articulação, a nível nacional, entre os diversos observatórios regionais e tem as seguintes funções:

- a) Acompanhar os indicadores de satisfação e nível de participação dos utentes do SNS;
- b) Propor as medidas daí decorrentes, que poderão ser de carácter organizativo, normativo e legislativo;
- c) Coordenar a formação no âmbito do sistema Sim-Cidadão;
- d) Propor as alterações ao sistema em termos tecnológicos que se façam necessárias de forma a otimizar o seu funcionamento e ou adequá-lo a novas funcionalidades.

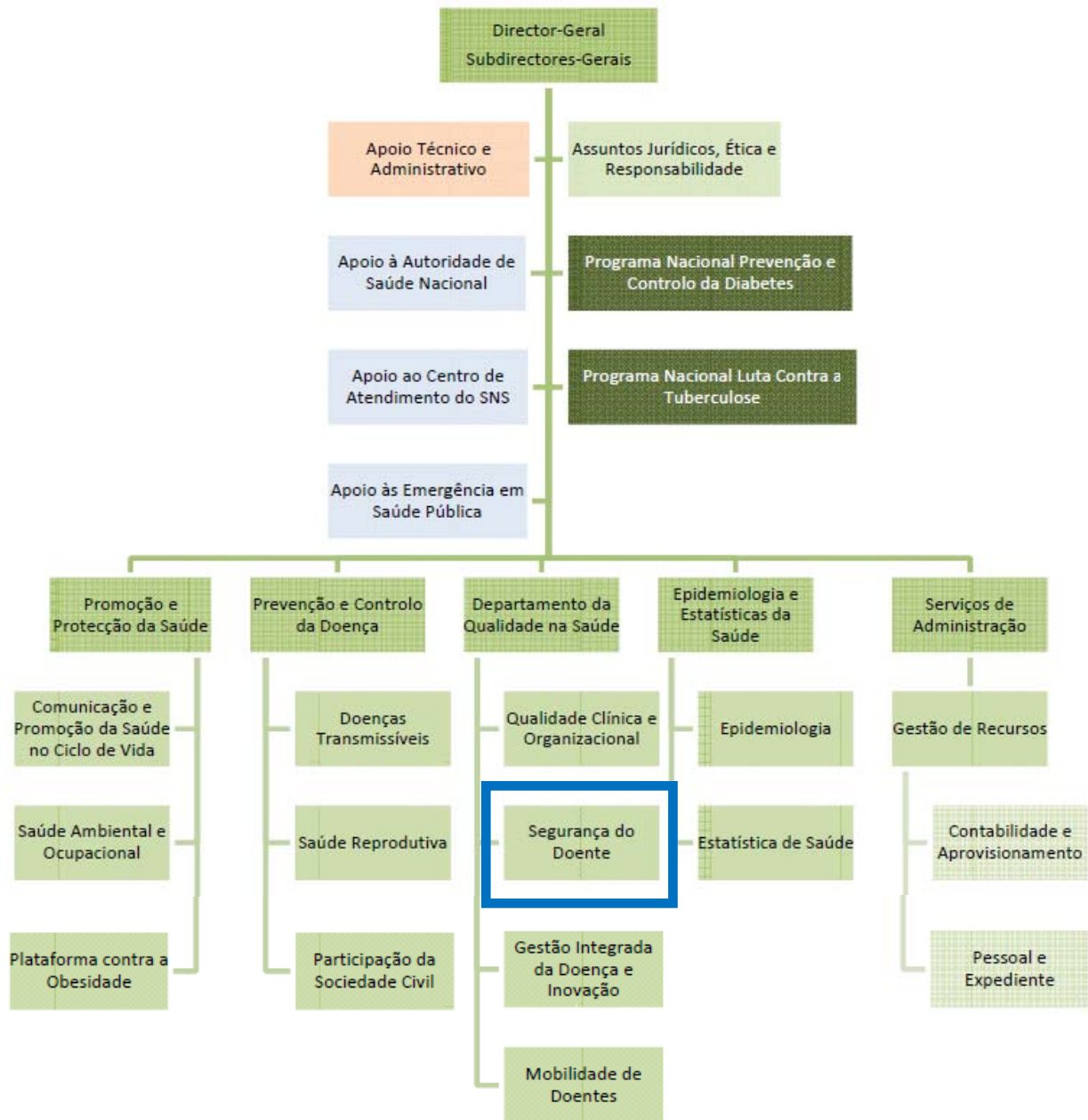
O Despacho n.º 7238/2010, 5 de Abr., que se refere às competências das unidades orgânicas da DGS, define que à Divisão da Segurança do Doente do Departamento do Qualidade na Saúde compete:

- a) Coordenar a prevenção e o controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde;
- b) Coordenar a prevenção das resistências aos antimicrobianos;
- c) Gerir a notificação de eventos adversos;
- d) Gerir o sistema nacional 'Sim Cidadão'.

O organograma da Figura B.2 permite situar a Divisão da Segurança do Doente do Departamento do Qualidade na Saúde e, conseqüentemente, Observatório Nacional no conjunto dos serviços da DGS.



Figura B.2 – Organograma da Direcção-Geral da Saúde (Abr. 2010)



Fonte: <http://www.dgs.pt/>

### **Inspecção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS)**

A IGAS é o serviço central da administração directa do Estado, que tem por missão assegurar, no âmbito das competências legalmente cometidas ao Governo, o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer pelos organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades públicas, privadas ou do sector social.

De acordo com o DL n.º275/2007, 30 de Jul., que aprova a orgânica da Inspecção-Geral das Actividades em Saúde, as suas principais atribuições são:

a) Verificar o cumprimento das disposições legais e das orientações aplicáveis por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde;

b) Actuar no âmbito do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado, no que diz respeito às instituições e serviços integrados no Ministério da Saúde ou sob sua tutela e garantir a aplicação eficaz, eficiente e económica dos dinheiros públicos, de acordo com os objectivos definidos pelo Governo, bem como a correcta utilização pelas entidades privadas dos fundos públicos de que tenham beneficiado;

c) Auditar as instituições e serviços integrados no Ministério da Saúde, ou por este tutelados, e inspecionar as actividades e prestações de saúde desenvolvidas por entidades do sector público, bem como por entidades privadas integradas ou não no Sistema de Saúde;

d) Desenvolver a acção disciplinar em serviços e organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados, nos termos previstos no presente diploma;

e) Efectuar acções de prevenção e detecção de situações de corrupção e de fraude promovendo os procedimentos adequados;

f) Colaborar com organismos nacionais e internacionais em matérias das atribuições das inspecções -gerais.

A actuação da IGAS ao nível das reclamações é assegurada pela Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento, competindo-lhe a monitorização da evolução das reclamações, sugestões e elogios apresentadas pelos cidadãos nos serviços e instituições do SNS e registadas no Sistema Sim-Cidadão (Despacho n.º4031/2008, 21 de Jan.).

O organograma da IGAS é apresentado na figura seguinte, no sentido de enquadrar na sua estrutura o serviço responsável pela gestão das reclamações.

Figura B.3 – Organograma da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (2010)



Fonte: <http://www.igas.min-saude.pt/>

### **Secretaria-Geral do Ministério da Saúde**

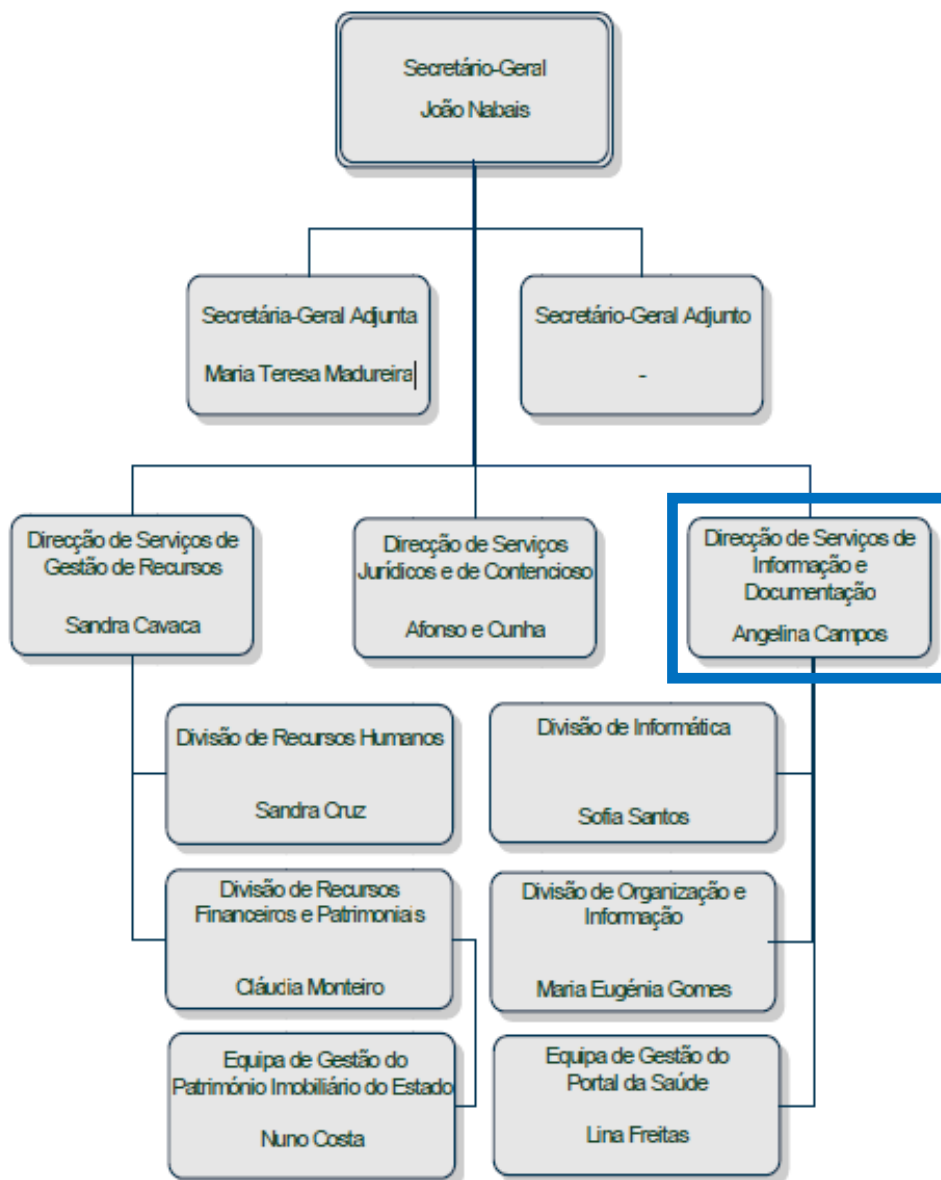
A Secretaria-Geral é um serviço central executivo de administração directa do Estado, com um papel integrador e dinamizador da orgânica do Ministério da Saúde, por forma a reforçar a ligação entre a sociedade e os serviços, bem como garantir a articulação institucional entre os organismos e estabelecimentos, quer a nível central, quer em termos regionais. Tem por missão assegurar o apoio técnico e administrativo aos gabinetes dos membros do Governo integrados no Ministério da Saúde e aos demais órgãos, serviços e organismos que não integram o Serviço Nacional de Saúde, nos domínios da gestão de recursos internos, do apoio técnico jurídico e contencioso, da documentação e informação e da comunicação e relações públicas.

Até à transferência de algumas atribuições para a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. em 2007, era à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, através dos serviços de Documentação e Informação, que competia coordenar e assegurar o tratamento das reclamações, queixas e sugestões dos utentes.

Actualmente, constitui-se como uma entidade de entrada das reclamações aos serviços de saúde, e faz um acompanhamento do movimento de todas as exposições do SNS introduzidas no sistema, através do Sim-Cidadão. É também receptora das vias amarelas de todas as reclamações efectuadas no Livro de Reclamações, bem como das respectivas respostas dadas aos utentes, e responsável pelo tratamento e resposta das reclamações consideradas de último nível (3.ª reclamação).

A figura que se segue diz respeito ao organograma da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, onde é de salientar a Direcção de Serviços de Informação e Documentação.

**Figura B.4 – Organograma da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (Junho 2010)**



Fonte: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/secgeral/organograma/organograma+sg.htm>

### **Entidade Reguladora da Saúde (ERS)**

A Entidade Reguladora da Saúde foi criada pelo DL n.º309/2003, 10 de Dez., e é uma entidade de regulação e supervisão do sector da prestação de cuidados de saúde, independente no exercício das suas funções, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes. Constituem atribuições da ERS:

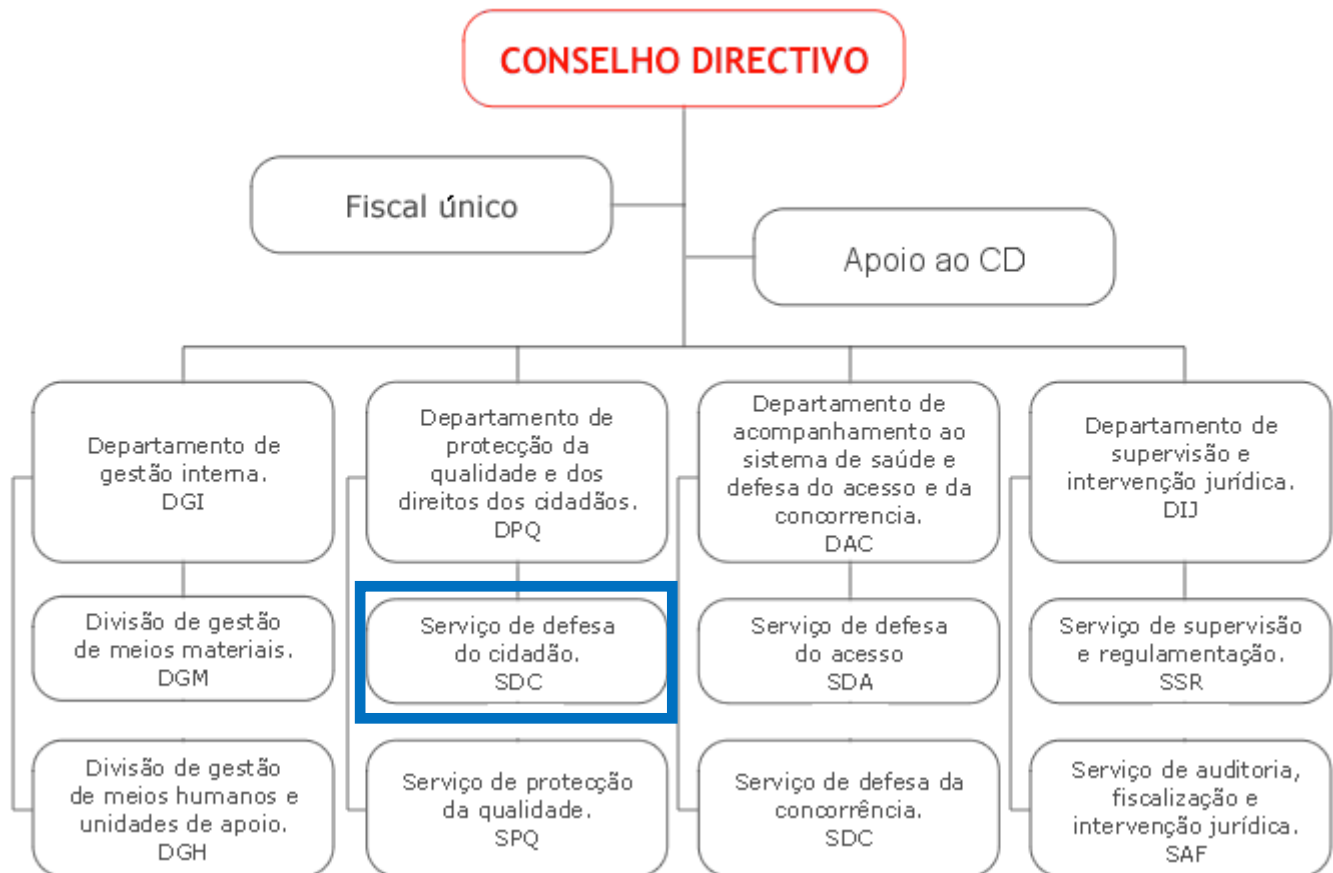
- a) Defender os interesses dos utentes;
- b) Garantir a concorrência entre os operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes;
- c) Colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector;
- d) Desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas.

Como estipulado pela Portaria n.º418/2005, de 14 de Abr., que se refere ao Regulamento Interno da ERS, ao Serviço de Defesa do Cidadão, que faz parte do Departamento de Protecção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos, incumbe:

- a) Avaliar, casuisticamente, todos os acontecimentos que possam ser susceptíveis de prejudicar os direitos dos cidadãos;
- b) Avaliar a satisfação dos cidadãos na perspectiva das reclamações e sugestões, em canais próprios já implementados ou a implementar;
- c) Defender a liberdade de escolha dos cidadãos das unidades privadas de saúde;
- d) Gerir a relação com os cidadãos que participem activamente com sugestões ou reclamações sobre os cuidados que lhes foram prestados;
- e) Propor a regulamentação de códigos de defesa dos direitos dos cidadãos;
- f) Desenvolver os mecanismos adequados ao cumprimento do disposto na alínea d) do número anterior.

O organograma da Figura B.5 permite situar a Serviço de Defesa do Cidadão, responsável pela gestão das reclamações dos utentes, no conjunto dos serviços da ERS.

**Figura B.5 – Organograma da Entidade Reguladora da Saúde (2010)**



Fonte: <http://www.ers.pt/quem-somos/organigrama>

## B.2 – Guião de entrevista

 <b>Instituto Universitário de Lisboa</b> <b>Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença</b> <b>2008/2010</b> <b>O(s) circuito(s) das reclamações dos utentes aos serviços de saúde</b>	
<b>DATA:</b> ___ / ___ / _____	<b>Entrevista n.º</b> _____

### GUIÃO DE ENTREVISTA

#### Bloco A

- O que tem a dizer acerca do modelo de reclamação aos serviços de saúde e respectivo modelo de gestão (Sim-Cidadão)?

(O que acha sobre este modelo? Considera-o suficiente, no sentido da informação ser devidamente tratada? Quais as diferenças, vantagens, desvantagens...entre o actual e anteriores com que já tenha trabalhado?)

- Que importância é atribuída à reclamação do utente?

(Ela é considerada pelas várias instâncias de decisão política na saúde como uma forma de participação viável e exequível? Ela serve, efectivamente, de base para a decisão política?)

- A informação resultante é utilizada nas políticas de saúde (não só ao nível do ministério mas também ao nível da administração e organização dos serviços de saúde, da gestão interna dos serviços, da gestão dos recursos humanos, de organizações de defesa dos consumidores, de associações de doentes, ou de outras organizações e instituições)?



## **Bloco B**

- O que pensa sobre a existência do Gabinete do Utente e do Gabinete de Qualidade dos serviços de saúde? (Quais os objectivos e as funções e qual o seu papel relativamente às reclamações?)

- Que articulações existem ou acha que poderão existir entre estes dois gabinetes? (Será que, relativamente às reclamações, pode considerar-se que um produz a informação (GU) e o outro utiliza-a (GQ)? Como? Que informação é produzida pelos dois gabinetes e como é que ela é utilizada?)

## **Bloco C**

- Da experiência que tem, o que pensa sobre o acesso dos utentes à informação produzida no processo de reclamação?

(Concorda com isso? Não/Sim, Porquê? Acha que o utente deveria estar mais informado?)

- O que pensa sobre a participação do utente na saúde?

- Da sua experiência, o que pensa da relação utente/serviços de saúde, nos dias de hoje face ao “passado” (independentemente da questão das reclamações)?

(Ou relações a outros níveis que ache importante discutir...)

Mais uma vez, muito obrigado pela sua colaboração!

### **B.3 – Extracto de entrevista**

**“E – Bom, e relativamente à existência do Gabinete do Utente e do Gabinete da Qualidade nos serviços de saúde... [Entrevistador interrompido pelo entrevistado]**

**e – Gabinete da Qualidade?! O que é isso?!**

**E – Não existe?! Sei que em alguns hospitais existe um Gabinete da Qualidade ou um Departamento da Qualidade.**

**e – Há modelos variáveis. Cada hospital cria a estrutura na área da qualidade que tem entendido, portanto isso não está uniformizado.**

**E – Pronto. Mas acha que existe alguma articulação entre essas várias estruturas e o Gabinete do Utente?**

**e – Não lhe sei dizer. Isso terá que perguntar aos hospitais!**

**E – Mas acha que deveria existir?**

**e – O quê?**

**E – Uma articulação entre o Gabinete do Utente e as estruturas da qualidade.**

**e – Claro que sim. (...)**

**E – E ao nível das reclamações... Do seu ponto de vista, acha que pode-se considerar que o Gabinete do Utente é o produtor de informação ao nível das reclamações e que depois as estruturas da qualidade deveriam ser utilizadoras dessa informação?**

**e – Acho que sim. Volto a repetir: por isso é que (...)**

A determinada altura o entrevistado foi questionado se a diversas entidades que estão envolvidas na gestão das reclamações se articulavam de modo a fazer uma gestão conjunta ou se cada uma delas fazia uma gestão própria e seguia os seus próprios procedimentos. Ao que respondeu:

**“e – Está claro que vai ter que ver melhor a organização do sistema. Porque há competências estabelecidas, a [entidade] tem as suas competências, nós temos as nossas e a [entidade] têm as suas próprias. (...) Depois, toda a cadeia de coordenação está bem explícita nos documentos legais, portanto...**

**E – Exacto, eu sei que cada entidade tem as suas competências bem definidas, mas o que eu queria perceber era exactamente se existem, ou não, articulações ao nível das várias entidades.**

e – Existem, claro que sim. Obviamente que sim!”

Como referido anteriormente, o último conjunto de questões era composto por perguntas mais genéricas que pretendiam abordar o ponto de vista do entrevistado.

**“E – E o que é que pensa sobre o acesso que os utentes têm à informação que é produzida no processo da reclamação? Acha que os utentes têm acesso à informação ou esse acesso não lhes é dado?”**

e – Claro que têm! Olhe, têm e até é dado conhecimento ao cidadão do encaminhamento e da situação da reclamação.

**E – E acha que isso acontece em todos os casos ou consoante o tipo de reclamação...**

e – Não sei! Não sei se acontece em todos os casos, não conheço nenhum estudo que se tenha feito para ver se as pessoas têm acesso à tramitação de cada um dos processos *per si*.

[Tom de voz impulsivo]

É que as perguntas que me está a fazer não têm nenhuma base científica para eu responder, percebe?! Portanto, são meras opiniões e que eu não me atrevo a dizer porque eu não conheço nenhum estudo que me diga se os cidadãos tiveram acesso às reclamações. Portanto, eu penso que isso são perguntas que não se fazem.

**E – É assim, eu faço-as enquanto... [Entrevistador interrompido pelo entrevistado]**

e – [Tom de voz impulsivo] Pode é perguntar assim: existe algum estudo ou vocês sabem qual é a percentagem de doentes que têm acesso à tramitação das reclamações? Aí eu dir-lhe-ia... Agora, não pode perguntar a minha opinião: “Ouça lá, você acha que os cidadãos têm acesso?”. Isso não é científico, eu não lhe posso responder a isso. Não sei. Eu posso chegar lá e dizer “Ah tenho” e que eles têm acesso, mas não lhe posso dizer que todos têm acesso, para isso tenho que fazer um estudo... É que isso que está a falar é tudo tão genérico que não tem nada de científico.

**E – É que eu pensava que enquanto [função e cargo do entrevistado] tinha...**

e – [Tom de voz impulsivo] Tinha o quê?! Opiniões?!

**E – Tinha conhecimento sobre estas questões...**

e – [Tom de voz impulsivo] Eu não tenho que ter opiniões, eu tenho que ter evidências, certo?!

**E – Tudo bem. Humm... E o que é que pensa sobre a participação do utente na saúde? Acha que os utentes são participativos?**

e – [Tom de voz impulsivo] Mas não se faz esse tipo de perguntas. Peço desculpa, já lhe respondi... Estão criados mecanismos para a participação do cidadão. (...) Há fóruns precisos para que os cidadãos participem. (...) Se me perguntar, uma pergunta concreta: os cidadãos têm mecanismos, estão desenhados mecanismos, existem mecanismos de participação do cidadão no sistema de saúde? Eu digo-lhe que sim. Depois há vários, que é uma questão de identificar e ver quais são. Portanto, se pegar nos documentos que são publicados pela [entidade], por exemplo, documentos técnicos, inclusivamente, vê lá a participação das associações de doentes respectivas, por áreas temáticas, depende. (...)

Mas isso é público. Agora, pergunta-me se eu acho? Eu não tenho que achar, existem estes mecanismos, há estes mecanismos para a participação dos cidadãos. Portanto, participam aqueles que querem participar.

**E – Bom, esta era mesmo a minha última questão.**

e – Agora, as questões que coloca são de tal maneira vagas e baseadas em opiniões que não são científicas, percebe? Você está a perguntar-me: “Você acha que os cidadãos participam? Você acha que os cidadãos têm conhecimento das reclamações?” Isso é jornalístico! Não é científico. Essas perguntas que está aqui a fazer não é como jornalista.

**E – Ah, mas eu nem sequer sou jornalista...**

e – Por isso mesmo, é como mestranda, portanto é um trabalho científico, não é? Isso são perguntas de tal maneira vagas que não têm nenhum valor, as respostas... percebe?

**E – Bom, mais uma vez muito obrigada.**

e – De nada.”

## ANEXO C

### C.1 – Artigo “Direitos dos Pacientes” da Revista Teste Saúde n.º76 de Dezembro 2008/Janeiro 2009 (DECO)

Mais de metade dos inquiridos conhece mal os direitos e deveres. Um quarto denuncia motivos de queixa, mas só 4% reclamaram por escrito

#### DIREITOS DOS PACIENTES



# Portugueses pouco informados

INQUÉRITO  
DECO  
PROTESTE

Quase 40 mil portugueses reclamaram dos serviços de saúde, em 2007, segundo o relatório do Gabinete do Utente. As críticas centram-se na organização dos serviços e na falta de recursos. O tempo de espera para obter cuidados e a deficiente articulação entre centros de saúde e hospitais são os principais pontos criticados pelos utentes. As queixas formais reflectem uma pequena parte das situações em que os pacientes julgam ter sido prejudicados.

No nosso estudo, 7 em cada 10 inquiridos pensam que os direitos dos pacientes estão todos na lei, mas não é verdade. Alguns fazem parte de propostas de acção de entidades, como a Organização Mundial de Saúde, de códigos

#### O NOSSO ESTUDO

#### Experiência de 1400 inquiridos

- Em Março de 2008, enviámos um questionário pelo correio a uma amostra representativa da população dos 18 aos 74 anos. Objectivo: saber o que portugueses conhecem dos seus direitos e deveres enquanto doentes e identificar barreiras para o exercício dos primeiros.
- Recebemos 1362 questionários válidos. Os dados recolhidos foram ponderados, sendo representativos dos adultos de Portugal Continental, por sexo, idade, residência e educação.

#### Exercer os seus direitos melhora a qualidade dos serviços de saúde

deontológicos dos profissionais ou de acordos entre instituições. Embora prevejam sanções, as normas escritas nestes documentos, em geral, são consideradas na avaliação dos processos de reclamação, mesmo em tribunal.

Quando recorrem aos serviços, os pacientes estão quase sempre vulneráveis. A sua saúde e, por vezes, a vida dependem dos profissionais. Os direitos dos doentes visam proteger o elo mais fraco e melhorar a qualidade dos cuidados. Está provado que pôr em prática os direitos e responsabilidades dos pacientes promove a relação entre médico e doente e diminui os erros. Para isso, é preciso que os utentes conheçam as regras e possam exigir o seu cumprimento.

DIREITOS DOS PACIENTES

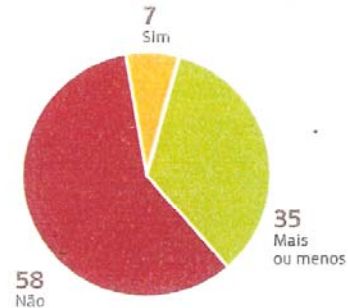
**10** CONHECER PARA EXIGIR  
DIREITOS E DEVERES DE TODOS



Doentes internados têm direito a assistência espiritual

- 1** O paciente tem o direito de seleccionar os serviços e profissionais que lhe prestam cuidados. Pode escolher, por exemplo, o médico de família, entre os que tiverem vagas. O centro de saúde da residência é obrigado a aceitá-lo. Pode também propor-se ao da zona do trabalho, que o aprova ou não.
- 2** Um doente na posse das suas capacidades mentais pode aceitar ou recusar os tratamentos propostos.
- 3** Acesso a meios de tratamento adequados, com a urgência necessária, privacidade e respeito.
- 4** Confidencialidade dos dados pessoais e da informação relativa ao seu estado.
- 5** Ser ou não informado sobre a situação clínica, alternativas de tratamento e evolução provável da sua condição.
- 6** Receber assistência religiosa, por exemplo, quando internado no hospital, se o desejar.
- 7** Reclamar, caso seja mal tratado, e receber indemnização por prejuízos. Para isso, terá de recorrer a tribunal.
- 8** O paciente também tem deveres, como respeitar os direitos dos outros, a lista de espera, as prioridades no atendimento e a necessidade de descanso, entre outros.
- 9** Observar as regras de organização dos serviços e pagar uma parte quando recebe cuidados.
- 10** Colaborar com os profissionais, por exemplo, dando a informação pedida e participando nas decisões do tratamento.

Está bem informado?



Os meios de comunicação social e cartazes são as principais fontes dos pacientes

**7 em cada 10 portugueses tiveram dificuldade em consultar o médico de família**

> O nosso inquérito mostra que ainda há um longo caminho a percorrer nos serviços.

**Metade mal informada**

■ A maior parte dos inquiridos consideram-se mal informados sobre os seus direitos enquanto doentes e 86% pouco sabem acerca dos deveres. Apenas metade afirmou ter reparado na promoção destes direitos no último ano, sobretudo, na comunicação social, brochuras, folhetos ou cartazes.

Os profissionais de saúde e os familiares e amigos são outras fontes importantes. A televisão, os jornais e as revistas são os que mais influenciam.

■ Ao nível das responsabilidades, a mais reconhecida é o dever de respeito pela privacidade e descanso dos restantes pacientes. Os inquiridos sentem-se, ainda, obrigados a comparecer às consultas e tratamentos marcados e a fornecer aos profissionais todos os dados sobre a sua doença, hospitalizações e medicamentos que tomam.

■ O direito e dever de participar nas decisões acerca da própria saúde é menos reconhecido pelos utentes, habituados a deixar tudo

nas mãos dos profissionais. Cerca de metade dos inquiridos não se sentem obrigados a participar nas decisões sobre tratamentos.

■ Esta falta de à-vontade traduz-se na adesão ao tratamento: mais de um terço dos que reconhecem o respeito pela terapia como dever têm problemas em seguir as indicações médicas, provavelmente, porque não as perceberam bem.

■ O acesso a cuidados de saúde adequados e de qualidade é um direito de todos. Mas a universalidade pode estar em causa quando há aperto financeiro e falta de resposta do Serviço Nacional de Saúde. Sete em cada 10 inquiridos admitiram ser difícil consultar o médico de família e 13% dizem não ter médico. Não admira, pois, que muitos recorram a privados, apesar da dificuldade em pagar manifestada por 15% da amostra.

### Escolha condicionada

■ A falta de conhecimento leva metade dos portugueses a sentirem-se desprotegidos face a quem lhes presta cuidados, sobretudo, em caso de erro ou negligência médica. Para obter compensação

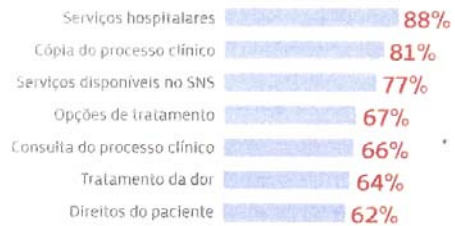
por eventuais danos, é preciso provar a culpa em tribunal, o que nem sempre é fácil. A demora e os custos elevados dos processos são outras razões para que apenas 31% se mostrem dispostos a pagar para fazer valer os seus direitos.

■ Ao nível da informação, por exemplo, a maioria considera difícil ou impossível saber que serviços existem nos hospitais e a sua qualidade. Os dados sobre a própria saúde estão pouco acessíveis: 81% declararam obstáculos em obter uma cópia do seu processo clínico e quase 7 em cada 10 revelaram ser complicado consultá-lo.

■ A escolha das unidades e dos profissionais é reclamada pelos pacientes, mas está condicionada à partida, como reconhecem 80% dos inquiridos. O centro de saúde por defeito é o que serve a área de residência. O doente pode escolher o médico de família, entre os que tiverem vagas. Na prática, a decisão cabe a poucos: 8 em cada 10 não puderam exercer o direito de opção.

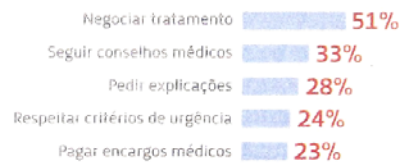
■ O acesso a segunda opinião sobre uma doença ou tratamento, segundo a maioria dos inquiridos,

### Difícil obter informação



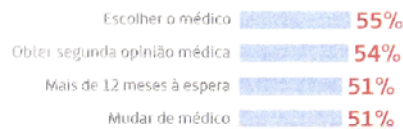
Conhecer a lista de cuidados, a sua qualidade e aceder aos seus dados clínicos é tarefa árdua

### Desconhecem deveres



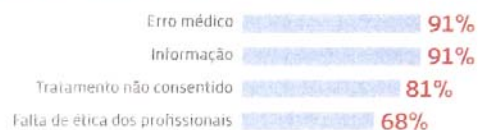
86% dos inquiridos pouco ou nada sabem sobre os seus deveres enquanto pacientes

### Direitos negados



8 em cada 10 inquiridos afirmaram não poder escolher o centro de saúde, hospital e profissionais

### Inquiridos sentem-se desprotegidos



Metade dos portugueses sentem-se desprotegidos face a quem lhes presta cuidados de saúde



O Ministério da Saúde tem de desenvolver mais campanhas de informação para os pacientes

## DIREITOS DOS PACIENTES

> é difícil ou impossível de obter, sobretudo, nos estabelecimentos públicos. Para os inquiridos, o processo é demasiado burocrático (59%) ou essa possibilidade não existe (44 por cento). Nos privados, é muito caro, porque é preciso pagar outra consulta.

### Receio trava queixas

■ Cerca de 30% dos portugueses revelou motivos de queixa dos serviços de saúde no último ano, mas só 4% reclamaram. A maioria não o fez por “não servir para nada”. Mas há também quem considere o processo burocrático ou não sai-

ba como e onde protestar. Em 18% dos casos, o medo da reacção dos profissionais impede a denúncia.

■ Quem já fez uma reclamação confessa que o procedimento é fácil, embora, na maioria, não tenha produzido os efeitos pretendidos: mais de metade considera uma perda de tempo e 1 em cada 10 sente que “as coisas pioraram”.

■ Cerca de um décimo dos portugueses nunca apresentaria queixa contra o médico de família. Motivos: receio de serem mal tratados no futuro e sensação de inutilidade. Os restantes profissionais, sobretudo, em lares de terceira

**27% dos inquiridos não se informam sobre direitos, nem reclamam**

idade, merecem menos hesitações: boa parte dos inquiridos queixar-se-ia por escrito.

■ Em caso de atropelo aos direitos num hospital público, a maioria apresentaria queixa na instituição. Já um conflito numa clínica privada seria levado às ordens profissionais por um terço dos inquiridos. Porém, o livro de reclamações e a denúncia na comunicação social são vistos como mais eficazes.

■ Apesar do sentimento generalizado de que não vale a pena, é útil reclamar: o número de queixas é um critério de avaliação dos serviços e contribui para melhorá-los.

### RECLAMAÇÕES DE SUCESSO

## DISPARAR NA DIRECÇÃO CERTA

Falar com os profissionais envolvidos é o primeiro passo, se sentir os direitos atropelados. Caso não resulte, queixe-se no livro de reclamações e ao Gabinete do Utente. Em situações graves, o melhor é recorrer às entidades em baixo. Para obter uma indemnização, terá de contratar um advogado e recorrer a tribunal.

#### Entidade Reguladora da Saúde

Recebe todas as reclamações de serviços de saúde públicos e privados. Recebe queixas *on-line*.

#### Direcção-Geral da Saúde e Administrações Regionais

Respondem pela organização dos serviços públicos e pelos acordos com privados. Problemas no funcionamento de serviços devem ser-lhes comunicados.

#### Ordens profissionais

Se pensa que foi vítima, por exemplo, de erro, negligência, abuso ou falta de respeito de um médico ou enfermeiro, peça a intervenção da respectiva ordem.



Duas armas simples para reclamar dos serviços

## CONSUMIDORES EXIGEM

### Mais informação e liberdade de escolha

◆ Os ministérios da Saúde e da Educação têm de apostar na informação sobre direitos e deveres. Pode ser útil, por exemplo, integrar esta matéria nos programas escolares e nos manuais dos centros de saúde.

◆ As autoridades europeias, como a Comissão e o Parlamento, devem definir uma carta europeia dos direitos dos pacientes. Objectivo: todos os europeus poderem exigir o mesmo.

◆ Os direitos e responsabilidades devem ser reunidos num documento, para serem mais fáceis de divulgar e conhecer.

◆ A Direcção-Geral da Saúde deve zelar pelo cumprimento das regras. É preciso maior flexibilidade, para podermos optar pela unidade de saúde mais conveniente.

◆ Os serviços têm de criar mecanismos que permitam uma segunda opinião médica.

◆ Os pacientes devem manter-se informados, para que possam ser exigentes e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços. No Editorial da pág. 3, propomos medidas concretas. ♥



## C.2 – Taxas de reclamações

**Quadro C.1 – Taxa de reclamações nos cuidados de saúde primários, por ARS, em 2009  
(%o actividade assistencial/reclamações)**

ARS	TAA	TR	%o	TDOU	TRU	%o	TCM	TRCM	%o
Algarve	1.390.604	1.549	1,11	324.151	625	1,93	1.065.176	650	0,61
LVT	11.861.817	9.164	0,77	1.375.996	525	0,38	10.446.359	2.146	0,21
Centro	5.426.232	2.079	0,38	1.193.697	472	0,40	4.209.649	968	0,23
Norte	17.331.118	6.357	0,37	2.069.726	901	0,44	15.157.774	2.633	0,17
Alentejo	2.485.148	891	0,36	564.703	214	0,38	1.865.175	326	0,17
<b>Totais - 2009</b>	<b>38.494.919</b>	<b>20.040</b>	<b>0,52</b>	<b>5.528.273</b>	<b>2.737</b>	<b>0,50</b>	<b>32.744.133</b>	<b>6.723</b>	<b>0,21</b>

**Legenda:** TAA - Total da Actividade Assistencial; TR - Total de Reclamações; TDOU - Total de Doentes Observados na Urgência; TRU - Total de Reclamações à Urgência; TCM - Total de Consultas Médicas; TRCM - Total de Reclamações à Consulta Médica; %o Peso das reclamações face à actividade assistencial considerada (taxa de reclamações - permilagem);

Fonte: *Relatório do Gabinete do Utente – 2009* (IGAS, 2010b)

### Quadro C.2 – Taxa de reclamações nos hospitais, no último triénio (% actividade assistencial/reclamações)

Instituições Hospitalares	2007			2008			2009		
	TAA	TR	%	TAA	TR	%	TAA	TR	%
• Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais	1.836	6	3,27	1.983	6	2,52	2.602	-	-
• Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	277.406	872	3,14	283.166	763	2,69	300.308	758	2,52
• Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	453.813	1286	2,79	473.332	2018	4,28	481.725	2.037	4,23
• Hospital Central de Faro	350.846	909	2,59	400.124	837	2,09	414.445	894	2,16
• Hospital Santa Maria, E.P.E. (Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.)	876.506	2080	2,37	979.386	2284	2,33	1.041.627	2.619	2,51
• Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	370.753	843	2,27	387.573	1089	2,81	411.013	1.127	2,74
• Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	202.579	454	2,24	203.823	751	3,68	190.471	605	3,18
• Hospital Rulido Valente, E.P.E. (Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.)	171.284	383	2,12	182.897	334	1,83	184.030	276	1,50
• Maternidade Dr. Alfredo da Costa	113.354	226	1,99	117.119	302	2,58	121.688	273	2,24
• Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	659.469	1285	1,95	699.027	1401	2,00	693.885	1.472	2,12
• Hospital Pedro Hispano (ULS de Matosinhos, E.P.E.)	380.440	730	1,92	405.749	810	2,00	378.396	858	2,33
• Hospital S. Sebastião, E.P.E. - Santa Maria da Feira (Centro Hospitalar de Entre o Douro e o Vouga, E.P.E.)	419.886	804	1,91	424.106	843	1,52	421.753	799	1,89
• Hospital do Montijo (Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.)	62.973	113	1,79	64.160	125	1,95	61.885	158	2,55
• Centro Hospitalar de Torres Vedras	184.259	330	1,79	186.532	298	1,59	188.499	256	1,36
• Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	592.654	1029	1,74	632.175	1679	2,66	682.662	1.286	1,88
• Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca - Amadora / Sintra, E.P.E.	555.096	983	1,73	551.927	1161	2,10	595.648	1.441	2,42
• Centro Hospitalar de Cascais (HFP - Cascais)	208.157	359	1,72	214.139	202	0,94	203.197	501	2,47
• Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcoobaça (Centro Hospitalar Oeste Norte)	59.938	102	1,70	57.646	85	1,47	53.960	70	1,30
• Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. - Aveiro	293.749	485	1,58	328.023	513	1,58	347.377	442	1,27
• Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	95.505	145	1,52	96.858	214	2,21	95.041	252	2,65
• Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. - Barreiro (Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.)	383.421	547	1,51	337.352	538	1,59	388.944	701	1,80
• Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.	276.880	412	1,49	287.772	592	2,06	316.344	1.049	3,32
• Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria	337.514	492	1,46	364.257	592	1,63	377.442	564	1,49
• Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.	246.057	346	1,41	284.476	410	1,44	300.367	442	1,47
• Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.	473.829	649	1,37	473.579	715	1,51	494.977	797	1,61
• Hospital Curry Cabral	314.063	428	1,36	307.759	613	1,99	315.537	543	1,72
• Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	148.236	201	1,36	156.659	193	1,23	178.364	261	1,46
• Centro Hospitalar Lisboa Zona Central, E.P.E.	1.024.810	1289	1,24	905.080	1.521	1,68	924.826	1.558	1,68
• Centro Hospitalar Alto Minho, E.P.E. (ULS Alto Minho, E.P.E.)	357.770	428	1,20	364.242	439	1,21	373.445	509	1,36
• Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	123.236	144	1,17	98.387	136	1,38	98.968	135	1,36
• Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	770.102	890	1,16	781.328	1.255	1,61	811.396	1.444	2,36
• Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	282.320	325	1,15	303.484	369	1,22	309.463	376	1,22
• Hospital S. João, E.P.E. - Porto	923.323	1056	1,14	984.532	1.011	1,03	1.118.836	1.336	1,19
• Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	402.498	459	1,14	416.137	455	1,09	420.135	459	1,10
• Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	50.247	57	1,13	50.790	53	1,04	47.479	35	0,74
• Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (Centro Hospitalar Oeste Norte)	160.808	182	1,13	172.947	274	1,58	185.967	417	2,24
• Hospital Sousa Martins - Guarda (ULS da Guarda, E.P.E.)	151.943	165	1,09	152.794	144	0,94	155.113	120	0,77
• Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	310.067	335	1,08	401.576	383	0,90	482.504	322	0,67
• Centro Hospitalar Róvoo de Vazim/Vila do Conde	180.529	187	1,04	185.528	211	1,14	176.181	237	1,35
• Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. (ULS Baixo Alentejo, E.P.E.)	163.368	169	1,03	175.419	212	1,21	179.505	208	1,16
• Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	268.682	272	1,01	256.252	292	1,14	277.051	270	0,97
• Unidades Hospitalares da (ULS do Norte Alentejano, E.P.E.)	144.334	144	1,00	195.772	191	0,98	207.439	220	1,06
• Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	411.135	407	0,99	415.877	442	1,06	444.866	678	1,52
• Hospital S. Marcos - Braga	427.327	402	0,94	464.459	449	0,97	482.407	526	1,09
• Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, E.P.E.	282.895	262	0,93	112.817	211	1,87	128.252	240	1,87
• Hospitais Universidade de Coimbra	744.472	860	0,89	783.356	680	0,89	791.268	683	0,86
• Hospital Distrital de Águeda	77.406	67	0,87	83.743	66	0,79	79.962	57	0,71
• Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	500.560	410	0,82	488.284	513	1,05	496.405	521	1,05
• Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu	404.522	328	0,81	432.362	328	0,76	458.907	351	0,76
• Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	71.094	54	0,76	30.845	18	0,58	33.070	18	0,54
• Hospital Distrital de Pombal	66.328	48	0,72	63.918	57	0,89	66.346	62	0,93
• Hospital Distrital de S. João da Madeira (Centro Hospitalar Entre o Douro e o Vouga, E.P.E.)	87.452	62	0,71	79.830	77	0,96	79.811	52	0,65
• Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	39.967	26	0,65	46.482	51	1,10	49.334	24	0,49
• Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco (ULS de Castelo Branco, E.P.E.)	184.200	118	0,64	178.550	161	0,90	186.789	161	0,86
• Hospital José Luciano de Castro - Anadia	55.435	35	0,63	15.574	19	1,22	15.868	4	0,25
• Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	250.593	154	0,61	252.228	162	0,64	328.402	152	0,46
• Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	53.192	30	0,56	14.829	3	0,20	19.795	10	0,51
• Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.	75.668	40	0,53	82.764	34	0,41	62.579	25	0,40
• Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.	239.255	122	0,51	231.718	103	0,44	240.388	152	0,63
• Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	181.740	87	0,48	184.967	87	0,47	184.789	76	0,41
• Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo - Peniche (Centro Hospitalar Oeste Norte)	53.504	25	0,47	55.782	23	0,41	52.567	30	0,57
• Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	328.636	147	0,45	336.527	199	0,59	276.952	156	0,56
• Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	54.066	23	0,43	47.557	16	0,34	14.897	10	0,68
• Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	144.710	58	0,39	149.577	48	0,32	151.389	76	0,50
• Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia (ULS Guarda, E.P.E.)	73.503	22	0,30	73.438	16	0,22	68.397	33	0,48
• Hospital S. Miguel - Oliveira de Azeméis (Centro Hospitalar Entre o Douro e o Vouga, E.P.E.)	103.073	27	0,26	84.601	68	0,80	73.419	84	1,14
• Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	66.954	15	0,22	35.714	12	0,34	38.126	11	0,29
• Hospital Joaquim Urbano	100.312	20	0,20	106.937	20	0,19	118.915	20	0,17
<b>Total</b>	<b>18.892.255</b>	<b>26.148</b>	<b>1,38</b>	<b>19.178.583</b>	<b>29.954</b>	<b>1,56</b>	<b>19.754.053</b>	<b>32.739</b>	<b>1,66</b>

Legenda: TAA - Total da Actividade Assistencial; TR - Total de Reclamações; % - Peso das reclamações face à actividade assistencial considerada (taxa de reclamações- participação).

Fonte: Relatório do Gabinete do Utente – 2009 (IGAS, 2010b)

### **C.3 – Enquadramento político-legislativo**

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo relativamente curtos, transformações de grande importância: a democratização e descolonização em 1974, a entrada na CEE em 1986 e a integração na União Monetária Europeia em 2000. Estes foram ciclos evolutivos que, pela multiplicidade e riqueza dos contactos internacionais na perspectiva da rápida transmissão de conhecimentos científicos, bem como a integração de representantes portugueses nas equipas de peritos a nível global marcaram decisivamente o sistema de saúde português. Apesar da análise do sistema de saúde em Portugal centrar-se no contexto histórico das mudanças estruturais introduzidas pela Revolução de 25 de Abril de 1974, importa, no entanto, remontar ao final da década de 50, quando a saúde em Portugal passa a ter um ministério próprio, o Ministério da Saúde e Assistência.

**1958** - A Organização Mundial de Saúde (OMS), o principal organismo internacional de saúde, face aos obstáculos que teve de enfrentar, foi criada apenas em 7 de Abril de 1948. No texto da sua Constituição (Nações Unidas, 1946:1), a definição de saúde dá um salto qualitativo muito elevado, sendo considerada com um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade”. Em Portugal, só dez anos depois da fundação da OMS é que a saúde portuguesa, até então sob a tutela do Ministério do Interior, passa a ter um ministério próprio, o Ministério da Saúde e Assistência (1958). Na prática, tratou-se da simples elevação de um subsecretariado à categoria de ministério através de um único artigo que não define nem missão nem competências legais: “Art.1º - É criado o Ministério da Saúde e Assistência, para o qual são transferidos os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, até ao presente dependentes do Ministério do Interior, e extinto o cargo de Subsecretário de Estado da Assistência Social” (DL n.º 41825, 13 Ago. 1958).

**1969/70** – Surgem novas medidas políticas e jurídico-administrativas no regime e, em 1970, Marcelo Caetano proclama a passagem do “Estado Novo” ao “Estado Social” (Carapinheiro e Pinto, 1987). É nesta linha de actuação governamental que acontece a primeira mudança do papel do Estado na organização dos cuidados de saúde.

**1971/72** – É promulgado o DL n.º 413/71, 27 de Set., que constitui a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, criado em 1958, passando os serviços a serem reorganizados de acordo com os novos princípios de promoção da saúde e prevenção da

doença. Este decreto inaugura, assim, uma nova filosofia de protecção da saúde e dá início a grandes mudanças neste sector. De facto, neste diploma estão explícitos princípios como o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde e Assistência; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados; e, ainda, a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. É neste contexto que surgem os “centros de saúde de primeira geração”, que não integravam ainda os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

- O DL n.º 351/72, 8 de Set., aprova o regulamento geral dos serviços do Ministério, os quais se encontram divididos em serviços centrais (Secretaria-Geral; Gabinete de Estudos e Planeamento; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical; Direcção-Geral de Saúde; Direcção-Geral dos Hospitais; Direcção-Geral de Assistência Social), serviços locais (centros de saúde; inspecções, concelhos e comissões coordenadores) e serviços especiais (órgãos jurisdicionais – comissões arbitrárias de assistência, serviços sociais).

No que diz respeito à participação dos utentes através da reclamação, é de salientar que, por esta altura, o único serviço que prevê este direito é a Inspecção Superior de Medicina Social, pertencente à DGS, através da Direcção de Serviços de Saúde Mental. Segundo o disposto no artigo 33º, ponto 11, alínea *h*) do DL n.º 413/71, 27 de Set., é da competência desta direcção “apreciar as reclamações que lhe sejam dirigidas sobre o funcionamento de serviços ou estabelecimentos de saúde mental e propor ao Ministro as medidas adequadas a cada caso concreto” e, segundo o artigo 55º, ponto 1, alínea *i*) do DL n.º 351/72, 8 de Set., “fiscalizar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental, oficiais e particulares, e apreciar as queixas e reclamações que sobre ele lhe sejam apresentadas pelos internados ou seus familiares, pelo pessoal ou pelo público em geral, e tomar medidas adequadas ou propô-las à entidade competente se excederem a sua própria competência”.

**1973** – Surge o Ministério da Saúde autonomizado face à Assistência, através do DL n.º 584/73, 6 de Nov. As actividades de assistência são, assim, separadas das actividades de saúde e passam a estar integradas no Ministério das Corporações e Segurança Social. Isto significa que o Estado português considera finalmente a saúde e a segurança social como dois domínios autónomos, objecto de políticas sociais. Estas medidas constituem o início do

fenómeno da universalização da prestação de cuidados de saúde, bem como a preocupação pela prevenção da doença (Carapinheiro e Pinto, 1987).

**1974** – A evolução da organização da saúde foi influenciada por acontecimentos externos ao sector, relacionados com os contextos social, económico e político do país. A democratização em 1974 foi um desses acontecimentos que, instaurando progressivamente um regime democrático num novo quadro de liberdades civis e políticas, introduziu grandes modificações estruturais no sistema de saúde e criou as condições políticas e sociais que, mais tarde, vão permitir a constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os Serviços Médico-Sociais (SMS), uma rede nacional de serviços prestadores de cuidados de saúde em regime ambulatorio que, numa primeira fase, cobria apenas os indivíduos sujeitos a um regime contributivo, sendo, já no período marcelista, alargada à parte da população não coberta por qualquer outra forma de protecção à saúde, são destacados do sistema de “Previdência Social”, com vista à sua futura integração no SNS, que já se definia como um projecto de política de saúde, assumindo no enquadramento ideológico do programa da Revolução um carácter universal, geral e gratuito, remetendo para o Estado o seu financiamento total. Estes virão a ser extintos com a criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários pelo DL n.º74-C/84, 2 de Mar.

Apesar da autonomização do Ministério da Saúde em 1973, este é transformado neste ano em Secretaria de Estado da saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo DL n.º 203/74, 15 de Maio: “Art.9º - 1. – O Ministério dos Assuntos Sociais compreende as seguintes Secretarias de Estado: *a*) Saúde; *b*) Segurança Social”. Através deste diploma a Junta de Salvação Nacional defende a “*a*) garantia e regulamentação do exercício das liberdades cívicas, nomeadamente das definidas em declarações Universais de Direitos do Homem” e a “*b*) promulgação de medidas preparatórias de carácter económico, social e cultural que garantam o exercício efectivo da liberdade política dos cidadãos”; e, como política social, “*g*) o lançamento das bases para a criação de um SNS ao qual tenham acesso todos os cidadãos”.

**1975** – As modificações estruturais da sociedade portuguesa foram em grande parte ocasionadas, ou pelo menos facilitadas, pela movimentação social ampla e profunda que a Revolução de Abril veio ocasionar. Esta iniciou-se com a democratização das estruturas de administração dos serviços e foi reforçada através de tentativas de participação popular e de descentralização dessa administração. De acordo com Campos (1986), a participação directa da população na administração dos serviços de saúde assumiu um papel muito limitado às

regiões onde a movimentação social foi mais intensa. Ainda assim, em Fevereiro de 1975 o Governo cria as Comissões Integradoras de Serviços de Saúde Locais (CISSL), com o objectivo das populações mais politizadas e com mais informação sobre a saúde participarem directamente na gestão interna dos serviços prestadores de cuidados primários na representação da comunidade. Constituíram-se algumas dezenas de CISSL, mas o facto de os serviços centrais continuarem a privilegiar o diálogo com as comissões instaladoras ou de gestão dos hospitais centrais, distritais e concelhios e dos centros de saúde acabou por retirar-lhes o seu papel activo.

- Outra característica da movimentação social traduziu-se na reivindicação de cuidados médicos e serviços de saúde na periferia. A esta reivindicação o governo respondeu com a criação do Serviço Médico à Periferia pelo Despacho de 19 de Março de 1975, espécie de serviço cívico obrigatório, a nível concelhio ou local, para todos os médicos recém-formados nos grandes centros urbanos, constituindo um ano de exercício da profissão em áreas rurais de forma a diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais de saúde.

- Tendo como justificação o desenvolvimento do sector da saúde, no que respeita aos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, aos serviços dependentes da Secretaria de Estado da Saúde, e à passagem dos SMS da Previdência para o sector da saúde, a 25 de Julho pelo DL n.º 403/75 é criada na Secretaria de Estado da Saúde a Inspeção dos Serviços de Saúde (ISS), que “funcionará na dependência directa do Secretário de Estado e à qual compete a vigilância do cumprimento das leis e regulamento dos serviços e estabelecimentos oficiais ou de utilidade pública administrativa dependentes daquela Secretaria de Estado”.

**1976** – A votação e aprovação na Assembleia Constituinte da nova Constituição, a 2 de Abril, a realização das primeiras eleições legislativas a 25 de Abril, e a formação do Primeiro Governo Constitucional em Julho constituem os factos histórico-políticos que resolvem a crise revolucionária do Estado. Surge finalmente um governo que goza de legitimidade constitucional democrática e o regime adquire um novo perfil consubstanciado na Constituição. A Constituição de 1976 estipulava no seu artigo 64º (Saúde) o direito de protecção à saúde de todos os cidadãos e o seu dever de a defender e promover. Esse direito efectiva-se através da criação de um SNS universal, geral e gratuito e, para ser assegurado, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva,

curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

A Constituição estabelece também, pelo seu artigo 37º (Liberdade de expressão e informação), que “1 – todos têm o direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio, bem como o direito de informar, de se informar, e de ser informado, sem impedimentos nem discriminações” e “4 – a todas as pessoas, singulares ou colectivas, é assegurado, em condições de igualdade e eficácia, o direito de resposta e de rectificação, bem como o direito a indemnização pelos danos sofridos”.

O seu artigo 48º (Participação na vida pública) define que “1 – todos os cidadãos têm o direito de tomar parte na vida política e na direcção dos assuntos públicos do país, directamente ou por intermédio de representantes livremente eleitos”.

De seguida, o artigo 52º (Direito de petição e direito de acção popular) dita que “1 – todos os cidadãos têm direito de apresentar, individual ou colectivamente, aos órgãos de soberania, aos órgãos de governo próprio das regiões autónomas ou a quaisquer autoridades petições, representações, reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos, da Constituição, das leis ou do interesse geral e, bem assim, o direito de serem informados, em prazo razoável, sobre o resultado da respectiva apreciação”.

O artigo 109º (Participação política dos cidadãos) determina que “a participação directa e activa de homens e mulheres na vida política constitui condição e instrumento fundamental de consolidação do sistema democrático, devendo a lei promover a igualdade no exercício dos direitos cívicos e políticos (...)”.

Por fim, o artigo 267º (Estrutura da Administração) afirma que “1 – A Administração Pública será estruturada de modo a evitar a burocratização, a aproximar os serviços das populações e a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva, designadamente por intermédio de associações públicas, organizações de moradores e outras formas de representação democrática”, e que “5 – o processamento da actividade administrativa será objecto de lei especial, que assegurará a racionalização dos meios a utilizar pelos serviços e a participação dos cidadãos na formação de decisões ou deliberações que lhes disserem respeito”; e o artigo 268ª (Direitos e garantias dos administrados) estabelece que “1 – os cidadãos têm o direito de ser informados pela Administração, sempre que o requeiram, sobre o andamento dos processos em que sejam directamente interessados, bem como o de conhecer as resoluções definitivas que sobre eles forem tomadas”, “2 – os cidadãos têm também direito de acesso aos arquivos e registos administrativos, sem prejuízo

do disposto na lei em matérias relativas à segurança interna e externa, à investigação criminal e à intimidade das pessoas” e que “6 – para efeitos dos n.º 1 n.º 2, a lei fixará um prazo máximo de resposta por parte da Administração”.

**1979** – A 15 de Setembro, no último governo que fecha o ciclo intercalar de governos presidenciais, é publicada a Lei n.º 56/79 que cria o SNS. Logo no artigo 1.º este diploma consigna que o seu objectivo é assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. São garantidas a universalidade, a generalidade e a gratuitidade, mas o seu artigo 7.º contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações de cuidados de saúde. O artigo 2.º apresenta a sua constituição por uma rede de órgãos e serviços que, actuando de forma articulada, visam a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. Quanto aos utentes, para além do direito a ser indemnizados pelos danos causados, sempre que sejam lesados nos seus direitos pelos órgãos ou pessoal do SNS, o artigo 13º determina que “podem ainda apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas” e que estas devem ser dirigidas “à entidade responsável pelo estabelecimento ou serviço a que se refiram, sem prejuízo do direito de reclamação hierárquica nos termos legais”. No artigo 23º “é assegurado aos utentes e profissionais da saúde o direito de participação no planeamento e gestão dos serviços”, que é exercido, a nível central, pela participação no Conselho Nacional de Saúde, o qual deverá ter cinco representantes dos utentes do SNS; e, a nível regional e local, pela participação nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio.

**1980** – É publicado o DL n.º 384/80, 19 de Set., que procede à reestruturação da ISS, criada em 1975, adequando-a às actuais realidades do sector, passando a denominar-se Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde (IGSS).

**1982** – O DL n.º 254/82, 29 de Jun., cria as Administrações Regionais de Saúde, órgãos regionais do SNS que substituem as mal sucedidas administrações distritais dos serviços de saúde criadas pelo DL n.º 488/75, 4 de Set., e os centros de saúde são integrados com os postos dos SMS numa unidade única, constituindo os Centros de Saúde Integrados (2ª geração) e funcionando como órgãos locais do SNS.

**1983** – É aprovado pelo Despacho Normativo n.º 97/83, 28 de Fev., o Regulamento dos Centros de Saúde com o objectivo de regular o funcionamento e organização dos centros de saúde, enquanto unidades integradas de saúde. De entre os vários direitos que este



Regulamento atribui aos utentes pelo artigo 13º do Despacho Normativo, um deles diz respeito à possibilidade de “obtenção da informação relativa às normas de funcionamento dos serviços e a apresentação de petições, sugestões ou queixas quanto ao referido funcionamento”.

- É aprovada a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, pelo DL n.º344-A/83, 25 de Jul., e é criado o Ministério da Saúde com autonomia relativamente ao anterior sector departamental. Esta decisão foi ditada pela própria importância do sector, pelo volume dos serviços, pelas infra-estruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem. De acordo com o disposto no artigo 34º, o Ministério da Saúde integra “os organismos e serviços do âmbito da extinta Secretaria de Estado da Saúde, bem como da Secretaria-Geral do extinto Ministério dos Assuntos Sociais, que por seu turno integra a Repartição Administrativa (...), os Serviços Sociais, a Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais e o Gabinete para a Integração Europeia, do extinto Ministério dos Assuntos Sociais, bem como a respectiva junta médica”.

**1986** – É criado por Despacho do Ministro da Saúde, de 24 de Fevereiro, o Gabinete de Uteute na Direcção-Geral dos Hospitais. Este tem como funções a apreciação e o encaminhamento das eventuais queixas e sugestões formuladas pelos utentes dos serviços de saúde. A 24 de Julho é publicado o Despacho n.º 26/86 que determina as normas a observar no que respeita ao Gabinete do Uteute que deve funcionar junto de cada um dos hospitais, centros de saúde e Administrações Regionais de Saúde. Este tem como atribuições “b) receber as reclamações sobre o funcionamento dos serviços ou o comportamento dos funcionários” e “c) reduzir a escrito as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, quando os reclamantes não possam fazê-lo”, entre outras.

**1987** – O DL n.º 210/87, 20 de Maio, dá a conhecer a nova lei orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, proveniente do antigo Ministério dos Assuntos Sociais. De acordo com o que estabelece o artigo 9º deste diploma, e no âmbito das relações públicas, cabe à Secretaria-Geral assegurar a ligação do Ministério com os utentes dos respectivos serviços. Neste seguimento, deverá “b) encaminhar pedidos, sugestões e reclamações, mantendo os interessados informados do andamento dos mesmos”. Esta atribuição será prosseguida através da Divisão de Documentação, Informação e Relações Públicas (DDIRP), pertencente à Direcção de Serviços de Organização e Documentação (DSOD), que deverá “j)

atender e dar andamento às reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes do Ministério” (Art. 15º).

**1988** – O Decreto Regulamentar n.º 3/88, 22 de Jan., introduz alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços. É o caso da criação do Conselho geral, enquanto órgão de participação e consulta do hospital, o qual deverá ter “c) um representante da associação ou liga de utentes ou amigos do hospital, quando exista”, entre outros (Art.1º e Art.25º). Para além disso, este diploma estabelece também que é da competência do Conselho de administração do hospital “j) tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes” (Art.4º) e que compete à Comissão médica, enquanto órgão de apoio técnico, “e) dar parecer, quando consultada, sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correcção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes” (Art.20º). Entretanto, em 2003, este diploma será revogado pelo DL n.º 188/2003, 20 de Ago., e o órgão de consulta do hospital, que passa a designar-se Conselho consultivo, deixa de ter previsto na sua composição a representação dos utentes (Art.16º).

**1990** – É aprovada a Lei de Bases da Saúde pela Lei n.º 48/90, 24 de Ago. Pela primeira vez, a protecção à saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. No que se refere ao Estatuto dos utentes, a Base XIV prevê cinco deveres e nove direitos, entre os quais “g) reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos”; e “h) constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses”. Quanto às instâncias de participação dos cidadãos previstas por esta Lei, a nível nacional, existe o Conselho Nacional de Saúde, um órgão de consulta do Governo, que inclui representantes dos utentes, dos subsistemas de saúde, dos seus trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas e de outras entidades (Base VII); e, a nível concelhio, as Comissões Concelhias de Saúde que são órgãos de consulta das ARS (Base XXVI). Esta Lei de Bases sofrerá a sua primeira alteração em 2002, com a Lei n.º 27/2002, 8 de Nov. O Regulamento das ARS publicado pelo DL n.º 335/93, 29 de Set., irá estabelecer que aos coordenadores sub-regionais de saúde, enquanto órgãos de administração das ARS, compete, no exercício das suas funções, “f) apreciar as petições, queixas ou reclamações dos utentes e remetê-las à IGS” (Art.10º).

**1993** – O DL n.º 10/93, 15 de Jan., dá a conhecer a lei orgânica do Ministério da Saúde. Este passa a ser estruturado pelo órgão consultivo, o Conselho Nacional de Saúde, por seis serviços centrais (Secretaria-Geral; Inspeção-Geral da Saúde; Direcção-Geral da Saúde; Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde; Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; e Departamento de Recursos Humanos da Saúde) e sete serviços personalizados (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento; Instituto Nacional de Emergência Médica; Instituto Português do Sangue; Serviço de Prevenção e Toxicodependência; Instituto de Gestão Informática e Financeira; Serviços Sociais). São extintas as Comissões Inter-Hospitalares de Lisboa, Porto e Coimbra e são fundidas a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a Direcção-Geral dos Hospitais, dando origem a um novo serviço central, a Direcção-Geral da Saúde. Por razões de operacionalidade e de complementaridade, bem como de racionalização de meios, a Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos e o Centro de Estudos do Medicamento deram lugar ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, e o Serviço de Informática do Ministério e o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde deram lugar ao Instituto de Gestão Informática e Financeira.

- No mesmo dia é também aprovado o Estatuto do SNS, através do DL n.º 11/93, no cumprimento do disposto no n.º2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde. O novo estatuto do SNS procura superar a incorrecta dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados, quer do ponto de vista médico como do ponto de vista organizativo, resultando na criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas, e extinguindo as administrações regionais de saúde criadas ao abrigo do DL n.º 254/82, 29 de Jun. As ARS agora criadas por este Estatuto passam a designar-se por ARS do Norte, ARS do Centro, ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo, e ARS do Algarve (Art.5º).

- No seguimento da nova lei orgânica do Ministério da Saúde e do novo Estatuto do SNS são aprovadas as novas estruturas orgânicas dos seus serviços. No que diz respeito à Secretaria-Geral é de referir que esta mantém atribuições semelhantes às que lhe haviam sido conferidas pelo DL n.º 210/87, 20 de Maio, com excepção das respeitantes à área de aprovisionamento. Como tal, através da DSOD, em particular através da DDIRP, continua a ser da competência da Secretaria-Geral “h) atender e dar andamento às reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes do Ministério da Saúde (Art.8º - DL n.º 292/93, 24 de Ago.).

- Quanto à IGSS esta passa a designar-se Inspeção-Geral da Saúde (IGS), sendo revogado o DL n.º 312/87, 18 de Ago. As suas atribuições correspondem, genericamente, às fixadas pelo DL n.º 312/87, porém a sua área de intervenção é alargada, no âmbito da acção inspectiva, ao sistema de saúde, abrangendo a totalidade das instituições e serviços do SNS, além dos privados que, por convenção ou contrato, também integram o sistema (DL n.º 291/93, 24 de Ago.).

**1995** – O XIII Governo Constitucional toma posse a 28 de Outubro, com a Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira, apresentando no seu Programa algumas orientações e objectivos a prosseguir no sector da saúde. Entre elas, este novo Governo pretende “reformular o SNS por forma a, colocando o cidadão no centro do sistema e garantindo a qualidade do atendimento, aumentar a sua eficiência e eficácia (1995:107). Para cumprir com os objectivos a prosseguir no sector da saúde, o XIII Governo Constitucional informa que serão adoptadas “em simultâneo diversas modalidades de reformas, em áreas bem definidas, para colher da experiência os ensinamentos que levem à adopção futura de um modelo consensual e sustentável” (1995:107). Do conjunto de medidas a seguir durante a legislatura destinadas a facilitar o acesso, a melhorar o funcionamento e a assegurar a qualidade dos cuidados no SNS, o Governo propõe: “criar legislação sobre garantia de qualidade da prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente para a acreditação e licenciamento de estabelecimentos de saúde; rever a legislação de protecção do utilizador do sistema de saúde; e lançar um programa integrado de humanização de serviços com três componentes: melhoria de instalações deterioradas e obsoletas, melhoria da equidade no acesso e atendimento, formação de profissionais e pessoal administrativo com vista a um atendimento cortês, cooperante, eficaz e eficiente”.

**1997** – O Despacho Normativo n.º 46/97, 11 de Jul, estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde junto de cada uma das ARS, que se constitui uma “instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração e onde se congrega a informação necessária visando garantir a satisfação das necessidades e das preferências dos utentes”. Esta Agência é composta por um corpo pluridisciplinar proposto pelo conselho de administração das Administrações Regionais de Saúde e por representantes dos utentes, devendo desenvolver a sua actividade em consulta sistemática e recíproca com as autarquias locais, as organizações de consumidores, as associações de doentes, as instituições de solidariedade social, as organizações profissionais, etc.

Apesar de já ser relevante, a actividade das Agências revelou sentir a falta de uma coordenação efectiva, a nível central, quer no que respeita ao relacionamento entre si e com as diversas ARS, quer no que respeita à necessária articulação com os serviços centrais do Ministério da Saúde com competências nas áreas do planeamento e do financiamento. Como tal, e no sentido de criar condições que facilitassem a concertação entre os serviços e organismos com implicações no funcionamento das Agências, é criado pelo Despacho Normativo n.º 61/99, 1 de Set., o Conselho Nacional das Agências, que se constitui como órgão coordenador das mesmas. Para além disso, as Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97 passam a designar-se Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS).

Segundo o Relatório *Conhecer os caminhos da saúde: Relatório da Primavera 2001*, do OPSS, uma das funções atribuídas às ACSS foi a de serem entidades intermediárias entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, desenvolvendo instrumentos de contratualização que se constituem como modelos de desintervenção do Estado, ainda que na sua própria esfera. Também no âmbito da implementação das Agências foi criada uma instância onde a vontade dos cidadãos fosse decisiva e que se constituísse como uma faceta da desejável participação dos cidadãos no sistema. Foi o caso das Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde (CAESS), unidades que englobavam representantes da Agência com funções de negociadores com as instituições de cada unidade de saúde e elementos representativos da população dessa mesma área, sejam autarquias, sejam organizações de adesão voluntária: de defesa do consumidor, Liga dos Amigos dos Hospitais, Misericórdias, etc. (2001:20).

Considerando que o pleno exercício dos direitos e responsabilidades do cidadão passa necessariamente pela criação dos adequados instrumentos propiciadores de um maior envolvimento dos utentes no sistema de saúde português, a criação das ACSS e das CAESS foi um primeiro passo para assegurar a representação do cidadão. No entanto, estes pequenos avanços foram seguidos de alguns recuos, pois o desinteresse por esta dimensão da contratualização contribuiu para o seu progressivo esvaziamento, colocando em risco o próprio direito de representação dos cidadãos.

- O Ministério da Saúde distribuiu pelos serviços de saúde a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Segundo o 12º direito – Sugestões e Reclamações – “deve ser reconhecida a capacidade do doente para, por si, ou por organizações representativas, avaliar a qualidade das prestações e apresentar sugestões ou reclamações. As informações assim

obtidas devem ser objecto de análise e constitui um conjunto de dados susceptíveis de introduzir correcções na organização, de forma a adequá-la a uma maior garantia da satisfação da comunidade em que actua. Esta interacção obriga a que aos doentes seja sempre dado conhecimento, em tempo útil, do seguimento das suas sugestões ou reclamações” (Ministério da Saúde, 1997).

**1999** – Pela Portaria n.º 288/99, 27 de Abr., é criado o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), no âmbito do Ministério da Saúde, funcionando na directa dependência da DGS. O IQS pretende ser reconhecido como a instituição de referência no desenvolvimento da qualidade em saúde, assumindo-se como centro de recursos e de conhecimento e como pólo dinamizador da política da qualidade em saúde. No quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, e apesar de ainda não estar definida uma política de qualidade integrada para o sector da saúde, tem como missão a definição e o desenvolvimento de normas estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (OPSS, 2003b).

- Ainda no que respeita à participação dos cidadãos, foram criados os Sistemas Locais de Saúde (SLS) pelo DL n.º 156/99, 10 de Maio, onde se prevêem funções, de novo, consultivas por parte do Conselho geral (Art.7º, Art.11º e Art.12º), existindo mesmo a integração de um elemento do poder local no Conselho coordenador (Art.8º).

- No mesmo dia, o Governo cria, pelo DL n.º 157/99, os “centros de saúde de 3ª geração”, reconhecendo-os como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica. Quanto aos órgãos do centro de saúde, é de salientar que ao Conselho de administração compete “i) tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes” (Art.21º), e que o Conselho consultivo tem por objectivo “assegurar a participação dos cidadãos e das instituições locais, públicas e privadas, designadamente autarquias, estabelecimentos de ensino, entidades dos sector social e associações de utentes, no funcionamento do centro de saúde, bem como o directo envolvimento na sua actuação de elementos relevantes da comunidade local” (Art.28º).

- A 25 de Outubro toma posse o XIV Governo Constitucional, tendo como Ministra da Saúde Manuela Arcanjo. A nova estratégia para a saúde apresentada no seu Programa “reafirma como valores essenciais a natureza social e pública da prestação de saúde, a

salvaguarda da dignidade humana, o direito à protecção na saúde, a solidariedade entre todos os portugueses na garantia desse direito, o respeito pelos valores democráticos de cidadania e participação” (1999:16). Do conjunto de medidas que consideram prioritárias é de destacar a seguinte: “garantir o acesso do cidadão e das suas organizações representativas à carta da qualidade das organizações de saúde a que têm acesso, bem como a participação do cidadão em auditorias aos serviços de saúde relativas à qualidade do atendimento, nos estudos de satisfação dos doentes e na discussão e divulgação dos seus resultados” (1999:18).

O XIV Governo Constitucional defende que o que está em causa nesta legislatura é transformar as medidas já adoptadas numa lógica global de reforma do sistema assente em princípios fundamentais já traduzidos em legislação aprovada, como é o caso da “organização de todo o sistema de saúde tendo como objectivo fundamental o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, a rapidez e a humanização do atendimento e a qualidade da prestação dos cuidados” e a “criação de estruturas de participação dos utentes, que se possam transformar numa força motora da reforma” (1999:16). O que propõem é um “ «novo contrato para a saúde», com seis elementos fundamentais: o acesso aos cuidados de saúde; a qualidade; a protecção e segurança; a promoção da saúde; a gestão; e as profissões”.

É de salientar que no Capítulo V – *A qualidade da democracia* e, especificamente, na Secção E) *Uma nova relação do Estado com o cidadão* do seu Programa, o Governo refere que, no que toca ao funcionamento da Administração Pública, alguns dos seus objectivos são: “promover a aproximação da Administração Pública ao cidadão e melhorar a sua imagem junto da sociedade em geral”; “melhorar a qualidade do serviço prestado aos utentes dos serviços públicos”; “dinamizar a participação e audição dos utentes dos serviços”; e “desburocratizar e simplificar os actos e procedimentos administrativos” (1999:195). Para o cumprimento de tais objectivos serão tomadas medidas como o “aperfeiçoamento e optimização da gestão do Livro de Reclamações e dos mecanismos de audição e de recolha de sugestões dos utentes dos serviços públicos, encorajando, sobretudo, as medidas auto-correctivas, mas garantindo que, na ausência destas, funcionem mecanismos de supervisão eficazes; os reclamantes devem tomar conhecimento do que foi feito” (1999:196).

**2000** – O DL n.º 96/2000, 23 de Maio, procede à reestruturação e reorganização da Secretaria-Geral, no seguimento das linhas programáticas apontadas no Programa do Governo, e revoga o DL n.º 292/93, 24 de Ago. Pretende-se atribuir a este serviço central “um papel integrador e dinamizador na orgânica geral do Ministério por forma a reforçar a ligação entre os cidadãos e os serviços do Ministério e garantir uma mais profícua articulação

institucional entre o vasto conjunto de organismos e estabelecimentos”. A alínea *e*) do artigo 2º estabelece que é sua atribuição “coordenar e assegurar o tratamento e monitorização de todas as reclamações, queixas e sugestões dos utentes, propondo medidas concretas decorrentes da avaliação qualitativa e quantitativa das mesmas”. Para o exercício desta atribuição a Secretaria-Geral dispõe do Departamento de Modernização Administrativa e da Qualidade (DMAQ) (Art.4º), ao qual compete “*a*) assegurar, em articulação com as instituições, o tratamento informacional e monitorização de todas as reclamações, queixas e sugestões dos utentes”; e “*b*) propor medidas de política de modernização, simplificação e racionalização administrativas decorrentes da análise qualitativa das reclamações, queixas e sugestões dos utentes” (Art.5º).

**2001** – É publicado o DL n.º 257/2001, 22 de Set., que altera a lei orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo DL n.º 10/93, 15 de Jan., criando-se um órgão central designado por Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (DMRS), em resultado da fusão da Secretaria-Geral e do Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), ambos com nível de direcção-geral. Ao mesmo tempo é criado o cargo de alto-comissário da saúde a exercer, em acumulação, pelo director-geral da saúde.

É este Departamento que passa a assegurar as competências anteriormente atribuídas à Secretaria-Geral e ao DRHS, com excepção das que se incluíam no âmbito do Gabinete dos Assuntos Europeus. Sendo assim, passa a ser atribuição deste novo serviço central “*e*) assegurar o tratamento e monitorização das exposições, sugestões e reclamações dos cidadãos, propondo medidas decorrentes da avaliação qualitativa e quantitativa das mesmas” e “*b*) propor medidas de carácter organizativo, normativo e legislativo, tendo por base o grau de satisfação e expectativa do cidadão face ao funcionamento e qualidade dos serviços” (Art.2º). Para o exercício destas atribuições o DMRS dispõe da Direcção de Serviços de Modernização Administrativa e de Relações Públicas, à qual compete, através da sua Divisão de Modernização e Qualidade, “*d*) gerir um sistema de tratamento e monitorização das sugestões e reclamações dos utilizadores do SNS”; “*e*) monitorizar o grau de satisfação do cidadão mediante a análise de sugestões, reclamações e opiniões diversas, bem como através da realização de estudos de satisfação”; e “*f*) propor medidas que facilitem a participação do cidadão no sistema, nomeadamente nos gabinetes de utente e nos observatórios regionais de satisfação e expectativas do cidadão” (Art.5º- DL n.º 8-A/2002,15 de Jan.).



**2002** – Toma posse a 6 de Abril o XV Governo Constitucional, com Luís Filipe Pereira como Ministro da Saúde. No que diz respeito ao seu Programa Constitucional (2002), este refere que “a saúde é um bem e um direito dos cidadãos, constituindo um investimento nas pessoas e um poderoso factor de reforço da coesão e do desenvolvimento económico e social. Na realidade, a política de saúde é uma das políticas sociais que contribui decisivamente para uma sociedade mais solidária e mais justa”. Por outro lado, reconhece-se que “a situação do sector de saúde degradou-se fortemente nos últimos anos, apresentando contornos de extrema gravidade, sendo, hoje, generalizadamente reconhecida a desorganização e degradação do SNS, com crescimento descontrolado das despesas públicas e défices elevadíssimos, frustrando o direito dos cidadãos ao acesso generalizado e de qualidade aos cuidados de saúde”. Segundo o Governo, a prestação de cuidados de saúde primários necessita de ser repensada de forma a atingir o propósito de prestar aos cidadãos mais e melhores cuidados de saúde.

**2003** – O Governo cria pelo DL n.º 60/2003, 1 de Abr., uma rede de prestação de cuidados de saúde primários, revogando o Despacho Normativo n.º 97/83, 22 de Abr., respeitante ao Regulamento dos Centros de Saúde, e o DL n.º 157/99, 10 de Maio, relativo à criação dos “centros de saúde de 3ª geração”. De acordo com o disposto neste novo diploma, “através da criação desta rede de cuidados de saúde primários, os cidadãos e a sociedade, em atitude de complementaridade com as responsabilidades sociais do Estado, estarão em melhores condições de intervir, avaliar e julgar a criação e o desempenho de novos modelos de organização e gestão dos serviços de saúde e, deste modo, contribuir para inverter as políticas conservadoras, responsáveis pela ineficácia do nosso sistema de saúde tradicional”. Como direito dos utentes está previsto “g) a apresentação de sugestões ou reclamações quanto ao funcionamento dos centros de saúde e acesso” (Art.5º), e uma das competências do director do centro de saúde é “q) tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta às reclamações apresentadas pelos utentes” (Art.9º). A 3 de Junho o DL n.º 88/2005 virá revogar este diploma que cria a rede de cuidados de saúde primários, uma vez que se “constituiu numa tentativa falhada de melhorar o acesso dos Portugueses à saúde, visto não ter tido aplicação prática à realidade do país”. Assim, é reposto em vigor o DL n.º 157/99, 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde (3ª geração).

- Nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), por via do DL n.º 309/2003, 10 de Dez. De facto, a criação de uma entidade reguladora para o sector da saúde, com a natureza de

entidade administrativa independente, que enquadrasse a participação e a actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde já se encontrava prevista no Programa do XV Governo Constitucional como uma das medidas essenciais no âmbito da reforma do SNS. Em particular, constitui-se atribuição da ERS “a) defender os interesses dos utentes” (Art.6º). É ao Departamento de Protecção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos que compete “a) defender os direitos dos cidadãos na relação com os prestadores de cuidados de saúde” que, através do Serviço de Defesa do Cidadão, deve “a) avaliar, casuisticamente, todos os acontecimentos que possam ser susceptíveis de prejudicar os direitos dos cidadãos”; “b) avaliar a satisfação dos cidadãos na perspectiva das reclamações e sugestões, em canais próprios já implementados ou a implementar”; e “d) gerir a relação com os cidadãos que participem activamente com sugestões ou reclamações sobre os cuidados que lhes foram prestados” (Art.4º - Portaria n.º 418/2005, 14 de Abr.).

**2004** – É publicado pelo Ministério da Saúde e pela DGS o *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, dividido em dois volumes: Vol. I – *Prioridades* e Vol. II – *Orientações estratégicas*. Analisando o *Plano Nacional de Saúde* é possível perceber que existe uma clara intenção de atribuir centralidade ao cidadão e, para alcançar esse objectivo, determinaram-se algumas acções estratégicas, tais como multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil. Como consta no *Plano*, “a percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão e o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular, para que, de uma maneira efectiva, se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde” (2004:63 Vol.I).

Actualmente, é considerado que existe “pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde”. Por um lado, embora estejam legislados alguns mecanismos formais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, estes geralmente não são concretizados na prática; por outro lado, o envolvimento cívico dos cidadãos nas causas relacionadas com a saúde é fruto de um esforço de mobilização dos indivíduos, através das estruturas comunitárias, que não tem ocorrido

naturalmente nem tem sido clara e fortemente estimulado pelos actores da saúde responsáveis (2004:98 Vol.II).

Segundo o *Plano Nacional de Saúde*, para além do envolvimento nas decisões sobre a própria saúde e um empoderamento desenvolvido através de uma estratégia de gestão da doença, noutros países europeus têm-se multiplicado experiências sobre mecanismos de participação no sector da saúde. Estes mecanismos estão em desenvolvimento em Portugal, encorajados e apoiados pelo Ministério da Saúde, e incluem linhas electrónicas directas entre os utentes e os seus médicos de família e conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) a apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais, entre outros (2004:64 Vol.I).

Para além de uma maior participação do indivíduo no sistema de saúde, o Governo considera que existe a necessidade de promover o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade. Neste sentido, as organizações da sociedade civil (associações de doentes, de consumidores, de utilizadores, etc.) têm uma maior capacidade, do que o cidadão isolado, para influenciar o comportamento dos prestadores de saúde, das organizações profissionais e da administração pública de saúde em geral, com o objectivo de “fortalecer a posição do indivíduo na sua relação com os prestadores; denunciar, de forma construtiva, erros na prestação de cuidados de saúde; dar assistência, mobilizando e canalizando os recursos apropriados para apoio às actividades que conduzam a uma acção correctiva desses erros; colaborar na melhoria da prestação de cuidados de saúde; e colaborar na reforma das políticas de saúde” (2004:65 Vol.I).

Posto isto, as grandes orientações estratégicas e intervenções necessárias apresentadas no *Plano*, neste âmbito de actuação, são: “encorajar experiências múltiplas de empoderamento do cidadão *vis-à-vis* com o sector da saúde – serão estimuladas e encorajadas iniciativas de envolvimento cívico nos assuntos da saúde, não só através de campanhas e comemoração de eventos correlacionados, mas também de uma discussão aberta e da participação dos cidadãos na solução dos problemas de saúde, onde os seus representantes e os próprios possam contribuir para a melhoria da situação de saúde da comunidade” e “dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil – aproveitar as sinergias existentes com a criação destas organizações e associações, fomentando o seu espírito crítico e acolhendo as sugestões consideradas razoáveis, numa óptica global” (2004:100, Vol.II).

Outra das acções estratégicas apresentadas neste *Plano Nacional de Saúde* remete para a capacitação do sistema de saúde para a inovação, passando pelo incentivo da investigação e desenvolvimento em saúde (2004:67, Vol.I). A este respeito deve ser dada prioridade à

realização de projectos sobre doenças crónicas, cardiovasculares, mentais, ao cancro, à Sida, entre outras. No entanto, o *Plano* defende também que existem outras áreas de investigação particularmente importantes nos actuais contextos português e europeu. Como tal, serão também consideradas áreas prioritárias as de investigação em serviços de saúde, nomeadamente no que se refere ao desempenho da qualidade organizacional dos serviços de saúde; à análise da gestão da informação e do conhecimento em serviços de saúde; e ao estudo das percepções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação (2004:74, Vol.I).

**2005** – Pelo Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev, são criadas estruturas responsáveis pelo acompanhamento e monitorização, a nível regional e nacional, das exposições apresentadas pelos utentes do SNS no Gabinete do Utente ou no livro de reclamações. Assim, a nível regional, são criados junto de cada uma das ARS os Observatórios Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão e, a nível nacional, o Observatório Nacional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão, que assegurará a articulação entre os diversos observatórios regionais. O Sistema Sim-Cidadão é uma aplicação informática que se destina a fazer a recolha, tratamento e monitorização das exposições feitas pelos utentes do SNS.

- A 12 de Março deste ano toma posse o XVII Governo Constitucional com António Correia de Campos como Ministro da Saúde. Quanto ao sector da saúde, o Programa deste Governo determina que o sistema de saúde dever ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão e que o SNS deve ser eficientemente gerido, criando mais valor para os recursos de que dispõe. Relativamente à participação e responsabilidade social, considera, também, que é necessário rever com prudência a orgânica do SNS, de forma a ampliar a participação da sociedade civil e dos cidadãos no sistema de saúde e introduzir uma cultura e práticas de contratualização a todos os níveis. Neste sentido, define que serão reconstituídas as agências de contratualização dos serviços de saúde, nas várias regiões, e será reactivado o Conselho Nacional de Saúde (2005:84).

No que diz respeito à política de defesa do consumidor, o XVII Governo Constitucional que, no quadro da União Europeia, a promoção dos direitos e interesses dos consumidores e o reconhecimento do seu carácter transversal têm contribuído para fazer desta política um importante factor de modernização das economias e da melhoria das condições de vida dos cidadãos. Por isso, há que garantir uma maior visibilidade e relevância às políticas de defesa do consumidor e tornar mais exequível o exercício dos direitos previstos na legislação

em vigor. Sendo assim, “Portugal precisa de dispor de um Sistema Nacional de Defesa do Consumidor que seja inteligível, integrado, cooperante e eficaz. Para tanto, não é necessário criar novos serviços e organismos públicos mas apenas interligar as estruturas oficiais, as associações de consumidores, os centros de informação autárquica ao consumidor e os centros de arbitragem de conflitos de consumo, em ordem a assegurar uma cobertura eficaz de todo o território nacional e do máximo de áreas sectoriais” (2005:123-124). Ao mesmo tempo, e no que toca aos meios de reacção ao dispor do consumidor, “deverá caber à Administração Pública, em colaboração com associações empresariais e de consumidores, a apresentação anual de estudos sobre a utilização do Livro de Reclamações e a promoção de campanhas de divulgação, em ordem a massificar a noção da sua utilidade e dar conta do interesse que ele representa para os consumidores” (2005:125).

Relativamente ao seu Programa, é ainda de referir que no capítulo dedicado à qualidade da democracia, cidadania, justiça e segurança, o Governo afirma que “a qualidade da democracia exige a credibilidade do espaço público, a modernização dos sistemas eleitorais, o reforço da autoridade democrática, o alargamento dos mecanismos de participação dos cidadãos, um claro sistema de controlos recíprocos e de separação de poderes entre as autoridades públicas, o reconhecimento do princípio da paridade, a intransigência ante os corporativismos profissionais e económicos e a adaptação aos novos desafios sociais e tecnológicos” (2005:132). Como tal, o aperfeiçoamento da democracia não se reduz a reformas das instituições, mas implica um processo exigente de melhoria dos instrumentos de expressão e participação democrática, pelo que o Governo defende uma modernização global do sistema político que valorize a intervenção dos cidadãos e das suas associações, através do alargamento do âmbito do referendo nacional e dos direitos de petição e de acção e iniciativa populares, entre outros aspectos.

- Com a publicação do DL n.º 257/2001, 22 de Set., e do DL n.º 8-A/2002, 24 de Ago., procedeu-se à fusão da Secretaria-Geral com o DRHS, tendo sido criado o Departamento de Modernização e Recursos da Saúde aglutinando as atribuições destes dois serviços. Na tentativa de seguir “uma política de simplificação e racionalização, optando-se por um modelo mais moderno e adequado de organização dos serviços”, o Governo volta a criar, através do Decreto Regulamentar n.º 3-A/2005, 31 de Maio, a Secretaria-Geral, extinguindo o DMRS que se incorpora nesta. As atribuições desta nova Secretaria-Geral virão a ser definidas pelo Decreto Regulamentar n.º 2/2006, 25 de Jan., competindo-lhe “*q*) coordenar e assegurar o tratamento das reclamações, queixas e sugestões dos utentes” (Art.1º).

- A 4 de Agosto a Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005 vem aprovar o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), estabelecendo os seus objectivos e princípios. Esta reestruturação visa a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização das suas estruturas centrais, descentralização de funções, desconcentração coordenada, e pela modernização e automatização de processos.

- O Decreto Regulamentar n.º 7/2005, 10 de Ago., cria o Alto-Comissariado da Saúde na dependência directa do Ministério da Saúde, enquanto serviço de coordenação destinado à coordenação e articulação das políticas públicas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde e de programas específicos de âmbito nacional (Art.1º). De facto, o cargo de alto-comissário da saúde já havia sido criado pelo DL n.º 257/2001, 22 de Set., prevendo-se o seu exercício em acumulação com o de director-geral da saúde. Porém, na prática, esta solução não permitiu o exercício do cargo com a disponibilidade necessária, uma vez que tanto a função de director-geral da saúde como a de alto-comissário da saúde implicam plena dedicação.

**2006** – Na sequência da aprovação do PRACE a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, 21 de Abr., veio definir as orientações, gerais e especiais, para a reestruturação dos Ministérios. Prevê-se que das 518 estruturas existentes, sejam extintas 246 e criadas 60, reduzindo a Administração Central a 331 estruturas, menos 187 do que as que existiam na altura. Das 246 a extinguir 98 são serviços centrais, 101 serviços desconcentrados e 38 órgãos consultivos (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2006a; Ministério da Saúde, 2006). No que diz respeito ao Ministério da Saúde as mudanças efectuadas levam a um redimensionamento no número das suas estruturas passando de 48 para 26, menos 22 do que as existentes na altura (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2006b; Ministério da Saúde, 2006). Ao nível do suporte à governação, foi criado um Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, além da figura do Controlador Financeiro, mantendo-se o Alto-Comissariado da Saúde (ACS) e a Inspeção-Geral da Saúde que, alargando o âmbito das suas actividades, passa a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde.

No suporte à gestão de recursos, são extintos a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES) e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, mantendo-se só a Secretaria-Geral, princípio aparentemente comum à quase totalidade dos ministérios.

Ao nível dos serviços operacionais, é também extinto o Instituto da Qualidade em Saúde, mantendo-se a Direcção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), o Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães, o Instituto Português do Sangue, e o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IPDT). A este nível, é criada a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. que nascerá com o fim de planear e gerir recursos e coordenar funcionalmente as Administrações Regionais de Saúde.

O Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto e os Centros de Histocompatibilidade passam para o nível dos serviços desconcentrados, estando sob a alçada das ARS, em conjunto com os Centros Regionais de Alcoologia (Norte, Centro, Sul). Ainda a este nível, os Centros Regionais de Saúde Pública (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) são integrados nas ARS e são extintas as 18 Sub-Regiões de Saúde.

As Estruturas de Missão para os Cuidados de Saúde Primários e para as Parcerias-Saúde passam a ser independentes da orgânica ministerial, sendo ainda criada a Estrutura de Missão para os Cuidados Continuados de Saúde.

A execução do PRACE no Ministério da Saúde surge pelo DL n.º212/2006, 27 de Out., que aprova a sua lei orgânica, revogando o DL n.º10/93, de 15 de Janeiro. Para além das mudanças atrás referidas, importa especificar algumas alterações decorrentes desta nova lei orgânica. As atribuições do Alto-Comissariado são reforçadas, passando a incluir a coordenação da actividade do Ministério nos domínios do planeamento estratégico e das relações internacionais.

Por sua vez, e como já foi referido, a Inspeção-Geral da Saúde passa a designar-se Inspeção-Geral das Actividades em Saúde e alarga o seu âmbito de actuação, que passa a incluir, também, as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que desenvolvam actividades no domínio da saúde. É também de salientar a criação da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, com a finalidade de fiscalizar e de controlar as actividades dos serviços de sangue e de colheita, análise e manipulação de tecidos e células humanas, acompanhando o direito comunitário.

Por outro lado, a presente reestruturação procura distinguir a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde da gestão dos recursos internos do SNS, pelo que se procedeu à criação da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., extinguindo-se, em consequência, a Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Este novo organismo assegura a gestão integrada dos recursos do SNS, absorvendo as atribuições dos organismos extintos e também da Secretaria-Geral, em matéria de recursos humanos do SNS. Assim, as atribuições da DGIES e do IGIFS relativas aos serviços não integrados no SNS são integradas na Secretaria-Geral e as restantes atribuições integradas na ACSS, I.P. Quanto ao Instituto da Qualidade em Saúde, as atribuições relativas à qualidade clínica são integradas na DGS e as restantes na ACSS, I.P. Em virtude destas opções, a Secretaria-Geral irá reorganizar-se de forma a assumir as atribuições dos serviços homólogos dos outros ministérios.

O Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento passa a designar-se INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Ainda no sentido de simplificar a estrutura orgânica existente, os restantes serviços e organismos vêm reforçadas as suas atribuições, designadamente o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., que absorvem, respectivamente, as atribuições do Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães e dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul.

As Administrações Regionais de Saúde, I.P. vêm, também, reforçadas as suas atribuições no sentido de uma maior autonomia e da acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde. Por outro lado, as atribuições dos Centros Regionais de Saúde Pública também são integradas nas ARS.

A Entidade Reguladora da Saúde mantém a sua qualidade de entidade administrativa independente e o Conselho Nacional de Saúde constitui-se como órgão consultivo do Ministério da Saúde.

**2007/08** – No seguimento desta nova lei orgânica foi publicado um conjunto de diplomas que aprovaram as novas estruturas orgânicas dos serviços e organismos do Ministério. O DL n.º 275/2007, 30 de Jul., aprova a orgânica da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) e, na sequência deste, o Despacho n.º 3786/2008, 22 de Jan., aprova o regulamento dos procedimentos da IGAS e o Despacho n.º 4031/2008, 21 de Jan., aprova a criação de duas unidades orgânicas flexíveis na IGAS. Essas unidades são a Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento e a Divisão de Apoio Administrativo e Processual, sendo a primeira quem tem a competência de “*m*) monitorizar a evolução das reclamações, sugestões e elogios apresentadas pelos cidadãos nos serviços e instituições do SNS e registadas no Sistema Sim-Cidadão” (Art.1º).



O Decreto Regulamentar n.º 65/2007, 29 de Maio, aprova a lei orgânica da Secretaria-Geral e a Portaria n.º 643/2007, 30 de Maio, estabelece a sua estrutura nuclear e respectivas competências. É por esta altura que a Secretaria-Geral deixa de ter à sua responsabilidade a coordenação do tratamento das reclamações e sugestões dos utentes, definida pelo artigo 1º do Decreto Regulamentar n.º 2/2006, 25 de Jan., passando a ser uma atribuição da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.).

O Decreto Regulamentar n.º 66/2007, 29 de Maio, aprova a orgânica da DGS, a Portaria n.º 644/2007, 30 de Maio, estabelece a sua estrutura nuclear, e o Despacho n.º 11518-A/2007, 1 de Jun., aprova a criação das unidades orgânicas e as respectivas competências, dadas as novas atribuições em matéria de qualidade clínica.

O DL n.º 219/2007, 29 de Maio, aprova a orgânica da Administração Central do Sistema da Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) e a Portaria n.º 646/2007, 30 de Maio, aprova os seus estatutos. É de salientar que, segundo o disposto nesta Portaria, à Agência da Qualidade na Saúde, serviço da ACSS, I.P. que visa a prossecução das suas atribuições no âmbito da qualidade na saúde, compete “h) promover a avaliação sistemática da satisfação dos utentes e profissionais das unidades de saúde” e “i) gerir o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do SNS, designado «Sim-Cidadão»” (Art.19º).

**2008** – O DL n.º 28/2008, 22 de Fev., estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS. Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para além do Director executivo, do Conselho executivo e do Conselho clínico, está prevista também a existência de um Conselho da comunidade, enquanto órgão do ACES, sendo ainda mantido o Gabinete do Utente, que passa a designar-se Gabinete do Cidadão. De entre os vários elementos que o compõem o Conselho da comunidade deverá estar incluído um representante da associação de utentes do ACES (Art.31º). Quanto ao Gabinete do Cidadão, este é um serviço de apoio na dependência do director executivo, ao qual compete “a) verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde”; “b) informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários”; “c) receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas”; e “d) verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES” (Art.35º e 37º).

- A 2 de Dezembro, pelo DL n.º 234/2008, é efectuada a primeira alteração ao DL n.º 212/2006, 27 de Out., que aprova a lei orgânica do Ministério da Saúde, e ao DL n.º 219/2007, 29 de Maio, que aprova a orgânica da ACSS, I.P. Tendo sido extinto o IQS, as respectivas atribuições relativas à qualidade clínica foram integradas na DGS e as restantes atribuições na ACSS, I.P. No entanto, e uma vez que se verificou que esta separação não era a mais funcional, este novo diploma veio transferir as competências atribuídas à ACSS, I.P., em matéria de qualidade, para a DGS. Na sequência da publicação do DL n.º 234/2008, 2 de Dez., dadas as novas competências da DGS, em matéria de qualidade, vindas da ACSS, I.P., procede-se também à primeira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 66/2007, 29 de Maio, que aprova a orgânica da DGS, através do Decreto Regulamentar n.º 21/2008, 2 de Dez.

**2009** – No sentido de adaptar a estrutura nuclear da DGS às suas novas atribuições, em 2009, a Portaria n.º 155/2009, 10 de Fev., cria o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), sendo da sua competência “f) gerir os sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do SNS, designado ‘Sim-cidadão’, e promover a avaliação sistemática da satisfação” (Art.4º). Estas competências devem ser prosseguidas pela Divisão de Segurança do Doente (Ponto 3.2), criada pelo Despacho n.º 6513/2009, 16 de Fev. Este despacho será revogado pelo Despacho n.º 7238/2010, 5 de Abr.

- O XVIII Governo Constitucional toma posse a 26 de Outubro, tendo como Ministra da Saúde Ana Jorge. Relativamente ao sector da saúde, em particular no que diz respeito à participação e responsabilidade social, o Programa Constitucional 2009-2013 defende que a saúde é um direito e uma responsabilidade individual e colectiva e, como tal, importa apelar às responsabilidades de todos os diferentes actores envolvidos no sistema de saúde, em especial os cidadãos. Por outro lado, na secção *Modernizar o sistema político, qualificar a democracia*, o Programa refere que é dever do Estado assegurar que a participação política se possa fazer por múltiplos canais e formas, indo ao encontro de novos espaços de liberdade e novas formas de encarar a participação, sendo de aproveitar as novas potencialidades e formas de participar (2009:115). Este Governo defende ainda que “por um lado, as inúmeras ferramentas, fóruns e espaços colaborativos, hoje disponibilizados pela Internet, podem ter um papel importante a desempenhar no reforço da participação política dos cidadãos; por outro lado, há que encontrar novas formas de participação mais directas e permanentes do cidadão na formação das decisões públicas” (2009:114).

Como tal, considera que “novas ferramentas e novas formas de participação podem permitir uma participação mãos efectiva na definição das políticas e na melhoria dos serviços públicos, designadamente através da criação do “Reclamações, Elogios e Sugestões (RES) *on-line*”, para todos os serviços públicos; da criação da “Consulta Pública 2.0”: uma plataforma agregadora de relatórios, consultas e discussões públicas a decorrer nos ministérios, disponível no Portal do Governo; e da participação e co-produção de projectos públicos”, entre outras (2009:115).

### **Síntese das entidades responsáveis pela coordenação da gestão das exposições dos utentes**

1971

**Direcção-Geral de Saúde** (Inspeção Superior de Medicina Social - Direcção de Serviços de Saúde Mental): “*h*) apreciar as reclamações que lhe sejam dirigidas sobre o funcionamento de serviços ou estabelecimentos de saúde mental e propor ao Ministro as medidas adequadas a cada caso concreto” (Art.33º) e “*i*) fiscalizar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental, oficiais e particulares, e apreciar as queixas e reclamações que sobre ele lhe sejam apresentadas pelos internados ou seus familiares, pelo pessoal ou pelo público em geral, e tomar medidas adequadas ou propô-las à entidade competente se excederem a sua própria competência” (Art.55º) (DL n.º 413/71, 27 de Set.).

1986

**Direcção-Geral dos Hospitais - Gabinete de Utente:** tem como funções a apreciação e o encaminhamento das eventuais queixas e sugestões formuladas pelos utentes dos serviços de saúde (Despacho do Ministro da Saúde, de 24 de Fevereiro).

**Gabinete de Utente** (centros de saúde, hospitais e ARS): “*b*) receber as reclamações sobre o funcionamento dos serviços ou o comportamento dos funcionários” e “*c*) reduzir a escrito as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, quando os reclamantes não possam fazê-lo” (Despacho n.º 26/86, 30 de Jun.)

**Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde:** Uma vez que todos os documentos envolvidos no processo da reclamação deveriam ser remetidos à IGSS, com a criação do Gabinete de Utente, esta viu, de certo modo, reforçadas as suas atribuições e competências ao ficar constituída como uma espécie de observatório das reclamações dos utentes do SNS e,

simultaneamente, como organismo de controlo do tratamento que lhes era dado. (Despacho n.º 26/86, 30 de Jun.)

1987

**Secretaria-Geral do Ministério da Saúde** (Direcção de Serviços de Organização e Documentação - Divisão de Documentação, Informação e Relações Públicas): “j) atender e dar andamento às reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes do Ministério” (Art. 15º - DL n.º 210/87, 20 de Maio).

1993

**Secretaria-Geral do Ministério da Saúde** (Direcção de Serviços de Organização e Documentação - Divisão de Documentação, Informação e Relações Públicas): h) atender e dar andamento às reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes do Ministério da Saúde (Art.8º - DL n.º 292/93, 24 de Ago.).

2000

**Secretaria-Geral do Ministério da Saúde** (Departamento de Modernização Administrativa e da Qualidade): “a) assegurar, em articulação com as instituições, o tratamento informacional e monitorização de todas as reclamações, queixas e sugestões dos utentes”; “b) propor medidas de política de modernização, simplificação e racionalização administrativas decorrentes da análise qualitativa das reclamações, queixas e sugestões dos utentes”; e “d) estudar e apresentar medidas de simplificação e racionalização dos procedimentos e circuitos administrativos” (Art.5º - DL n.º 96/2000, 23 de Maio).

2002

**Departamento de Modernização e Recursos da Saúde**<sup>22</sup> (Direcção de Serviços de Modernização Administrativa e de Relações Públicas – Divisão de Modernização e Qualidade): “d) gerir um sistema de tratamento e monitorização das sugestões e reclamações dos utilizadores do SNS”; “e) monitorizar o grau de satisfação do cidadão mediante a análise de sugestões, reclamações e opiniões diversas, bem como através da realização de estudos de satisfação”; e “f) propor medidas que facilitem a participação do cidadão no sistema, nomeadamente nos gabinetes de utente e nos observatórios regionais de satisfação e expectativas do cidadão” (Art.5º - DL n.º 8-A/2002, 24 de Ago.).

---

<sup>22</sup> Serviço central que resulta da fusão da Secretaria-Geral e do Departamento de Recursos Humanos e passa a assegurar as competências anteriormente atribuídas a estes dois serviços (DL n.º 257/2001, 22 de Set. e n.º 8-A/2002, 24 de Ago.).

2005

**Observatórios Nacional e Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão:** estruturas responsáveis pelo acompanhamento e monitorização, a nível nacional e regional, das exposições apresentadas pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde no Gabinete de Utente ou feitas no livro de reclamações, através do sistema Sim-Cidadão (Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev.).

**Entidade Reguladora da Saúde** (Departamento de Protecção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos - Serviço de Defesa do Cidadão): “*a*) avaliar, casuisticamente, todos os acontecimentos que possam ser susceptíveis de prejudicar os direitos dos cidadãos”; “*b*) avaliar a satisfação dos cidadãos na perspectiva das reclamações e sugestões, em canais próprios já implementados ou a implementar”; e “*d*) gerir a relação com os cidadãos que participem activamente com sugestões ou reclamações sobre os cuidados que lhes foram prestados” (Art.4º - Portaria n.º 418/2005, 14 de Abr.).

2006

**Secretaria-Geral do Ministério da Saúde:** “*q*) coordenar e assegurar o tratamento das reclamações, queixas e sugestões dos utentes” (Art.1º - Decreto Regulamentar n.º 2/2006, 25 de Jan. – atribuições decorrentes da extinção do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde).

2007

**Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.** (Agência da Qualidade na Saúde): “*h*) promover a avaliação sistemática da satisfação dos utentes e profissionais das unidades de saúde”, “*i*) gerir o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado «Sim-Cidadão», bem como outros sistemas que venham a ser instituídos para monitorizar a percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde” (Art.19º - Portaria n.º 646/2007, 30 de Maio)<sup>23</sup>.

**Administrações Regionais de Saúde – ARSLVT, I.P.** (Gabinete Jurídico e do Cidadão): “*e*) assegurar a gestão das reclamações e ou sugestões de utentes dirigidas à ARSLVT, I.P.”; “*f*) realizar avaliações regulares do processo de tratamento das reclamações e sugestões e do desempenho dos gabinetes de utente das unidades de saúde, apresentando

---

<sup>23</sup> É por esta altura que a Secretaria-Geral deixa de ter à sua responsabilidade a coordenação do tratamento das reclamações, queixas e sugestões dos utentes, definida pelo artigo 1º do Decreto Regulamentar n.º 2/2006, 25 de Jan., passando a ser uma atribuição da ACSS, I.P.

propostas correctivas”; e “g) produzir indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente final pelos serviços de saúde, designadamente o grau de satisfação e a participação dos cidadãos” (Art.8º - Portaria n.º 651/2007, 30 de Maio).

#### 2008

**Inspecção-Geral das Actividades em Saúde** (Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento) - “m) monitorizar a evolução das reclamações, sugestões e elogios apresentadas pelos cidadãos nos serviços e instituições do SNS e registadas no Sistema Sim-Cidadão” (Art.1º - Despacho n.º 4031/2008, 21 de Jan.)

#### 2009

**Direcção-Geral da Saúde** – Departamento da Qualidade (Divisão de Segurança do Doente): “f) gerir os sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado ‘Sim-cidadão’, e promover a avaliação sistemática da satisfação” (Art.4º - Portaria n.º 155/2009, 15 de Jan. - competências vindas da ACSS, I.P.).

## C.4 – Circulares Normativas n.º25/87, 2 de Jun., e n.º43/87, 30 de Set., da Direcção-Geral dos Hospitais

### Circular Normativa n.º25/87, de 2 de Junho



DIRECÇÃO-GERAL DOS HOSPITAIS

Circular  
normativa

N.º25/87 Data 2/6/87

Assunto: **Gabinete do Utente.**

DGH/910-7

**PARA CONHECIMENTO**  
de todos os hospitais dependentes desta D.G.H.

A organização e funcionamento do Gabinete do Utente, criado pelo despacho ministerial 21/86, nem sempre se processa da forma mais correcta.

Assim, chama-se a atenção para o seguinte:

1. Os hospitais deverão assinalar em locais bem visíveis, através de cartazes sugestivos e outros meios adequados, a existência e atribuições do G.U., localização, horário de funcionamento e nome do Técnico de Serviço Social.

#### 2. ORGANIZAÇÃO

2.1. O utente deverá ser encaminhado para o Técnico de Serviço Social do G.U., a quem compete o atendimento, que lhe fornecerá um impresso próprio, o caso queira apresentar sugestões/reclamações. Se a sugestão/reclamação não for redigida pelo próprio utente, deverá constar a sua identificação (nome, B.I. e morada). Em último caso, se for a própria Técnica de Serviço Social a redigi-las, a pedido do utente, por ser analfabeto, constará a identificação de duas testemunhas. (Para exemplificar, junto se anexam impressos-tipo extraídos dos utilizados em alguns hospitais). .../...



2.2. Ao utente, deverá, sempre, ser entregue um talão datado comprovativo da reclamação/sugestão com a respectiva assinatura de quem recebe.

2.3. No G.U. deverá existir um livro de registo de todas as reclamações/sugestões dos utentes, com o número de ordem, e um dossier para arquivar as fotocópias das reclamações/sugestões enviadas ao Orgão de Gestão e respectiva decisão.

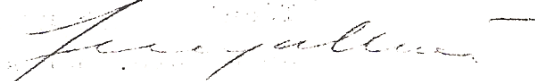
2.4. Todas as sugestões/reclamações serão enviadas do G.U. ao Orgão de Gestão que por sua vez as enviará à Inspecção Geral dos Serviços de Saúde (no prazo indicado no despacho ministerial), devendo o G.U. comunicar ao Utente a decisão tomada pelo Orgão de Gestão.

3. Sendo o G.U. "um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes", deverá ser composto por profissionais das diferentes áreas de intervenção.

Caberá a esta equipa pluridisciplinar reunir-se periodicamente para análise e avaliação do tipo de reclamações/sugestões apresentadas pelos utentes, sistematizando-as numa perspectiva global e propondo, então, medidas para um melhor funcionamento do hospital.

4. Ao G.U. não deverá caber a averiguação dos factos constantes das reclamações.

O DIRECTOR-GERAL,

  
( DOUTOR JACINTO MAGALHÃES )



- TIMBRE -

GABINETE DO UTENTE  
Despacho Ministerial nº26/86, de 30, Junho

UTENTE .....

Morada .....

Telefone ..... B, Ident nº ....., de .../.../... Arqº Ident .....

Desejo apresentar a seguinte RECLAMAÇÃO - SUGESTÃO, respeitante ao Serviço .....

....., em .../.../.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... de ..... de 198...

Utente (assinatura) .....

Pelo GABINETE DO UTENTE, .....

- TIMBRE -

GABINETE DO UTENTE  
Despacho Ministerial nº25/86, de 30 Junho

RECLAMAÇÃO ...../.....

SUGESTÃO ...../.....

Recebida em ...../...../.....

Enviada ao (orgão de gestão) em ...../...../.....

Pelo GABINETE DO UTENTE, .....

DESPACHO

A presente SUGESTÃO deve ser:

- Arquivada, por não ser exequível
- Arquivada, por não ser aconselhável a modificação sugerida devido a .....
- Objecto de estudo, designando-se para o efeito .....
- Base de exposição a apresentar a .....

A presente RECLAMAÇÃO deve ser:

- Arquivada, por não se ter verificado qualquer irregularidade
- Enviada à Direcção Médica, para parecer
- Objecto de averiguações, nomeando-se para esse efeito .....
- Autuada, instaurando-se processo disciplinar a .....
- Enviada à IGSS, para efeitos de instrução de procedimento disciplinar

...../...../198...

( O ORGAO DE GESTAO )

Enviada cópia ao Declarante em ...../...../.....

Enviada cópia à Inspeção Geral dos Serviços de Saúde em ...../...../.....

Circular Normativa n.º43/87, de 30 de Setembro

*DIRECÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS*

DIRECÇÃO-GERAL DOS HOSPITAIS

CLASSIFICAÇÃO

NOTIFICAÇÃO

RELAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

Assunto: :-Gabinete do Utente

43/87

30/9/87

DGH/910-7

*Falmar*  
*WMT*

PARA CONHECIMENTO  
de todos os estabelecimentos dependentes desta D.G.H.

Na sequência da Circular Normativa 25/87, deverá o Órgão de Gestão desse estabelecimento proceder do seguinte modo:

1. A Direcção-Geral dos Hospitais e Comissões Inter-Hospitalares, passarão a remeter ao Gabinete do Utente dos Hospitais todas as reclamações/sugestões que sejam feitas, directamente ou através do Ministério.

2. As reclamações/sugestões referidas deverão ser anexadas aos impressos próprios do Gabinete do Utente do Hospital onde se registarão os tópicos delas constantes, seguindo o mesmo circuito das apresentadas directamente no Hospital.

Para além do envio do processo respectivo à Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde, como determina o Despacho Ministerial 26/86, deverá também, ser o mesmo enviado a esta Direcção-Geral, via Comissão Inter-Hospitalar, no prazo máximo de 15 dias.

As reclamações/sugestões feitas directamente ao Gabinete do Utente do Hospital, deverão ser enviadas, com todo o processo anexo, simultaneamente à Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde e para conhecimento a esta Direcção-Geral, via Comissão Inter-Hospitalar.

Em qualquer dos casos, além do processo, deverá ainda ser enviada documentação que justifique decisões tomadas e resultados obtidos.

O INSPECTOR SUPERIOR DE ACÇÃO HOSPITALAR

( Dr. Alves Martins )

MCM/AM

6 OUT 1987

## C.5 – Circular Normativa n.º14/97, 12 de Ago., do DRHS do Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

*circular Normativa*



proc. n.º DID/034 999 000

assunto:

*Livro de reclamações nos  
Serviços Públicos*

N.º RA - E.º 14/97  
data 12.08.97

14-8-97  
*[Handwritten signature]*

PARA CONHECIMENTO DE TODOS OS  
SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS  
DEPENDENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. No Diário da República, 1 série-B, n.º 123, de 28.5.97 foi publicada a Portaria n.º 355/97, através da qual se divulgou o modelo do “*Livro de Reclamações*” a que se refere a Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, publicada no DR, I série-B, n.º 276, de 28.11.96.

O referido “*Livro de Reclamações*” é modelo exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, sendo os Serviços obrigados a adoptá-lo nos locais onde seja efectuado atendimento público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes, de forma visível.

2. As folhas do “*Livro de Reclamações*” dispõem de original e três vias destacáveis de cores diferenciadas.  
Nos casos de reclamação, no âmbito do Ministério da Saúde, deverá utilizar-se o seguinte procedimento:
  - a) entrega ao utente da via verde;
  - b) envio, no prazo de cinco dias úteis, da via azul ao Gabinete da Sr.ª Ministra da Saúde;
  - c) envio, em simultâneo, no prazo de cinco dias úteis, da via amarela ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Administração Pública.
3. No prazo referido no número anterior os Serviços e Estabelecimentos devem, sempre que tal se justificar, adoptar medidas rectificativas das situações objecto de reclamação.
4. A quando do envio das vias azul e amarela aos Gabinetes da Sr.ª Ministra da Saúde e do Senhor Secretário de Estado da Administração Pública, as mesmas deverão ser acompanhadas da resposta dos Serviços e Estabelecimentos face à referida reclamação, através do modelo que se

segue em anexo.

5. O reclamante deve ser também informado, pelo Serviço ou Estabelecimento, da resposta que recaiu sobre a reclamação apresentada, através do mesmo modelo, na data em que fôr dado cumprimento ao ponto 4..
6. Solicita-se a todos os Serviços e Estabelecimentos do Ministério da Saúde a melhor atenção para a devida observância da presente Circular.

O SUBDIRECTOR-GERAL,



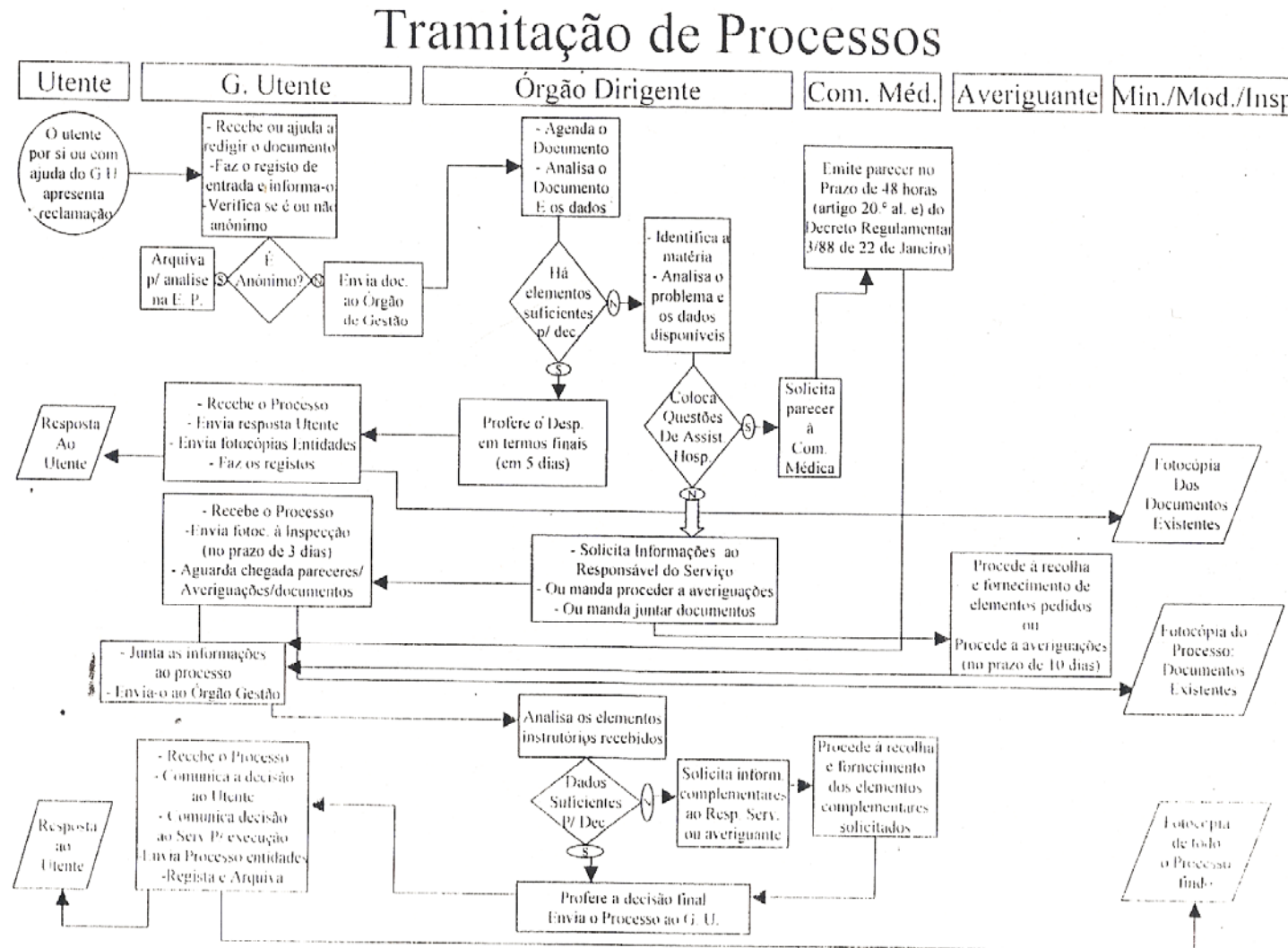
(Mariano Rosa Florentino)

PS/AFM  
CIRC 1-97.DOC



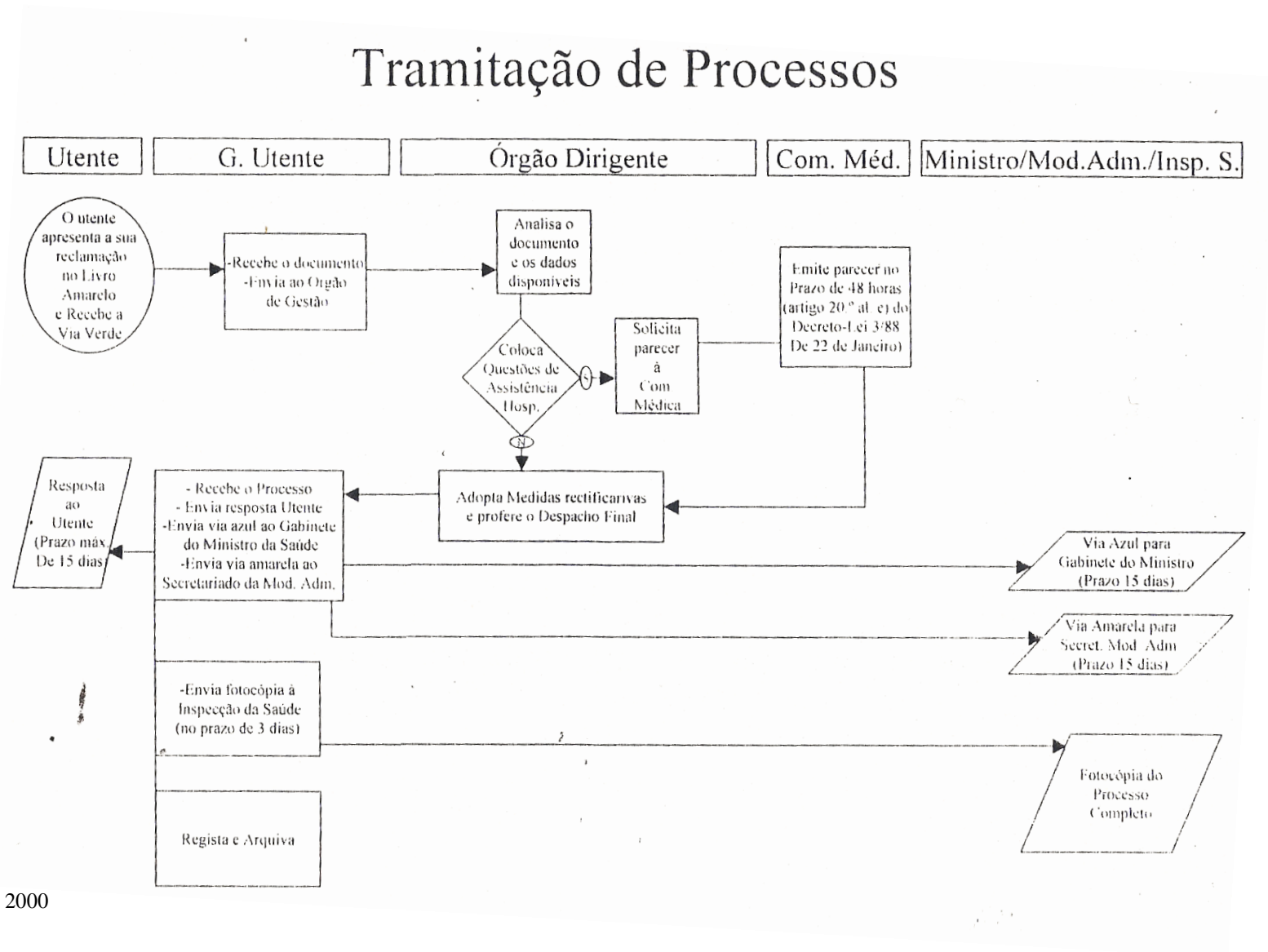
C.6 – Diagramas da tramitação dos processos de reclamação/sugestão (Gabinete do Utente e Livro de Reclamações)

Figura C.1 – Proposta de diagrama da tramitação dos processos de reclamação/sugestão relativos ao Gabinete do Utente (2000)



Fonte: DMAQ, 2000

Figura C.2 – Proposta de diagrama da tramitação dos processos de reclamação/sugestão relativos ao Livro de Reclamações (2000)



Fonte: DMAQ, 2000



## C.7 – Formulários *on-line*

### 1. Exemplo de dois Centros Hospitalares

Nome:

Email:

Telefone:

Assunto:

Área:

Mensagem:

Nome:

BI ou Passaporte:

Telefone de Contacto:

Endereço de Correio Electrónico:

Assunto:

Sugestões / Reclamações:

## 2. ARSLV / Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão de Lisboa e Vale do Tejo

ARSLVT.MIN-SAUDE.PT

ARSLVT +

HOSPITAIS E CENTROS DE SAÚDE -

UNIDADES DE SAÚDE +

FARMÁCIAS DE SERVIÇO

FARMÁCIAS - MAPAS

**SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES**

NOTÍCIAS E EVENTOS +

DOCUMENTOS E PUBLICAÇÕES +

FORMAÇÃO +

PROJECTOS +

AVISOS/CONCURSOS +

LICENCIAMENTOS +

### Sugestões e Reclamações

A Constituição da República Portuguesa dá o direito aos cidadãos de avaliarem os serviços que lhes são prestados. Consolidando este poder, a jurisprudência tem-se preocupado em criar enquadramento legal de defesa dos utentes, quer a nível público quer privado.

À semelhança do que acontece nas outras Administrações Regionais de Saúde, o Observatório Regional de Apoio ao Sistema SIM-Cidadão de Lisboa e Vale do Tejo é um serviço que procede ao acompanhamento e monitorização, contínua e sistematizada, das exposições inseridas por todas as instituições de saúde da nossa Região numa aplicação informática nacional. Tem como principais funções:

1. A realização de avaliações regulares do processo de tratamento das reclamações e sugestões e do desempenho dos gabinetes do utente das unidades de saúde, apresentando propostas correctivas.
2. A produção de indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente pelos serviços de saúde, designadamente o grau de satisfação e a participação dos cidadãos.
3. Análise e encaminhamento das exposições sobre os serviços de saúde entradas nesta ARS (reclamações, sugestões, elogios e pedidos de informação).

Tem perguntas para colocar ou reclamações sobre os serviços de saúde? Tem sugestões a dar em relação ao seu funcionamento? E elogios? Se quiser dar a conhecê-los, basta preencher o formulário que se segue. Daremos o encaminhamento devido.

#### DADOS PESSOAIS

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

MORADA:

E-MAIL:

NACIONALIDADE:

Nº DE BI / PASSAPORTE:

#### EXPOSIÇÃO

DATA (\*):

INSTITUIÇÃO VISADA (\*):

TIPO DE EXPOSIÇÃO (\*):

TEXTO (\*):

Os campos assinalados com (\*) são de preenchimento obrigatório.

Caso os campos Nome, Nº de BI / Passaporte, Morada não sejam preenchidos, a exposição será considerada anónima e o utente não terá direito a resposta.

Fonte: <http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/Paginas/SugestoeseReclamacoes.aspx>

### 3. Ministério da Saúde (Portal do Governo)

#### Contacto

Nome

E-mail

Destinatário  
Saúde

Assunto

Mensagem

caracteres restantes 4000

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt/pt/Pages/Contacto.aspx>

#### 4. Presidente da República (Página Oficial da Presidência)

##### ESCREVA AO PRESIDENTE

Este formulário oferece uma interface gráfica para o envio de correio electrónico para o Presidente da República Portuguesa.

É-nos necessária alguma informação por forma a podermos processar a sua mensagem, nomeadamente a indicação da sua morada de correio normal; outros campos são no entanto facultativos.

Por favor, responda às seguintes questões:

Nome *	E-mail *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se estiver a endereçar esta carta em nome de uma organização, empresa, sindicato, grupo ou outra, indique o nome completo da entidade por extenso e qual a sua relação ou cargo na mesma (opcional).

Organização	Cargo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor, indique o seu endereço de correio normal (necessário para a obtenção de resposta a este E-mail)

Morada (Rua, Avenida, etc...) *	Cidade/Vila/etc... *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal / Localidade *	Pais *
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor, indique qual o motivo ou razão para o envio desta mensagem?

Motivo *	Temática *
<input type="text" value="-- Selecione --"/>	<input type="text"/>
Mensagem (limite de 10.000 caracteres) *	
<input type="text"/>	

Enviar Mensagem

Após o envio desta mensagem, irá receber um E-mail confirmando a recepção da mesma pela Presidência da República.

Pode ainda enviar a sua mensagem por correio para:

Palácio de Belém  
Calçada da Ajuda, nº 11  
1349-022 Lisboa (Portugal)

\* campos obrigatórios.

Fonte: <http://www.presidencia.pt/?action=3>

## 5. Primeiro-Ministro (Portal do Governo)

### Contacto

Nome

E-mail

Destinatário  
Primeiro-Ministro ▼

Assunto

Mensagem

caracteres restantes 4000

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt/pt/Pages/Contacto.aspx>

## 6. ERS

### Folha de Reclamação

Atenção, os campos assinalados com ■ são de preenchimento obrigatório.

#### 1-Identificação do prestador do serviço contra o qual é feita a reclamação

a) Nome do prestador do serviço

b) Morada do prestador do serviço

c) Código postal do prestador do serviço  
e.g. 4250-129

d) Localidade

#### 2-Identificação do Reclamante

a) Nome do reclamante ■

b) Morada do reclamante ■

c) Código Postal do reclamante ■  
e.g. 4250-129

d) Localidade do reclamante ■

e) Nacionalidade do reclamante ■

f) Número de telefone do reclamante ■

g) Passaporte ou BI ■

h) E-mail ■

#### 3. Motivo da reclamação

a) Data da ocorrência ■  
 -  -    :

b) Descrição da reclamação ■

5000 caracteres disponíveis

Fonte: [http://www.ers.pt/quem-somos/portal\\_url/informacoes\\_uteis/livro-de-reclamacoes-online](http://www.ers.pt/quem-somos/portal_url/informacoes_uteis/livro-de-reclamacoes-online)

## C.8 – Resumo informativo sobre o Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações – Sim-Cidadão

(disponibilizado por uma pessoa com quem foi efectuada uma conversa informal)



### INTRODUÇÃO

*O SNS deve, hoje, ao cidadão uma postura em que os profissionais sejam cada vez mais atentos às suas expectativas, mais humanos no trato quotidiano e mais intocáveis no plano ético.*

*A esta forma de estar e de actuar deve corresponder a possibilidade de lhes proporcionar a informação e a preparação necessárias para uma eficaz e eficiente comunicação com os utentes, bem como para potenciar a satisfação pelos cuidados de saúde prestados.*

*Simultaneamente importa assumir, de forma transparente e rigorosa, novos conceitos de informação sobre direitos e deveres recíprocos na enorme complexidade inter-relacional que é hoje o SNS.*

*Com este Projecto SIM-CIDADÃO, caminhamos no sentido de melhorar a prestação de cuidados e organização dos serviços. Como tal, pode entender-se que estes primeiros passos são ainda uma pequena parte da Qualidade que pretendemos e que, em conjunto, vamos alcançar ao serviço dos cidadãos.*

*Uma palavra final de apreço e elevada consideração para todos os que conceberam e para aqueles que vão implementar o SIM-CIDADÃO, transformando-o num projecto de sucesso e de futuro.*



### **Utente/Exponente**

Por Utente entende-se qualquer Cidadão que possa utilizar os serviços da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (RNPCS).

Por Exponente entende-se qualquer Cidadão que apresente uma exposição, independentemente de ser ou não o utente visado na mesma.

O Utente e o Exponente poderão, ou não, ser a mesma pessoa.

Independentemente do Utente coincidir, ou não, com o Exponente, a exposição diz sempre respeito ao Utente que foi objecto da situação apresentada.

Apesar disso, no âmbito da utilização do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações é a figura do Exponente que dá origem ao processo de registo e acompanhamento de uma exposição e respectivas ocorrências.

Antes de proceder ao registo de um novo exponente deverá ser garantido que o mesmo não está registado no sistema. Para tal, deverá ser iniciado um processo de pesquisa no qual deverão ser introduzidos todos os dados disponíveis sobre o exponente.

- [Pesquisa e Registo de um Exponente](#)
- [Alteração/Eliminação de um Exponente](#)



### **Recepção de Exposições a Caracterizar**

Entende-se por Exposição a apresentação de uma reclamação, uma sugestão/opinião ou um elogio com origem na percepção do utente face às diferentes dimensões dos cuidados de saúde prestados pela Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (RNPCS).



No âmbito do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, a apresentação de uma exposição poderá ser recebida por diversos canais: via Presencial, via Documental e via Internet. Cada uma destas vias terá um tratamento específico, que passamos a descrever:

#### **Via Presencial (Gabinetes do Utente)**

Qualquer cidadão, enquanto utente poderá dirigir-se a um dos Gabinetes do Utente (GU) da rede, aí apresentando a exposição de uma ou várias ocorrências que, no seu entender, deverão ser alvo de uma apreciação mais cuidada por parte do Ministério da Saúde.

Neste tipo de exposições, o Gabinete do Utente recebe a informação/documentação apresentada pelo exponente, dando-lhe o respectivo tratamento após uma primeira análise.

#### **Via Documental (Caixa de Sugestões e Reclamações, Carta, Fax ou E-mail)**

Qualquer cidadão, enquanto utente, poderá apresentar a exposição de uma ou várias ocorrências que, no seu entender, deverão ser alvo de uma apreciação mais cuidada por parte do Ministério da Saúde, através de um documento escrito. Este documento poderá ser remetido a qualquer Gabinete do Utente através da Caixa de Sugestões e Reclamações, Carta, Fax ou E-mail.

Neste tipo de exposições, o Gabinete do Utente recebe a informação/documentação enviada pelo exponente, dando-lhe o respectivo tratamento, após uma primeira análise.

#### **Via Internet**

Qualquer cidadão com acesso à Internet poderá apresentar a exposição de uma ou várias ocorrências que, no seu entender, deverão ser alvo de uma apreciação mais cuidada por parte do Ministério da Saúde, através do preenchimento directo de um formulário no portal *on line* do sistema.

Neste tipo de exposições, o Gabinete do Utente apenas procede a uma primeira análise, dando-lhe o respectivo tratamento.

Em qualquer dos casos, esta primeira análise deverá incluir alguns passos importantes.

Um dos primeiros passos será a digitalização de todos os documentos importantes que existirem, para posterior anexação ao processo.

Outro passo importante será a identificação da(s) instituição(ões) visada(s) na exposição apresentada. Caso essa(s) instituição(ões) não coincida(m) com a própria, o Gabinete do Utente deverá proceder ao reencaminhamento da exposição para a(s) respectiva(s) instituição(ões).

### **Caracterização de Exposições**

O processo de caracterização de uma exposição poderá ser classificado como o mais importante de todo o sistema, uma vez que é aqui que se trata da exposição e respectivas ocorrências mais detalhadamente, definindo-se os problemas/causas que lhe deram origem.

Uma Exposição é composta por uma ou mais Ocorrências, que poderão ser de vários tipos: Elogio, Sugestão, Reclamação ou 2ª Reclamação.

Uma vez que, por exemplo, um elogio não pode ser tratado de forma igual a uma reclamação, cada ocorrência será caracterizada de acordo com o seu tipo:

#### **Elogio ou Sugestão**

#### **Reclamação**

#### **2ª Reclamação**



### **Resposta ao Pedido de Audição**

A Audição é o processo pelo qual um Serviço visado numa Ocorrência expõe a sua versão dos acontecimentos que originaram a Exposição por parte do Exponente.

**O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR) permite que um profissional de um serviço (ex.: médico, enfermeiro-chefe, etc.), com acesso ao sistema, visualize todas as exposições nas quais ele é visado e, sobre as quais, tenha sido solicitado pelo Gabinete do Utente a expor a sua versão dos acontecimentos.**

Como existem serviços que poderão inicialmente não ter acesso ao Sistema, este permite que a Audição seja também efectuada em formato papel. Depois de respondida será reenviada ao Gabinete do Utente que tratará de a integrar no Sistema.

**No processo de audição, o serviço poderá ser solicitado a fundamentar a sua exposição com indicadores previamente definidos pelo Gabinete do Utente e/ou pelo próprio sistema.**

Exemplo de Indicadores a preencher pelo serviço:

1. Causa – Tempo de Espera para Atendimento.

Indicadores – “Tempo Médio de Espera no Dia”; “N.º de Atendimentos no Dia”; “Nº de Profissionais em Atendimento”.

2. Causa – Alteração da marcação de consulta sem aviso Prévio.

Indicadores – “N.º de Alterações de Consultas nos Últimos 6 Meses”

**A resposta deve ser CLARA, CONCISA, OBJECTIVA e ISENTA.**

**Para além desta informação, o serviço poderá também apresentar uma proposta de resolução do problema apresentado, permitindo assim que sejam os principais afectados a propor soluções.**

- [Resposta ao Pedido de Audição](#)



## Propostas e Decisão

### PROPOSTAS

Nesta altura do processo da exposição já foram recolhidas informações da apresentação da exposição e respectiva(s) ocorrência(s), dos anexos, das causas e respectivos problemas, dos indicadores digitados e calculados, das entrevistas e das respostas aos pedidos de audição.

Com base em toda esta informação recolhida ao longo do percurso da exposição, o Gabinete do Utente poderá então elaborar a proposta para decisão superior, que contém a resposta ao Exponente e as medidas correctivas relativas à situação em análise.

O Gabinete do Utente deverá, por isso, preencher os dois campos correspondentes às propostas e, de seguida, emitir o documento de "**Informação para Decisão**", através do respectivo *link*. Este documento será então enviado à direcção da Instituição para que a mesma aprove ou corrija as propostas apresentadas.

- [Registo da Informação para Decisão](#)

### DECISÃO

Após a aprovação pelo Conselho de Administração das propostas de resposta, o Gabinete do Utente deverá registar a decisão tomada e elaborar a resposta definitiva para o Exponente.

De seguida deverá ser emitido o ofício para o Exponente. Neste ofício é dada resposta ao Exponente sobre a exposição que ele apresentou.

Apenas depois de todo o processo estar concluído, o Gabinete do Utente actualiza a situação da Ocorrência para "**Resolvida**". Deverá ter em atenção que uma Exposição/Ocorrência no estado – "Resolvida" – não deverá ser mais alterada.

Caso o Exponente não concorde com a resposta que recebeu, poderá apresentar uma segunda reclamação.

- [Registo da Decisão e da Resposta](#)



### **Consulta do Processo de uma Exposição**

Os Gabinetes do Utente (de qualquer instituição de saúde) poderão efectuar a consulta do processo do mesmo modo que executam a caracterização das suas exposições e ocorrências.

Contudo, cada Gabinete do Utente apenas poderá consultar o processo das Exposições e Ocorrências nas quais a própria Instituição seja visada. Das restantes Exposições e Ocorrências apenas poderão consultar a respectiva situação.

Para além dos Gabinetes do Utente, os dirigentes das Instituições têm acesso à consulta dos processos completos de todas as exposições existentes.

Os dirigentes das ARS e das Sub-Regiões podem visualizar no sistema todas as exposições dos estabelecimentos de saúde da sua região ou da sub-região respectiva.

Os responsáveis dos Observatórios Regionais têm igualmente acesso às exposições e dados estatísticos da respectiva região de saúde.

Para isso, existe no sistema um separador de "**Exposição**" dentro do módulo de "**Consulta**", visível apenas pelas entidades referidas. Tal como o nome indica, este módulo permite consultar a informação referente a todas as fases percorridas por uma exposição e respectivas ocorrências (caracterização, audição, entrevista, resposta,...). De referir, ainda, que este módulo não permite quaisquer alterações na exposição ou ocorrências visualizadas.

### **Consulta da Situação da Exposição**

O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR) permite a qualquer utente, que tenha apresentado uma exposição, consultar a situação da mesma, bastando, para tal, dirigir-se a um Gabinete do Utente de qualquer instituição de saúde.

No módulo da "**Consulta**" está disponível o separador de "**Situação**" que permite ao profissional do Gabinete do Utente consultar o estadió de todas as ocorrências e exposições do Exponente, assim como o histórico das mesmas.

Para além da situação da exposição, cada Gabinete do Utente pode fornecer mais detalhes de uma exposição ou ocorrência, desde que a mesma vise a própria Instituição, através do separador "**Caracterização**" do módulo de "**Exposição**".

- [Consulta da Situação de uma Exposição](#)

### **Nota Final**

Este Sistema passará a ser um novo instrumento de avaliação que, paralelamente à pesquisa da situação/problema, terá um espaço reservado para as medidas correctivas. Contamos com a vossa melhor colaboração e estamos sempre disponíveis para, em conjunto, encontrarmos novas soluções para os problemas/desafios que os utentes nos colocam.

## C.9 – Circular Normativa n.º 12/DQS/DSD, de 4 de Agosto de 2009, da Direcção-Geral da Saúde



Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George  
DN: cn=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, c=Francisco Henrique Moura George  
Date: 2009.08.04 17:21:12 +0100

**Direcção-Geral da Saúde**

**Circular Normativa**

**Assunto:** Tratamento das Exposições apresentadas pelos Cidadãos nos Cuidados de Saúde Primários **Nº: 12/DQS/DSD**  
**DATA: 04/08/09**

**Para:** Todos os Centros de Saúde integrados nos Agrupamentos de Centros de Saúde ou em Unidades Locais de Saúde

**Contacto na DGS:** Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão de Segurança do Doente

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro vem criar um novo paradigma na organização dos centros de saúde, que obriga à uniformização dos procedimentos no registo e tratamento das exposições apresentadas pelos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde.

Neste contexto, e após audição prévia da Missão dos Cuidados de Saúde Primários e das Administrações Regionais de Saúde, vem esta Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências, emitir orientações dirigidas aos Gabinetes do Cidadão dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde, determinando o seguinte:

### **NORMA**

#### ***I - Tratamento***

O tratamento das exposições (reclamações, sugestões e elogios/louvores) dos cidadãos será efectuado e uniformizado, através da aplicação informática Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, que permitirá:

- 1) registar, classificar, acompanhar e visualizar todos os processos em curso e/ou já resolvidos;
- 2) gerir, controlar e coordenar a informação e os fluxos de trabalho;
- 3) integrar, anexar, arquivar e disponibilizar, rápida e eficazmente, toda a informação necessária ao processo a qualquer nível de intervenção;
- 4) conhecer em cada momento a origem, localização e percurso de cada processo;
- 5) produzir indicadores estatísticos e de gestão.

#### ***II - Circuito***

As exposições que dêem entrada nos destinatários da presente Circular devem ser reencaminhadas, através do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, ao Gabinete do Cidadão respectivo, que procede em conformidade com as seguintes determinações:

- 1) a exposição dá entrada imediata no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, cabendo ao Gabinete do Cidadão promover todas as diligências para o envio de uma resposta adequada ao cidadão;
- 2) sempre que as exposições visem outra instituição, compete ao Gabinete do Cidadão reencaminhá-las para o organismo visado;

- 3) a resposta final é da competência do dirigente máximo, por proposta do Gabinete do Cidadão, devendo ser adequada à questão colocada pelo cidadão e, sempre que possível, conter as medidas adoptadas ou a adoptar pela instituição;
- 4) as reclamações que visem o dirigente máximo e/ou o profissional do Gabinete do Cidadão são reencaminhadas para o nível hierárquico superior – Administração Regional de Saúde, competindo a este o respectivo tratamento e resposta ao cidadão;
- 5) as reclamações que contestem a resposta dada ou a falta da mesma, em tempo útil, são registadas no sistema através da funcionalidade “Segunda Reclamação”, que as reencaminhará automaticamente para o nível hierárquico superior, a quem competirá o respectivo tratamento e resposta ao cidadão.

O circuito definido não prejudica o envio da exposição para outras instituições competentes, sempre que o seu conteúdo o justifique, devendo tal encaminhamento ser oficiado ao cidadão.

### ***III - Entrevista***

- 1) Sempre que necessário poderá ser feita entrevista telefónica ou presencial ao cidadão, cujo resultado tem de ser devidamente registado no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações;
- 2) as entrevistas são efectuadas pelos profissionais e registadas na aplicação informática;
- 3) as entrevistas deverão ser realizadas na unidade de mais fácil acesso ao cidadão.

### ***IV - Audição***

- 1) Os pedidos de audição são sempre efectuados aos coordenadores das unidades funcionais;
- 2) o tempo limite para a resposta ao pedido de audição é de cinco dias úteis;
- 3) na resposta ao pedido de audição, deverão ser apresentadas propostas a adoptar ou medidas adoptadas com vista à solução dos problemas apresentados;
- 4) se a resposta ao pedido de audição não for suficientemente esclarecedora deverão ser solicitadas informações adicionais.

### ***V - Prazo de resposta***

- 1) O cidadão deverá obter resposta à sua exposição no prazo de quinze dias, nos termos do número 1 do artigo 39.º do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril;
- 2) nos casos em que se conclua pela necessidade de alongar o prazo referido no número anterior, deve o serviço dar informação intercalar da fase de tratamento do assunto em análise, nos termos do número 2 do artigo 39.º do mesmo diploma;
- 3) sempre que a exposição dê origem à instauração de um processo de inquérito ou disciplinar, o procedimento ficará a cargo exclusivamente da entidade competente para a respectiva instrução e a resposta ao cidadão, a realizar nos termos das alíneas anteriores, deverá circunscrever-se à comunicação do encaminhamento dado à exposição e à identificação da entidade ou do órgão responsável pela tramitação subsequente e futuros contactos, após o que a exposição poderá ser encerrada.



## FUNDAMENTAÇÃO

O Gabinete do Cidadão é um serviço de apoio na dependência directa e funcional do director executivo do Agrupamento de Centros de Saúde, sem prejuízo do disposto em matéria de delegação de competências nos termos do Código do Procedimento Administrativo.

O Sistema SIM-Cidadão visa não só, promover a melhoria da qualidade de Atendimento dos Serviços prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, adequando as suas respostas às necessidades e expectativas dos cidadãos utilizadores, como produzir indicadores de gestão, fundamentais para permitir a tomada de decisões mais céleres e mais adequadas à melhoria de desempenho das organizações. É suportado pelo sistema de informação computadorizado e em rede – Sistema de Gestão das Sugestões e Reclamações - que permite produzir informação útil e fiável. Este sistema assenta num modelo descentralizado, que confere aos Gabinetes do Cidadão das Instituições de Saúde a responsabilidade pelo atendimento e pelo processo de registo, análise, tratamento, proposta de resolução e resposta a todas as exposições apresentadas pelos cidadãos utilizadores, bem como pela identificação das medidas correctivas.

Com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a par da extinção das Sub-Regiões de Saúde, torna-se urgente definir o circuito mais adequado ao tratamento das exposições, de modo a não só se poder otimizar as potencialidades deste Sistema, a nível nacional e regional, como introduzir eventuais correcções que permitam melhorar a sua eficácia, a qualidade do funcionamento dos serviços e o grau de satisfação dos cidadãos.



Francisco George  
Director-Geral da Saúde