



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Avaliação da Qualidade do Serviço Nacional de Saúde Português

O caso de estudo sobre as reclamações apresentadas
em contexto de pandemia de Covid-19

Lígia Raquel Neves Fraga

Católica Porto Business School
2021



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Avaliação da Qualidade do Serviço Nacional de Saúde Português

O caso de estudo sobre as reclamações apresentadas
em contexto de pandemia de Covid-19

Trabalho Final na modalidade de Dissertação
apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Gestão
com especialização em *Business Analytics*

por

Lígia Raquel Neves Fraga

sob orientação de
(Phd) Carla Sofia Carvalho Martins

Católica Porto Business School
Maio, 2021

Agradecimentos

Gostaria de gratificar a Professora Doutora Carla Marins pela orientação fundamental para a realização deste Trabalho Final de Mestrado.

Aos meus amigos, pelo apoio emocional e pelas longas horas de debate acerca de temas relacionados com a problemática da tese.

Finalmente, um agradecimento especial à minha família, pelo constante apoio proporcionado ao longo de todo o meu percurso académico, pela ajuda na revisão deste trabalho, por nunca terem duvidado das minhas capacidades e me auxiliarem na concretização dos meus sonhos.

Resumo

Na sociedade atual, os cidadãos estão cada vez mais conscientes e exigentes relativamente aos bens que adquirem e aos serviços dos quais usufruem, nomeadamente serviços de saúde. A sua perceção de qualidade influencia não só a escolha da instituição, mas também a sua recomendação a terceiros (Mosadeghrad, 2013). A diminuição da tolerância relativamente ao erro e o acesso generalizado à *internet* fizeram com que se tornasse mais fácil para os utentes de serviços de saúde exporem o seu descontentamento, através da reclamação, e que o impacto provocado pela mesma aumentasse.

Anualmente, as instituições de saúde são alvo de uma quantidade massiva de reclamações que contêm informação valiosa relativamente a falhas nos serviços. Porém, a informação contida nas mesmas ainda é subaproveitada (Reader et al., 2014). À Entidade Reguladora da Saúde (ERS) cabe monitorizar e analisar as reclamações recebidas através dos canais oficiais. Porém, são tidas em consideração todas as reclamações efetuadas através de canais que estão fora do controlo do Estado. Entre esses, o Portal da Queixa é um dos mais relevantes. Assim, o objetivo desta dissertação é perceber quais os principais motivos de reclamação em Portugal e quais as suas implicações para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo empírico com base em 1012 reclamações públicas dirigidas ao SNS, apresentadas no Portal da Queixa, durante a pandemia Covid-19. As reclamações foram classificadas de acordo com a taxonomia desenvolvida por Reader et al. (2014).

Os resultados demonstram que a maioria das reclamações são realizadas pelo próprio paciente, geralmente do género feminino. No litoral continental registaram-se mais observações, com e special destaque para os distritos de

Lisboa e do Porto. Grande parte das reclamações são dirigidas a centros de saúde, como questões relativas a “processos institucionais”, de baixo dano e severidade, provocados por membros do secretariado. Apesar do contexto epidemiológico, verificou-se que a maioria dos problemas não foram diretamente provocados pela Covid-19.

Adicionalmente, constatou-se que o tipo de reclamações recebidas pela ERS difere dos observados na amostra estudada. Com base no mencionado, consideramos que a monitorização e análise de diferentes fontes de reclamação, nomeadamente redes sociais e outras plataformas digitais, possibilitam a identificação de diferentes tipos de problemas que poderiam contribuir para promover mudanças nos serviços de saúde com vista a melhorar a qualidade dos mesmos.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde; Reclamações; Qualidade; Covid-19



Abstract

In today's society, citizens are increasingly aware and demanding of the goods they purchase and the services they enjoy, including healthcare services. Their perception of quality influences not only the choice of institution, but also their recommendation to other people (Mosadeghrad, 2013). The decrease in error's tolerance and the widespread access to the *internet* made it easier for healthcare services users to expose their discontent through complaints. Furthermore, it has increased the impact caused by patients' complaints.

Annually, health institutions receive a massive amount of complaints that contain valuable information regarding service failures. However, the information contained therein is still underutilized (Reader et al., 2014). The Healthcare Regulatory Authority (ERS) is responsible for monitoring and analyzing complaints received through official channels. However, all complaints made through channels that are beyond the control of the Government are left out of this analysis. Among these, the "Portal da Queixa" is one of the most relevant. Thus, the objective of this dissertation is to understand what the main reasons for complaints in Portugal are and their implications for the National Health Service (NHS). In this sense, an empirical study was developed based on 1012 public complaints addressed to the NHS, at "Portal da Queixa", during the Covid-19 pandemic. Complaints were classified according to the taxonomy developed by Reader et al. (2014).

The results show that the majority of complaints are made by the patient himself, usually female. Most of the observations were registered on the continental coast, with special emphasis on the districts of Lisbon and Porto. Most complaints are directed to primary healthcare centers (GPs), with issues

related to “institutional processes”, that are of low damage and severity and typically caused by administrative members. Despite the epidemiological context, it was found that most problems were not directly caused by Covid-19.

Additionally, it was found that the type of complaints received by the ERS differs from those observed in the studied sample. Based on that, we can consider that monitoring and analysing different sources of complaints, namely social networks and other digital platforms, make it possible to identify different types of problems that contribute to promoting changes in healthcare services in order to improve quality.

Keywords: National Health Service; Complaints; Quality; Covid-19

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	iii
Abstract	vi
Índice	ix
Índice de Figuras.....	xii
Índice de Tabelas	xiv
Índice de Gráficos	xvi
Introdução.....	19
Revisão de Literatura	24
1. Saúde e crescimento económico.....	24
2. Qualidade do Serviço	26
3. Ato de Reclamação.....	28
4. Serviço Nacional de Saúde Português	33
4.1 Investimento no SNS.....	36
4.2 Resposta do SNS à Covid-19.....	38
5. Entidade Reguladora da Saúde – SGREC.....	39
5.1 Processos dirigidos à ERS.....	41
6. Análise de Reclamações em Serviços de Saúde.....	44
6.1 Taxonomia de Gillespie & Reader.....	47
6.2 <i>Healthcare Complaints Analysis Tool</i>	48
Metodologia.....	50
1. Metodologia	50
Resultados.....	56
1. Resultados	56
1.1 Caracterização demográfica da amostra	56
1.2 Instituição	58
1.3 <i>Staff</i>	60
1.4 Distribuição temporal das Reclamações.....	61
1.5 Estado das Reclamações	62
1.6 Covid-19.....	64
1.7 Dano causado	65
1.8 Severidade	70
1.9 Estágio de acontecimento	71
1.10 Categorias de Problemas	72
1.10.1 Problemas de gestão - Processos Institucionais	73
1.10.2 Problemas de gestão - Ambiente	78

1.10.3 Problemas clínicos - Qualidade	80
1.10.4 Problemas clínicos – Segurança.....	82
1.10.5 Problemas relacionais – Respeito e Direitos dos Pacientes	83
1.10.6 Problemas relacionais – Comunicação	84
1.10.7 Problemas relacionais – Atenção.....	85
2. Associação de variáveis.....	86
Discussão, Limitações do Estudo e Sugestões de Investigação	91
1. Discussão dos resultados da amostra	91
2. Dados do Portal da Queixa vs dados SGREC	95
3. Limitações do estudo e sugestões de investigação.....	99
Conclusão.....	102
Bibliografia.....	104
Anexo 1.....	110
Anexo 2.....	111
Anexo 3.....	112
Anexo 4.....	113
Anexo 5.....	114
Anexo 6.....	115

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo <i>excel</i> da ferramenta HCAT	51
Figura 2: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, "severidade" e "dano" ...	86
Figura 3: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, "severidade" e "problema"	87
Figura 4: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, "staff" e "severidade"	88

Índice de Tabelas

Tabela 1: Total de processos recebidos pela ERS, por mês, entre março e outubro de 2020.....	41
Tabela 2: Comparação das temáticas dos dados do Portal da Queixa e do SGREC	96
Tabela 3 : Taxonomia desenvolvida por Gillespie & Reader (domínios, categorias e subcategorias).....	111

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Esperança Média de Vida (EMV) em Portugal e na Europa	34
Gráfico 2: Disparidade na esperança de vida aos 30 anos por nível de instrução	35
Gráfico 3: Evolução dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde.....	37
Gráfico 4: Temas mencionados nos processos recebidos pela ERS, em 2020	42
Gráfico 5: Género do autor da reclamação	56
Gráfico 6: Tipo de autor.....	57
Gráfico 7: Mapa com a distribuição do número de reclamações por município	57
Gráfico 8: Mapa com a distribuição do número de reclamações por distrito	58
Gráfico 9: Tipo de organização à qual se dirige a reclamação.....	59
Gráfico 10: Objeto da reclamação	60
Gráfico 11: Número de reclamações por mês	61
Gráfico 12: Distribuição diária do número de reclamações entre março e maio	62
Gráfico 13- Evolução mensal do estado das reclamações	63
Gráfico 14: Número de problemas provocados pelo Covid-19.....	64
Gráfico 15: Número de reclamações de acordo com o nível de dano causado..	69
Gráfico 16: Número de reclamações de acordo com o nível de severidade	71
Gráfico 17: Número de reclamações por estágio de acontecimento.....	72
Gráfico 18: Número de reclamações por categoria de problema	73
Gráfico 19: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "processos institucionais"	74
Gráfico 20: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "ambiente"	79

Gráfico 21: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "qualidade"	81
Gráfico 22: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "segurança"	82
Gráfico 23: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "respeito e direitos"	83
Gráfico 24: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "comunicação"	85
Gráfico 25: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "atenção"	85
Gráfico 26: Evolução mensal do número de reclamações- comparação ERS e amostra Portal da Queixa	98
Gráfico 27: Processos de reclamação relacionados com Covid-19 - Categorias mais frequentes entre março e outubro	110
Gráfico 28: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "dano"	112
Gráfico 29: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "problema"	113
Gráfico 30: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "staff"	114
Gráfico 31: Gráfico mosaico das variáveis "staff", "severidade" e "problema"	115

Introdução

As reclamações dos pacientes, de acordo com Reader et al. (2014), são o recurso mais valioso de uma organização. No entanto, continuam a ser uma fonte de informação subutilizada. Por não estarem integrados na cultura das organizações, os pacientes proporcionam uma avaliação (reclamação) imparcial, centrada na sua perspetiva enquanto utentes (Gillespie & Reader, 2016). A partir destas avaliações é possível extrair informações que podem produzir alterações nos serviços visando a melhoria da qualidade na perspetiva dos pacientes e da organização (Dabholkar, 1985).

Sendo que existe um desajuste entre as perspetivas de qualidade para os pacientes e para as organizações é essencial direcionar esforços no sentido de compreender as necessidades e desejos dos pacientes. O contexto pandémico de Covid-19 trouxe ainda alterações muito significativas à prestação de serviços de saúde, pela necessidade de mobilizar uma grande parte dos recursos para o combate do vírus e controlo do contágio. Este contexto acrescenta relevo ao estudo da qualidade dos serviços de saúde na perspetiva do utente. Foi em torno desta problemática que foi proposta a seguinte questão de investigação: “Quais os principais motivos de reclamação no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, durante a pandemia Covid-19?”.

Num mundo dominado pelas tecnologias de informação (TI), os consumidores, em geral, passaram a ter novos canais de reclamação. O

aparecimento da *internet* permitiu que tudo ficasse à distância de um clique, facilitando, inclusivamente, o ato de reclamação, tornando-o mais rápido, público e frequente.

Tradicionalmente, os utentes dos serviços de saúde podem apresentar as suas queixas no próprio local de prestação do serviço, pedindo o “Livro de Reclamações”, em formato físico, obrigatório em todos os estabelecimentos com atendimento ao público. Essas reclamações são encaminhadas para as respetivas entidades reguladoras, no caso dos serviços de Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A esta compete a monitorização, análise e, quando necessário, o encaminhamento dessas reclamações para entidades externas. A generalização do uso da *internet* permitiu que o “Livro de Reclamações”, além da versão física *in loco*, tenha uma versão eletrónica e que, além disso, os cidadãos possam também apresentar as suas queixas, diretamente, às entidades reguladoras, através dos seus *websites*. A ERS reúne todas as reclamações respeitantes a serviços de saúde, apresentadas nos meios anteriormente mencionados, através do Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) e produz e publica anualmente um relatório que sumariza os resultados da análise estatística desses dados. Foram já publicados relatórios parciais referentes ao primeiro semestre de 2020 (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020).

A *internet* permite que, para além dos canais oficiais do Estado, os utentes de serviços de saúde utilizem muitos outros meios, mais ou menos formais, para exercer o seu direito de reclamar, entre eles, o Portal da Queixa. Apesar da sua relevância, estas reclamações não são consideradas pelo SGREC. Nesse sentido, o presente estudo debruça-se sobre as reclamações ao Serviço Nacional de Saúde apresentadas através do Portal da Queixa - uma plataforma independente, criada em 2009 e de uso gratuito. Pretende-se, com esta investigação, acrescentar informação ao retrato feito pela ERS no ano de 2020.

A intenção, além de estudar as causas de reclamação, é também identificar perfis demográficos e geográficos, verificar a evolução das respostas dadas às reclamações e refletir quais as implicações para a prática dos resultados. Uma vez que os dados extraídos são relativos ao ano de 2020, podemos assumir que as conclusões, relativamente a anos anteriores, serão diferentes, tendo em conta a situação de pandemia que afetou seriamente o SNS português.

A dissertação é composta por 4 capítulos. O primeiro é relativo à revisão da literatura que se inicia com uma descrição dos principais conceitos abordados. O segundo contém a descrição da metodologia utilizadas para analisar os dados. O terceiro apresenta os resultados da investigação. Finalmente, o quarto é composto pela discussão, na qual se faz referência às principais observações, e pelas limitações do estudo e sugestões de investigação futura.

O capítulo da revisão da literatura, inicia-se com a explicação do contributo da saúde para a economia de um país e o bem-estar dos cidadãos. Posteriormente é definido o que é “qualidade” de serviço e, logo de seguida, é apresentado o conceito principal deste trabalho: “reclamação”. Este consiste no reporte formal de um evento adverso ocorrido durante a prestação de um serviço, que tem como propósito desencadear uma ação de correção (De Vos et al., 2018) ou, originar uma recompensa financeira pelo dano causado (Wessel et al., 2012).

É realizada uma contextualização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português que flui para os investimentos previstos em Orçamento de Estado para 2021. Uma vez que o ano de 2020 foi caracterizado pelo aparecimento da doença Covid-19, realizou-se uma breve descrição do seu impacto no SNS. De seguida analisaram-se os resultados obtidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) da análise às reclamações apresentadas durante o período de pandemia.

Finalmente, é apresentada a problemática identificada que consiste no desaproveitamento da informação valiosa contida nas reclamações dos pacientes. Depois é explicada a taxonomia desenvolvida por Reader et al. (2014)

para analisar reclamações e colmatar a falha identificada na problemática. A partir deste momento é desenvolvida um estudo empírico às reclamações do SNS. Os dados utilizados foram extraídos a partir do Portal da Queixa. O *dataset* engloba todos as reclamações apresentadas no ano de 2020, no *website*, o que corresponde a um total de 1 012 observações, cada uma classificada considerando 15 atributos.

Na discussão foram interpretados os resultados obtidos e comparados com a literatura. Constatou-se que, efetivamente, as reclamações contêm muita informação e que o tipo de reclamações apresentados em fontes oficiais e não oficiais difere - as pessoas tendem a reclamar sobre assuntos de maior gravidade a entidades nacionais. Por esse motivo, essa informação deve ser utilizada no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde de forma a responder às necessidades dos cidadãos, tornando a população mais saudável e contribuindo para a economia. A análise de múltiplas fontes permite, também, identificar problemas distintos, sendo então necessários valorizar as reclamações apresentadas em diversas plataformas digitais, nomeadamente, o Portal da Queixa e rede sociais.

Capítulo 1

Revisão de Literatura

1. Saúde e crescimento económico

Existe uma base teórica e empírica muito robusta para justificar a premissa de que o capital humano é fundamental para promover o crescimento económico. Porém, tradicionalmente, o valor deste capital é meramente avaliado de acordo com a educação dos cidadãos (Suhrcke et al., 2006). O reconhecimento da saúde como sendo um componente valioso do capital humano foi introduzido, em 1972, por Grossman, como o desenvolvimento de um modelo de procura de capital de saúde (*Health Capital*¹) (Suhrcke et al., 2006). Grossman (1972) diferencia a saúde como um bem de consumo e como um bem de capital. No primeiro caso, defende que a saúde interfere diretamente com o nível de satisfação e rentabilidade das pessoas (função utilidade), pois estas gostam de se sentir bem e saudáveis (Grossman, 1972). No segundo caso, enquanto bem de capital pois a redução do número de dias que os cidadãos passam doentes aumenta o número de dias disponíveis para trabalhar e consequentemente, aumentar a produtividade de um país (Grossman, 1972) .

¹ “agregado dos recursos reais ou potenciais possuídos por um determinado agente que tem a capacidade de afetar a posição dos agentes no campo social da saúde” (Schneider-Kamp, 2020, p.8)

Sendo o capital humano importante para a obtenção de bons resultados económicos e a saúde um fator de forte relevância para potenciar o capital humano, então, pode afirmar-se que a saúde é fundamental para a obtenção de resultados económicos notáveis e que, inversamente, bons resultados fortalecem o investimento na saúde (Suhrcke et al., 2006). Por este motivo, é imprescindível garantir à população o acesso a serviços de saúde de qualidade, mitigando a ocorrência de eventos adversos – incidente que provoca dano para o doente (Direção Geral da Saúde, 2011)- que possam comprometer a saúde e economia de um país. Porém, experiências negativas em instituições de saúde ainda são recorrentes e tais situações conduzem a reclamações por parte dos utentes (Wessel et al., 2012).

Um estudo publicado pela *Harvard School of Public Health* (2004), confirmou que efetivamente, o acesso a serviços de saúde de qualidade promove o crescimento económico. No modelo desenvolvido, verificou-se que o aumento de um ano na esperança média de vida (EMV) da população contribui para um aumento de 4% da produtividade nacional - cidadãos saudáveis física e mentalmente são mais energéticos, mais produtivos e tendem a não faltar ao trabalho por motivo de doença (Bloom et al., 2004).

Podemos afirmar que a satisfação dos pacientes é a chave para um sistema de saúde de sucesso. Esta está direta e inversamente associada com o número de reclamações apresentadas pelos utentes (Hu et al., 2011), o que significa que estes relatos fornecem informações acerca da perspetiva do paciente em situações negativas. Assim sendo, considerando o impacto tão substancial que a análise de reclamações pode desencadear, a monitorização e interpretação destas é crucial para a identificação de problemas nos serviços de saúde (Reader et al., 2014).

2. Qualidade do Serviço

A procura por qualidade tem-se tornado uma constante na vida dos cidadãos. Estes estão cada vez mais conscientes e exigentes relativamente à qualidade dos bens e serviços que adquirem, nomeadamente dos serviços de saúde (Mosadeghrad, 2013). A perceção de qualidade de serviço influencia a escolha dos utentes e eventuais recomendações e, portanto, os gestores e os profissionais de saúde devem estar interessados na melhoria contínua desta componente (Mosadeghrad, 2013).

“Qualidade é um termo ambíguo. Por um lado, todos sabem (ou pensam que sabem) o que é qualidade. Por outro lado, formular uma definição abrangente e uniforme é um grande - se não intransponível - problema” (Kasper et. al, 1999, cit. em Schneider & White, 2004, p.9). Existem diversas definições para o conceito, podendo estas ser de carácter filosófico, técnico ou baseado na perspectiva do utilizador (Schneider & White, 2004).

Na abordagem filosófica, a qualidade é estabelecida como “excelência inata” que não pode ser definida e mensurada concretamente (Schneider & White, 2004). A abordagem técnica, contrariamente à primeira, considera a qualidade algo objetivo e absoluto podendo ser concretamente medido. Um exemplo prático consiste na definição de indicadores, ou seja, objetivos a atingir. Porém, esta abordagem poderia provocar alterações na visão e motivação dos trabalhadores, pois estariam mais interessados em alcançar os objetivos definidos do que em promover a melhoria da qualidade do serviço. Um possível indicador poderia ser o número de chamadas atendidas por colaborador, mas esta situação poderia fazer com que os funcionários priorizassem o atendimento telefónico em detrimento do atendimento dos pacientes em espera na instituição (Schneider & White, 2004).

A produção e a entrega de serviços, no setor da saúde, requer a interação entre os profissionais e os pacientes. Os utentes podem ter (e provavelmente terão) necessidades diferentes que exigirão abordagens distintas. Mesmo pacientes com patologias semelhantes, poderão ter tratamentos diferentes devido a outros fatores, como a idade, o género ou a existência de antecedentes familiares. Inclusive o tipo de serviço ministrado pelos profissionais de saúde varia de acordo com a sua formação, experiência, competências e personalidade (Mosadeghrad, 2013). Estas situações permitem concluir que existem diversos fatores que condicionam a qualidade sistemática, isto é, provoca heterogeneidade na entrega dos serviços, tornando difícil, antecipadamente, o controlo e medição da qualidade (Schneider & White, 2004).

Assim sendo, a definição que tem por base o utilizador é a mais realista e adequada por considerar que a qualidade é subjetiva e que varia de acordo com a perceção individual do utente - a qualidade do serviço é elevada quando o paciente assim considera (Schneider & White, 2004). As reclamações são uma forma de expressão do consumidor, onde este revela o seu desagrado relativamente a algo (Reader et al., 2014). A utilização de reclamações como meio para identificar problemas (Reader et al., 2014) e construir uma “perspetiva coletiva”, do ponto de vista do consumir, poderia promover a melhoria da qualidade.

Devido à subjetividade inerente à designação, diversos autores formularam a sua própria definição: Para Donabedian (cit. em Mosadeghrad, 2013, p.204), qualidade em saúde consiste na “aplicação da ciência e tecnologia médica de maneira a maximizar o seu benefício para a saúde sem aumentar simultaneamente o risco”. Øvretveit (cit. em Mosadeghrad, 2013, pp.204-205) define qualidade como uma “prestação de atendimento que excede as expectativas do paciente e atinge os melhores resultados clínicos possíveis com os recursos disponíveis”. De acordo com Schuster et al. (cit. em Mosadeghrad,

2013, p.205) boa qualidade em saúde significa “fornecer aos pacientes serviços adequados com competência técnica, com boa comunicação, tomada de decisão partilhada e sensibilidade cultural”. Leebov et al. (cit. em Mosadeghrad, 2013, p.205) acreditam que saúde de qualidade consiste em “fazer as coisas certas da maneira certa e fazer melhorias contínuas, obter o melhor resultado clínico possível, satisfazer todos os clientes, reter uma equipa talentosa e manter um desempenho financeiro sólido”. Finalmente, para Lohr (cit. em Mosadeghrad, 2013, p.205), saúde de qualidade é “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, para indivíduos e população, e é consistente com o conhecimento atual dos profissionais”.

Não obstante as considerações anteriores, é geralmente aceite que uma comunicação interpessoal eficaz é o gatilho para uma prestação de saúde de qualidade. O paciente tem maior probabilidade de reclamar quando acredita que o seu feedback terá algum tipo de impacto, ou seja, que promoverá alterações que contribuirão para a melhoria da qualidade. Quase 99% dos pacientes ficariam satisfeitos apenas com uma explicação e um pedido de desculpas, o que revela o quanto uma boa comunicação é uma competência crucial para profissionais de saúde (Siyambalapitiya et al., 2007). Pessoas que não recebem qualquer resposta podem sentir-se dececionadas com o serviço (Mirzoev & Kane, 2018), o que é uma repercussão negativa para uma instituição de saúde.

3. Ato de Reclamação

As reclamações dos pacientes são um dos recursos mais valiosos de uma organização (Reader et al., 2014), dado serem a mais importante fonte de informação relativa à qualidade e segurança das instituições de saúde (Siyambalapitiya et al., 2007).

Estas consistem no reporte formal de um problema ou falha na prestação de um serviço para o qual se procura uma resposta, que pode vir a ser uma mera justificação para o sucedido, um pedido de desculpa, o despoletar de uma investigação (De Vos et al., 2018) ou uma recompensa financeira pelo dano causado (Wessel et al., 2012).

Regra geral, as reclamações exprimem sentimentos de decepção, indignação ou urgência (De Vos et al., 2018) relativamente a diversas situações, desde a falta de qualidade do serviço prestada por um profissional de saúde, à dificuldade de estacionamento no parque do hospital (Gillespie & Reader, 2015). Descrevem diferentes tipos de dano, nomeadamente físico e/ou emocional, podendo conduzir a alterações de conduta dentro da organização, de forma a evitar que se incorra nos mesmos problemas ou, no caso de situação mais graves (como negligência médica), implicações legais (De Vos et al., 2018). Podem ser realizadas pelo próprio paciente ou por familiares, amigos e profissionais de saúde interessados em reportar alguma situação que lhes tenha causado algum tipo de alarmismo durante qualquer momento da experiência do utente na instituição - a reclamação pode ser realizada desde o momento da admissão até ao de saída (Gillespie & Reader, 2018). Podem ser apresentadas em diversos formatos, nomeadamente por escrito, entrevista e questionário ao hospital ou a um órgão regulador (De Vos et al., 2018).

A monitorização e análise regular deste tipo de dados aumenta significativamente a probabilidade de identificar problemas sistemáticos no serviço, uma vez que traduzem a perspetiva única dos pacientes e denunciam falhas incapazes de serem detetadas pelos sistemas tradicionais de monitorização de serviços de saúde (Reader et al., 2014). Quando se realiza o estudo das reclamações é fundamental ter em conta que as mesmas não representam a falha do serviço, mas sim a experiência do utente que, por se encontrar numa condição física e/ou emocionalmente débil, tem uma maior tendência para apresentar uma

queixa. Dada a subjetividade e liberdade para reclamar, metaforicamente, as queixas podem ser definidas como a voz dos cidadãos (Reader et al., 2014).

A nível internacional, por cada 1 000 admissões são apenas realizadas entre 1 e 9 reclamações (Gillespie & Reader, 2018). Tal não significa que não tenham ocorrido mais situações com motivo para reclamação, mas que existe uma taxa de abstenção positiva (Wessel et al., 2012). As experiências negativas dos pacientes têm uma baixa taxa de reporte e, como tal, são designadas, de forma figurada, como *iceberg* (Wessel et al., 2012), posto que, tal como acontece com estes blocos de gelo, apenas uma pequena percentagem da sua massa, neste caso experiências negativas, estão visíveis.

Existem vários motivos para um paciente não levar a cabo uma reclamação (Gillespie & Reader, 2018). Destacam-se como principais justificações de desistência do preenchimento de uma reclamação formal a fraqueza, a futilidade e a falta de conhecimento. Muitas vezes, os pacientes consideram que a sua reivindicação terá um impacto pouco significativo ou que existem diversos obstáculos para tal procedimento, provocando uma sensação de fraqueza (Wessel et al., 2012). Outros confessam que consideram a reclamação algo fútil, ou seja, inútil, pois, associado à definição de fraqueza apresentada anteriormente, pensam que os profissionais de saúde não estão dispostos a despende o seu tempo a analisar a queixa e a mudar a sua conduta e, além do mencionado, acham que tal revela falta confiança no corpo clínico da instituição. Existem ainda alguns utentes que desconhecem o direito à reclamação ou que não sabem como fazê-lo (Wessel et al., 2012). Há ainda outras razões que inibem a reclamação, nomeadamente o esforço requerido, o tempo gasto com os procedimentos (Gillespie & Reader, 2018), o receio de eventuais represálias e, por fim, a compaixão e misericórdia para com os funcionários da organização (Wessel et al., 2012).

Tal como foi mencionado anteriormente, os membros do corpo clínico também podem apresentar uma reclamação, com o intuito de defesa do paciente, contudo estes também se deparam com algumas barreiras. Uma dessas limitações é a preocupação com eventuais repercussões profissionais que tal ação possa desencadear; destaca-se, ainda, a falta de disposição para relatar o sucedido, devido a restrições de tempo; o facto dos sistemas informáticos serem obsoletos, o que desincentiva o registo; o receio da incorreta interpretação do documento; e, finalmente, o facto de não considerarem relevante o recurso a esta prática por acreditarem que a monitorização e análise das reclamações não é feita corretamente ou que não lhes é atribuída a devida importância (Gillespie & Reader, 2018). A utilização de reclamações realizadas por membros do staff é algo suspeita, visto que, em princípio, o profissional em causa, por estar inserido na cultura organizacional de uma instituição, terá práticas similares, sendo, portanto, uma situação paradoxal (Gillespie & Reader, 2018)

Visto existirem tantos motivos para se desistir da queixa, pode concluir-se que as que existem são realizadas por cidadãos preocupados que atingiram o seu limite de insatisfação e, como tal, devem ser encaradas com a devida importância e sobriedade e devem ser tomadas atitude com o intuito de corrigir esse problema (Gillespie & Reader, 2018).

Não obstante, é de notar que a lealdade dos pacientes relativamente a determinada organização de saúde é independente do nível de satisfação e das reclamações dos mesmos (Hu et al., 2011). Este facto é comprovado por evidência empírica, podendo dever-se a potenciais barreiras – como custos de pesquisa por novos serviços, custos de aprendizagem, hábito do paciente, custo emocional, esforço cognitivo (Fornell, 2016) - que terão sido erguidas para dissuadir os cidadãos de mudarem de prestadores de serviços (Hu et al., 2011). Esta situação representa uma vantagem para as instituições prestadoras de saúde, pois, através das reclamações dos utentes, têm a oportunidade de detetar pontos de melhoria,

de aprender com os erros passados, aumentar o nível de satisfação e, potencialmente, atrair novos “clientes” para o serviço, sem afetar o seu leque de pacientes previamente existente (Mirzoev & Kane, 2018).

Com o desenvolvimento dos sistemas de informação, que facilitou e acelerou o acesso ao conhecimento e a melhoria da qualidade do ensino público, as pessoas tornaram-se cada vez mais conscientes daquilo que pretendem num serviço (Siyambalapitiya et al., 2007). Por tal motivo, tem-se assistido a um aumento notável da participação dos cidadãos na tomada de decisão dos serviços de saúde e, conseqüentemente, devido à evolução positiva dos padrões mínimos de qualidade, a um aumento do número de reclamações (Siyambalapitiya et al., 2007).

Dada a influência e importância da opinião dos cidadãos, em todos os domínios das instituições de saúde (Siyambalapitiya et al., 2007), as prioridades das mesmas inverteram-se, dando azo a uma estratégia centrada no paciente (Harrison et al., 2016). As preocupações com os custos no setor da saúde foram superadas pela preocupação com a qualidade e, por isso, a pressão para fornecer evidências de melhoria da qualidade é alta. Conquanto a melhoria da qualidade do serviço seja uma mais-valia, não só para a instituição como também para todos os profissionais que nela trabalham, a pressão gerada pelos pacientes na busca de um serviço de excelência gera um sentimento de frustração entre os profissionais de saúde em relação aos utentes (Siyambalapitiya et al., 2007).

Como consequência, médicos e enfermeiros começam a duvidar das suas competências clínicas e o medo do litígio conduz a práticas de uma medicina defensiva (Siyambalapitiya et al., 2007). Neste tipo de medicina o médico realiza procedimentos, como tratamentos e exames desnecessários com o intuito de se proteger - por exemplo, de situações de diagnóstico incorreto ou não realizado - , funcionando não só como um suporte psicológico, mas como elemento de prova em caso de litígio (Hermer & Brody, 2010). Além de tornar todo o processo de

prestação de serviços mais demorado, os custos relacionados com a assistência médica aumentam devido esta prática. Em contrapartida, faz com que os médicos e os demais profissionais de saúde se sintam mais seguros quanto ao serviço prestado e é também uma salvaguarda contra eventuais problemas futuros (Siyambalapitiya et al., 2007).

4. Serviço Nacional de Saúde Português

Em Portugal, o serviço Nacional de Saúde foi criado no dia 15 de setembro de 1979. A Lei nº 57/79, publicada em Diário da República, concedeu a todos os cidadãos, sem exceção, o direito à proteção da saúde e a prestação de cuidados globais de saúde, nos termos da constituição (Ministério da Saúde, 2020c). Tais direitos compreendem a promoção e o zelo pela saúde dos pacientes, com o intuito de prevenir doenças, através do diagnóstico e tratamento dos mesmos, e o direito à reabilitação médica e social. Assim, pode afirmar-se que compete ao Estado a proteção da saúde individual e coletiva (Amendoeira, 2009).

Em Portugal, bem como em outros países da Europa e do mundo, têm-se verificado alterações demográficas devido, entre outros aspetos, ao aumento da esperança média de vida (EMV) da população, à redução da natalidade e, conseqüentemente, à diminuição da população em idade jovem. Esta grande transformação exige, obviamente, que sejam realizadas alterações aos sistemas de suporte da população, nomeadamente, ao sistema de saúde, que necessita de cuidar de uma população envelhecida com patologias crónicas (European Commission, 2019).

O aumento da longevidade deve-se, em parte, à evolução da medicina e à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Em Portugal, a EMV, aumentou substancialmente entre 1960 e 2017. Em 1960, um indivíduo esperava, em média,

viver 64 anos (61,1 anos para os homens e 66,7 anos para as mulheres), contudo, em 2017, as previsões aumentaram em cerca de 17,6 anos, ou seja, uma pessoa esperava, em média, viver 81,6 anos (78,4 anos para os homens e 84,6 anos para as mulheres) (PORDATA, 2020b).

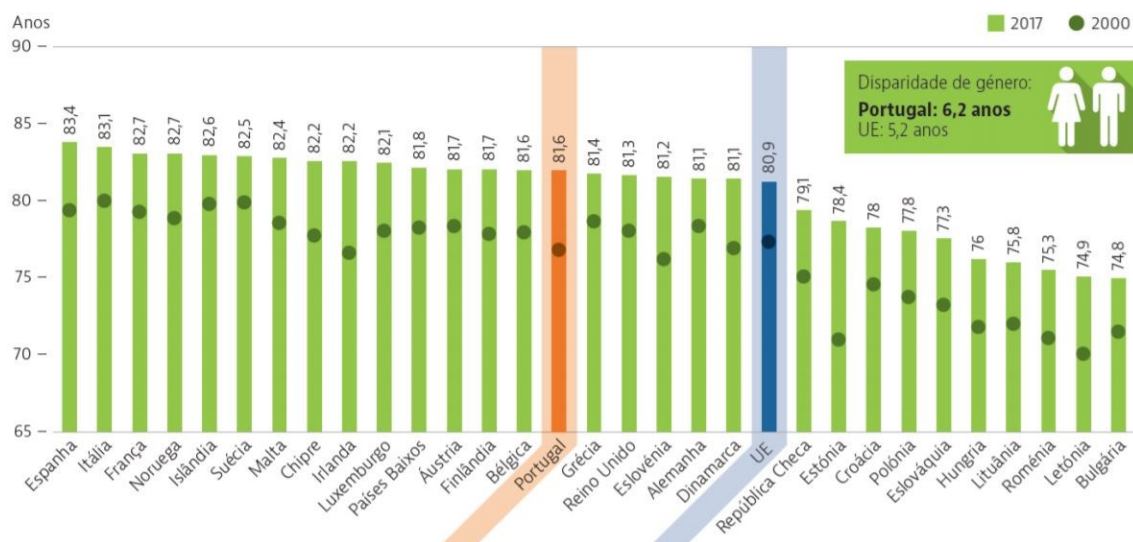


Gráfico 1: Esperança Média de Vida (EMV) em Portugal e na Europa
 Fonte: Base de dados do Eurostat

A EMV, em Portugal, também assume diferenças consoante o nível de instrução. Na figura 2, verificamos que, em 2016, aos 30 anos de idade, em ambos os géneros, a EMV para cidadãos com um nível de instrução superior (curso de ensino superior) comparativamente com cidadãos que não concluíram o ensino secundário é superior (European Commission, 2019). Esta diferença pode ser, em parte, justificada pelas desigualdades salariais que condicionam o estilo de vida da população. Como é expectável, níveis de rendimento mais baixos condicionam o acesso a medicamentos e serviços de saúde que não são abrangidos pelo SNS (European Commission, 2019). Existe, portanto, a necessidade de continuar a garantir que há apoio à população de nível socio-

económico mais baixo de formar a atenuar, ainda mais, as diferenças registadas, atualmente, sobretudo no sexo masculino.



Gráfico 2: Disparidade na esperança de vida aos 30 anos por nível de instrução
Fonte: Base de dados do Eurostat

Com as constantes reformas do SNS ao longo dos últimos 40 anos, Portugal conseguiu reestruturar e aperfeiçoar o serviço de forma a adaptá-lo às necessidades e expectativas dos cidadãos portugueses (Amendoeira, 2009). Por tal motivo, conseguiu desenvolver um sistema de saúde de referência, entre os países da OCDE, que foi capaz de reduzir significativamente as desigualdades sociais relativas ao acesso a serviços de saúde, garantindo a melhoria da qualidade de vida de milhões de cidadãos (European Commission, 2019). De acordo com o *Euro Health Consumer Index* (EHCI)², Portugal, em 2018, ocupava a 13ª posição na lista resultante da avaliação dos sistemas de saúde do ponto de vista do consumidor (Ministério da Saúde, 2021c).

Os esforços do governo são também evidenciados pela baixa taxa de mortalidade evitável (abaixo da média da UE) que demonstra a eficácia do

² O EHCI, iniciado em 2005, é o principal meio de comparação e avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde nos 35 países da União Europeia. A análise é realizada de acordo com 46 indicadores, que recaem sobre áreas como direitos e informações do paciente, acesso a cuidados de saúde, resultados de tratamento, variedade e alcance de serviços, prevenção e utilização de produtos farmacêuticos (Health Consumer Powerhouse, 2018).

sistema de saúde e os resultados do investimento em medicina preventiva – Portugal: 140 mortes evitáveis por cada 100 000 habitantes; média UE: 161 mortes evitáveis por cada 100 000 habitantes, ambos em 2016 (European Commission, 2019).

4.1 Investimento no SNS

O investimento realizado no setor foi orientado de acordo com as preocupações principais do Governo, que foram, no caso do setor da saúde, um investimento nos recursos humanos, nas suas infraestruturas e equipamentos e na capacidade de diagnóstico e terapêutica por parte das instituições (Ministério das Finanças, 2021).

Relativamente aos recursos humanos, até julho de 2020, o SNS e o Ministério da Saúde contavam com 140 494 profissionais de saúde, nos quais se incluem prestadores diretos de cuidados e prestadores de serviços de suporte. Entre 2015 e 2020 foram feitos esforços no sentido de aumentar os recursos humanos ao dispor do SNS. Durante este período houve um acréscimo de cerca de 20 641 trabalhadores, entre estes 4 401 médicos (o que corresponde a um aumento de 17% relativamente a 2015); 8 216 enfermeiros (aumento de 21%); e 1 344 técnicos de diagnóstico e terapêutica (aumento de 18%) (Ministério das Finanças, 2021).

Este investimento visa intensificar a capacidade de resposta SNS de forma a satisfazer em tempo útil os desafios da atualidade. Foi também efetuado um reforço da equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) através da contratação de 261 profissionais. No gráfico 3, é possível verificar a evolução dos recursos humanos no período mencionado (Ministério das Finanças, 2021).

(índice 2015=100)

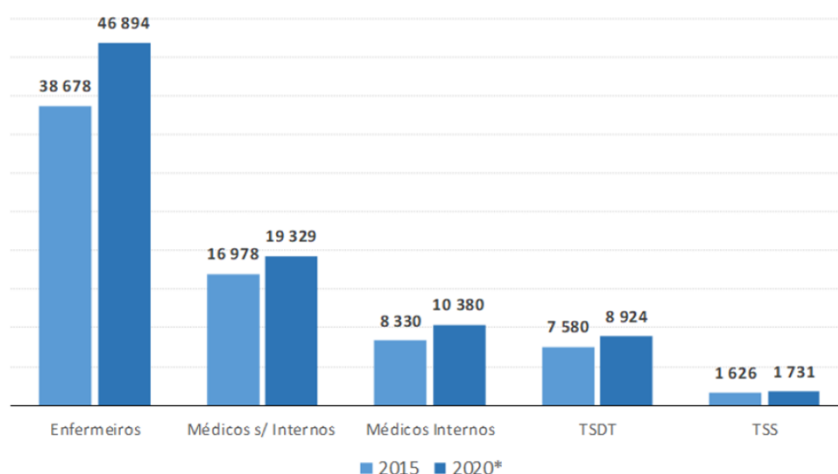


Gráfico 3: Evolução dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde

Fonte: Serviço Nacional de Saúde – Transparência; Sistema de Processamento de Remunerações e Gestão de Recursos Humanos

Embora o investimento nos recursos humanos permita agilizar a resposta dos serviços de saúde, realizou-se também um investimento na área dos recursos tecnológicos. O objetivo é modernizar os sistemas de informação, através da promoção da medicina à distância, com realização de consultas via *internet (eHealth)*, e do aperfeiçoamento do Registo de Saúde Eletrónico (RSE)³ (Ministério das Finanças, 2021). Relativamente aos medicamentos, houve um aumento da despesa - entre 2015 e 2019 observou-se um acréscimo da despesa em 410,4 milhões de euros - que correspondeu à aprovação de 225 novos medicamentos, que prometem inovar o tratamento de inúmeras patologias. Futuramente, serão realizados investimentos ao nível de infraestruturas, nomeadamente com

³ Portal lançado em maio de 2012 que “visa reunir informação essencial de cada cidadão para a melhoria da prestação de cuidados de saúde; o RSE é construído por dados clínicos recolhidos eletronicamente para cada Cidadão e produzidos por entidades que prestam cuidados de saúde. Permite o registo e partilha de informação clínica entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de Saúde” (Ministério da Saúde, 2021a, parag.1-2).

projetos de recuperação de equipamentos e de edifícios e com a construção de novos hospitais (Ministério das Finanças, 2021).

O contínuo aperfeiçoamento do serviço de saúde resultou na diminuição da percentagem de portugueses que consideram ter as suas necessidades de saúde insatisfeitas, como também no aumento da percentagem de cidadãos que classificam a sua saúde enquanto boa ou muito boa (Ministério da Saúde, 2020c). Porém, todo o planeamento realizado em torno dos investimentos no SNS foi, a partir janeiro de 2020, afetado pela pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV2.

4.2 Resposta do SNS à Covid-19

A Organização Mundial Saúde (OMS) declarou, a 30 de janeiro de 2020, estado de emergência de saúde pública de âmbito internacional devido ao aparecimento da nova doença Covid-19 causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (ERS, 2020a). De acordo com a OMS, este vírus, de propagação rápida, pode causar uma infeção respiratória grave (Ministério das Finanças, 2021). Com o constante aumento do número de infetados, óbitos e internamentos hospitalares, as prioridades das principais entidades governativas, em Portugal, alteraram-se. Os investimentos planeados e apresentados anteriormente para o setor da saúde foram substituídos por medidas de prevenção e combate à Covid-19 (Ministério das Finanças, 2021).

Devido à elevada complexidade do contexto epidemiológico e à crescente procura de cuidados de saúde por parte da população, o SNS viu-se forçado a redirecionar os seus recursos para a construção de uma resposta de contenção do vírus. Dadas as circunstâncias, houve necessidade de cancelamento de toda a atividade programada não urgente, o que provocou um decréscimo de 1 097 000 consultas médicas de cuidados de saúde primários, no primeiro semestre de 2020. Em contrapartida, assistiu-se a uma transição para a telemedicina,

verificando-se um aumento de 3,8 milhões de consultas médicas não presenciais (Ministério das Finanças, 2021).

Obviamente que, apesar de todos os esforços para que a adaptação à nova realidade fosse o menos penosa possível, esta desencadeou diversos problemas, nomeadamente, desinformação, sensação de abandono por parte das entidades governativas e patologias de foro mental. Por este motivo, a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) decidiu proceder à análise qualitativa de todas as reclamações, elogios e sugestões submetidos à apreciação da ERS, durante 2020, e divulgar parte dos resultados. Os principais objetivos eram compreender as preocupações da população, de forma a garantir a proteção dos direitos e interesses dos pacientes e regular o funcionamento do sistema de saúde, com auxílio dos problemas relatados nas reclamações (ERS, 2020b).

5. Entidade Reguladora da Saúde – SGREC

A ERS é uma entidade nacional que tem como uma das suas funções a análise de reclamações dirigidas a prestadores de cuidados de saúde (públicos, privados e sociais) e a monitorização do seguimento que lhes é concedido. A sua missão passa por assegurar a defesa dos direitos dos utentes e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados disponibilizados. O dever de tratamento e resolução das reclamações é da competência das organizações visadas, a ERS apenas assegura o cumprimento das obrigações das mesmas (Ministério da Saúde, 2021b). Dada a obrigatoriedade de submissão das reclamações por parte das instituições à ERS, a última disponibiliza-lhes o seu Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) de forma a facilitar o processo de partilha (ERS, 2020b).

O SGREC obriga à classificação de todos os processos de acordo com os temas e assuntos relatados. Além de reclamações, a plataforma permite a introdução de

outro tipo de documentos, nomeadamente, sugestões e elogios (ERS, 2020b). A tipificação passa por indicar o estabelecimento e serviço em causa, o grupo profissional visado, a área de atendimento e definição dos temas abordados (ERS, 2020b). Os temas disponíveis são os seguintes: “Acesso a cuidados de saúde”, “Cuidados de saúde e segurança do doente”, “Elogio/Louvor”, “Focalização no utente”, “Instalações e serviços complementares”, “Procedimentos administrativos”, “Questões financeiras”, “Sugestão”, “Tempos de espera” e “Outros temas” (ERS, 2020b).

A 1 de abril de 2020, a plataforma foi atualizada para se adaptar à situação de pandemia. Um novo procedimento foi adicionado para permitir a sinalização dos processos de acordo com a temática “Covid-19”. De forma prática, o que aconteceu foi que aos temas latos, mencionados anteriormente, foi adicionada uma nova opção de assunto: “Covid-19” - este não surge isoladamente, mas sim associado a todos os temas. A possibilidade de identificar, em tempo útil, as reclamações provocadas pela pandemia permitiu resolver esses problemas de forma mais célere e avaliar o impacto no funcionamento do SNS e nos direitos dos pacientes.

Tendo em conta que compete à ERS “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” (ERS, 2020a, p.1), a entidade considerou importante realizar e tornar público um breve estudo sobre o impacto do Covid-19 no SNS. A análise, publicada em julho de 2020, compreende os meses de março a junho, do mesmo ano. Entretanto, a ERS publicou boletins de informação para os meses de julho, agosto, setembro e outubro que, juntamente com o documento relativo ao 1º semestre, serão brevemente descritos na secção seguinte.

5.1 Processos dirigidos à ERS

O quadro de emergência de saúde pública, que teve início, em Portugal, em 2020, alterou significativamente o sistema de saúde. Esta situação resultou do aparecimento de um novo coronavírus, que, por nunca antes ter sido identificado em seres humanos, a ciência não sabia exatamente como colmatá-lo; e das respetivas restrições impostas pelos órgãos de administração nacional (ERS, 2020c). Este contexto excecional fez surgir o interesse no estudo do impacto da pandemia nos direitos e interesses dos utentes. Sendo a ERS a entidade nacional responsável pelo tratamento das reclamações, utilizou este recurso para realizar e publicar um estudo com as principais conclusões.

Entre março e junho, a ERS recebeu 61 883 processos (nos quais se incluem reclamações, elogios e sugestões, designados de “REC” pela ERS) que foram analisados e classificados com recurso à aplicação informática SGREC. Como é possível verificar na tabela 1, apenas 38 576 dos documentos apresentados tinham data de ocorrência posterior a 1 de março – mês de início do primeiro estado de emergência -; desses, 10 596 faziam menção à Covid-19, o que corresponde a cerca de 27,5% dos casos.

Processos Submetidos	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
TOTAL	8360	5764	7055	7258	8567	8185	8036	8658
Com data de ocorrência pós- (01/03/2020)	1709	3003	3813	4570	6263	5703	6518	6997
dos quais com menção à Covid-19	201	893	1502	1513	1750	1428	1538	1771

Tabela 1: Total de processos recebidos pela ERS, por mês, entre março e outubro de 2020
Fonte: Boletins INFO ERS (Covid-19) N^o 1-8

Analisando os temas mencionados em todos os processos REC, recebidos entre janeiro e junho, verificamos que houve uma variação significativa em algumas categorias. Olhando para o gráfico 4 observamos que um dos temas

mais mencionados no início do ano, “tempos de espera”, sofreu um decréscimo abrupto, no período em análise. O mesmo se verifica na categoria “elogio e sugestão”, que em janeiro registou mais de 1 500 menções e em junho menos de 500. Contrariamente, o tema “questões financeiras”, entre janeiro e março, correspondia à temática com menor número de menções (rondavam os 500 processos por mês). Porém, a partir do mês de maio, tende a aumentar, sofrendo um crescimento inopinado no mês de maio. Nos restantes temas, apesar de não se verificar uma variação tão significativa, o número de menções decresceu. Os meses de julho a outubro não foram incluídos por não estarem disponíveis na data em que se realizou o estudo.

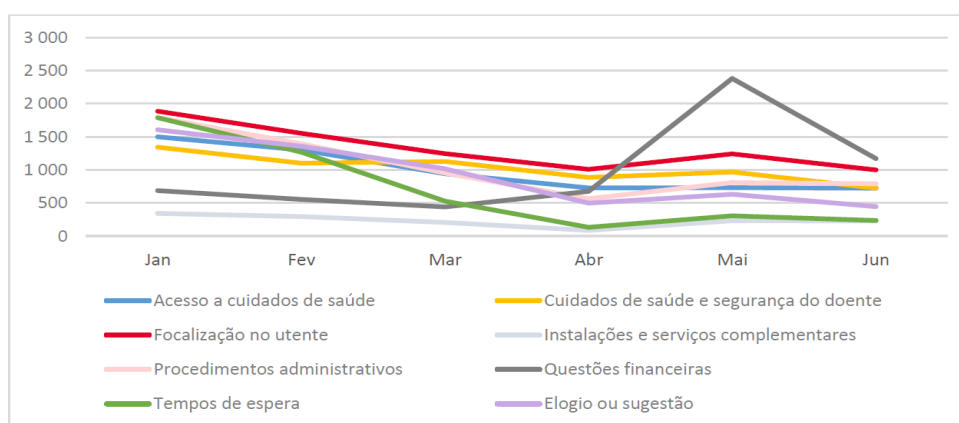


Gráfico 4: Temas mencionados nos processos recebidos pela ERS, em 2020
 Fonte: Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC), ERS

Restringindo a análise dos temas apenas aos processos com menção à Covid-19, entre março e outubro concluímos o seguinte (Anexo 1 – gráfico 5): Cerca de 18% das situações (n=3 150) eram relativas à “faturação relacionada com EPI e higienização dos estabelecimentos”- nesta categoria, incluem-se maioritariamente, cobrança de valores relativos à utilização de Equipamentos de proteção individual (EPI), medidas adotadas pelas instituições quanto à limpeza e desinfeção das alas e utilização de proteções por parte dos profissionais -;

aproximadamente 15% (n=2 682) eram relatos de dificuldades de “acesso a cuidados de saúde”- adiamento, desmarcação e dificuldades de marcação de consultas, cirurgias e tratamentos, incluindo cuidados domiciliários, eventos como o impedimento de obtenção do número de utente e falhas na referenciação através do SNS24 -; 14% (n=2 461) alusivas a “medidas de controlo de infeção não adotadas pelos prestadores” – cumprimento não rigoroso das medidas imposta pela Direção Geral da Saúde (DGS) como por exemplo, ausência de circuitos de circulação, não monitorização da temperatura e práticas desadequadas por parte de profissionais de saúde.

O “desrespeito dos direitos das grávidas/puérperas” foi um tema mencionado em 12% das reclamações (n=2 156) - referem eventos de acompanhamento desadequado durante a gravidez, parto e pós-parto. Sensivelmente 9% dos casos eram críticas ao “modo de funcionamento dos estabelecimentos” - problemas no cumprimento das medidas em vigor nos planos de contingência, encerramento e restrições de horário das instituições, dificuldades de contacto telefónico e partilha de informações incorretas pelos administrativos. Cerca de 7% (n=1 145) eram respeitantes a “assimetria de informação” – comunicação inexistente ou pouco esclarecedora com os pacientes. “Constrangimentos no direito ao acompanhamento em contexto clínico”, em situação de internamento e ambulatório, foram mencionados em 6% das reclamações (n=1 103)

Apenas em 5% das observações (n=852) mencionavam fraca “qualidade do atendimento clínico” – nesta categoria, destacam-se os relatos de sentimento de desvalorização de patologias em detrimento da Covid-19 e “tratamento discriminatório perante suspeita” (ERS, 2020b, p.46) da mesma. Problemas relacionados com o “teste Covid”, nomeadamente, desadequação dos critérios de realização e dificuldade de agendamento e obtenção de resultados, constam em 4% das reclamações (n=748). A temática “ausência de informação a utentes

hospitalizados e seus acompanhantes” representava só 3% dos casos (n=539) – este tipo de situações foi desencadeada devido aos constrangimentos impostos no acompanhamento hospitalar que potenciou o surgimento de dúvidas em acompanhantes/cuidadores e utentes. Em 3% das reclamações (n=129) eram reportados “problemas nas relações humanas”, nomeadamente, falta de respeito e sensibilidade. Finalmente, as duas categorias com menor menção eram relativas a “falhas no atendimento administrativo” - especificamente dificuldade na obtenção de documentos como declarações de isolamento profilático, certificados de incapacidade e receituário ; - e “constrangimentos com teleconsultas”, ambas as categorias com apenas 1% das reclamações – 225 e 174 reclamações, respetivamente.

6. Análise de Reclamações em Serviços de Saúde

As organizações de saúde recebem uma enorme quantidade de reclamações anualmente (Reader et al., 2014) que lhes permitem, não só identificar *hot spots*, que se definem como sendo momentos onde se incorre em situação de dano ou acidente, como *blind spots*, isto é, problemas sistémicos e de baixo nível de gravidade que ocorrem antes da admissão e após alta médica (Gillespie & Reader, 2018). Todavia, nem todas as instituições sabem aproveitar estas oportunidades e, em vez de tentarem identificar as causas da reclamação, de desenvolverem um plano de prevenção de forma a melhorar a sua *performance* futura e atender às necessidades dos pacientes, limitam-se a tentar apaziguar a situação de forma a evitar litígios (Gallagher & Mazor, 2015). Em países desenvolvidos, cuja preocupação com a segurança e saúde dos cidadãos é elevada, as queixas dos pacientes, na maioria das vezes, são vistas como uma componente crucial da melhoria dos serviços de saúde, uma vez que identificam

fragilidades (Harrison et al., 2016) e pontos de melhoria que, às vezes, não são identificados por sistemas tradicionais (Reader et al., 2014).

A crescente valorização deste recurso levou ao registo e análise regular do mesmo. Atendendo a que não existe uma maneira específica de codificar e analisar as queixas dos pacientes, a sua análise tornou-se desafiante, pois os diversos países usam diferentes formas de categorizar as reclamações e, inclusivamente, instituições diferentes, do mesmo país, usam classificações distintas. Esta limitação inviabiliza comparações entre instituições e países (Harrison et al., 2016), dado não existirem dados de referência nacional padronizados (*benchmark*) (Gillespie & Reader, 2018) e, pior ainda, limita o aprimoramento de uma abordagem de política nacional de saúde (Harrison et al., 2016). De acordo com o dicionário de Cambridge, “o sistema para nomear e organizar coisas em grupos que compartilham qualidades semelhantes” (Cambridge University Press, 2020, parag.1) é denominado Taxonomia. Embora existam alguns artigos que definam diferentes taxonomias para categorizar as reclamações, a sua maior parte não foi aprovada nem suficientemente usada para se perceber se efetivamente são ou não um bom método de classificação (Reader et al., 2014).

Com o intuito de superar o desafio mencionado no parágrafo anterior, Tom W. Reader, Alex Gillespie - professores adjuntos do departamento de Ciências Psicológicas e Comportamentais na Universidade de Economia de Londres (LSE) - e Jane Roberts - investigadora no Centro de Investigação para a Segurança Translacional do Paciente, no *Imperial College* - publicaram, em 2014, a primeira revisão sistemática de literatura relativa a reclamações de pacientes em instituições de saúde (Reader et al., 2014). Os domínios conceptuais criados basearam-se no pressuposto de que a maioria das reclamações dos utentes são alusivas a diagnósticos tardios e/ou incorretos, a erros de medicação, à realização de exames inadequados, à não execução de tratamentos ou aplicação

desadequada dos mesmos e, finalmente, à qualidade de cuidados médicos e de enfermagem (Harrison et al., 2016).

As reclamações dos pacientes e dos respetivos familiares são fundamentais para potencializar a qualidade do serviço prestado em instituições de saúde (Gillespie & Reader, 2015). A informação privilegiada que eles possuem, que advém do facto de a sua jornada pela instituição ser longa e complexa, fornece informações que, de outra forma, não seriam identificadas (Reader et al., 2014). De acordo com o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS - National Health Service), a jornada do paciente inicia-se com o primeiro contacto do mesmo com a instituição, que pode ser, por exemplo, através de uma referência para o serviço ou da entrada do utente na urgência e termina no instante em que o mesmo sai, com alta, da instituição (NHS Data Model and Dictionary, 2021).

Durante este período, o paciente passa por diversas etapas, nomeadamente, a da admissão, a da consulta e de realização de exames e análises, que lhe permitem experienciar de forma global o sistema de saúde. Após a conclusão do tratamento do paciente, ou seja, dando-se por finalizada a sua jornada, por já não existir o receio de eventuais repercussões, este e a sua família, sentem-se livres para expor a sua experiência e denunciar algumas situações (Gillespie & Reader, 2015). Cientes das vantagens que poderiam advir da análise continuada das reclamações, Gillespie & Reader (2016), desenvolveram a primeira ferramenta para codificação das mesmas.

A HCAT- *Healthcare Complaints Analysis Tool* (2016) foi a ferramenta concebida com base na taxonomia de reclamações publicada pelos mesmos autores, apresentada no subcapítulo seguinte. O intuito desta criação foi facilitar a monitorização da qualidade de um serviço de saúde e simplificar investigações futuras.

6.1 Taxonomia de Gillespie & Reader

A primeira revisão sistemática de literatura relativa a reclamações de pacientes em instituições de saúde foi realizada, em 2014, por Reader et al. (2014). Os autores reuniram o maior número de artigos relacionados com o tema das reclamações dos pacientes, que estivessem escritos em inglês e disponíveis nos repositórios *Pubmed*, *Science Direct* ou *Web of Knowledge*. Após a realização de uma filtragem exaustiva, obtiveram um total de 59 artigos, a partir dos quais, formularam uma taxonomia de codificação de reclamações cujo objetivo foi refletir todas as reclamações dos pacientes identificadas no estudo. De forma a simplificar o processo de categorização e minimizar o surgimento de dúvidas, resultante da sobreposição entre algumas problemáticas, agruparam-se os problemas identificados em 3 domínios, 7 categorias e 26 subcategorias (anexo 2 – tabela 2) (Reader et al., 2014). Foi com base nesta taxonomia, os autores desenvolveram, mais tarde, a ferramenta HCAT (2016).

Gillespie & Reader (2014), para a procederem à formulação dos domínios, agruparam as diferentes categorias de acordo com a sua similaridade. O domínio “clínico” abrange eventos relacionados com a má qualidade dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde que põem em causa a segurança do paciente. O domínio “gestão” engloba problemas relativos à coordenação da organização - normalmente os responsáveis pelos eventos ocorridos neste âmbito são administrativos, técnicos e gestores de recursos humanos. Por fim, o domínio “relacional” compreende os relatos de interações negativas entre os membros do staff e o paciente, nomeadamente problemas de comunicação e violação de direitos.

6.2 *Healthcare Complaints Analysis Tool*

A análise agregada das reclamações retira, em parte, a singularidade de cada uma, dado serem categorizadas em classes nas quais estão incluídas outras reclamações que podem não relatar exatamente a mesma experiência. Porém, a utilização desta ferramenta cria uma “voz coletiva” que transmite uma mensagem mais poderosa à organização (Gillespie & Reader, 2016). O facto de mais do que um paciente relatar uma situação negativa semelhante envia a mensagem que, efetivamente, algo no serviço de saúde deve ser alterado pois está a causar desconforto nos pacientes.

O desenvolvimento da HCAT (2016), iniciou-se com a verificação da taxonomia já apresentada. Na primeira fase, foi recrutado um grupo de estudantes universitários, para realizar um exercício de classificação no qual tinham de identificar a categoria e subcategoria da problemática descrita nas reclamações (Gillespie & Reader, 2016). Os resultados permitiriam aos investigadores verificar a adequabilidade das categorias base, confirmar se existia, ou não, sobreposição de conteúdos e finalmente, reajustar as mesmas (Gillespie & Reader, 2016). Posteriormente, foi feito o levantamento minucioso dos campos, além da categoria e subcategoria, que seriam úteis aquando da análise da reclamação (Gillespie & Reader, 2016). A recolha destes novos dados fornece um maior nível de detalhe e contextualização para o(s) problema(s) apresentados.

A última etapa de desenvolvimento da HCAT consistiu na testagem da confiabilidade da ferramenta. Nesta fase, foram, novamente, recrutadas pessoas para aplicarem a mesma a um conjunto de reclamações, com a finalidade de verificar se a sua aplicação foi ao encontro do padrão definido pelos autores (Gillespie & Reader, 2016). Constatou-se que, apesar dos participantes concordarem sempre na categoria da problemática, havia uma grande

discordância relativamente à subcategoria (Gillespie & Reader, 2016). Por esse motivo, Gillespie & Reader (2016), decidiram que a ferramenta iria focar a sua análise nos domínios e categorias das problemáticas e as subcategorias funcionariam como um mecanismo de auxílio para determinar o nível de gravidade dos eventos relatados.

A HCAT é a primeira ferramenta padronizada para analisar reclamações no âmbito da saúde de forma rigorosa. Permite classificar sistematicamente as reclamações e diferenciar os problemas de acordo com a sua gravidade e categoria, promovendo a aprendizagem e a consciencialização para a qualidade do serviço e possibilitando a monitorização dos resultados derivados de alterações nas instituições de saúde. Por ser de acesso livre (Gillespie & Reader, 2015), qualquer investigador que tenha interesse pode utilizá-la, bastando, apenas, preencher o documento *excel* disponível no *website* da ferramenta.

Capítulo 2

Metodologia

1. Metodologia

Para realizar o estudo apresentado nesta dissertação foram utilizadas reclamações públicas apresentadas no Portal da Queixa. Esta plataforma foi desenvolvida por Pedro Lourenço, atual embaixador dos direitos dos consumidores pela Comissão Europeia (CE), após um processo de reclamação, iniciado pelo próprio, contra uma cadeia de supermercados. Por considerar que a sua reclamação não teve o acompanhamento e a resolução adequada, o fundador, com formação em tecnologia digital, desenvolveu uma plataforma que permite ultrapassar os constrangimentos associados ao processo de reclamação, criando pressão nas empresas no sentido de encontrar a melhor solução para o consumidor (Pedro Lourenço, 2017). Um dos seus objetivos era demonstrar às organizações que “transação não é a principal premissa na relação entre marca e consumidor” (Pedro Lourenço, 2017, parag.5).

O Portal da Queixa funciona como um canal de comunicação entre o consumidor e as organizações, possibilitando a partilha de experiências negativas com vista à resolução das mesmas. Atualmente, assume-se como sendo a maior rede social de consumidores a nível nacional e é mensalmente visitada por milhões de cidadãos portugueses (Pedro Lourenço, 2017). As reclamações da

plataforma por não serem apresentadas pelos canais oficiais não são incluídas no SGREC da ERS.

A extração das reclamações foi realizada com recurso a uma ferramenta denominada “Webscraper” (webscraper, 2021), que permite extrair dados de websites. Uma vez que disponibiliza diversas funcionalidades, é possível customizar a extração para diversas estruturas de *websites* e exportar em formato CSV (*comma-separated value*). Foram retiradas todas as reclamações diretamente dirigidas ao SNS no período compreendido entre o dia 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro do mesmo ano. Como a amostra obtida era composta por 1 012 observações, foi considerada significativa não tendo sido realizada a extração de mais reclamações.

A análise foi realizada de acordo as regras apresentadas no manual de utilização da ferramenta HCAT (2015). Utilizou-se a folha *excel*, disponibilizada pelos autores, para auxiliar a investigação. No documento constam todos os campos definidos para a utilização da ferramenta (imagem 1). Este é composto por onze variáveis das quais uma é numérica, sete são categóricas e três de texto (*string*). A variável numérica, designada por “ID”, é utilizada como identificador único de uma dada reclamação, ou seja, devido à sua unicidade, é possível identificar uma reclamação em específico.

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
2	ID	Unit	Complainant	Gender	Harm	Problem.1	Problem_sub.1	Severity.1	Stage.1	Staff.1	Staff_sub.1
3			▼ Patient			▼ Quality		▼ Low			
4			Family			Safety		Medium			
5			Other			Environment		High			
6				▼		Institution			▼		
7				Male		Communication			Admission		
8				Female		Listening			Examination		
9				Other		Rights			Ward		
10					▼	Other			Procedure		
11					None				Discharge		
12					Minimal				Multiple		
13					Minor				Other		
14					Moderate					▼ Administration	
15					Major					Medical	
16					Catastrophic					Nursing	
17										Other	
18											

Figura 1: Modelo *excel* da ferramenta HCAT

As sete variáveis categóricas correspondem: i) ao autor da reclamação (“autor”-“*complaint*”) - paciente, membro da família, ou não especificado/outro - ; ii) ao género do mesmo (“género”-“*gender*”) - feminino, masculino ou não especificado/outro; iii) ao dano causado ao paciente (“dano”-“*harm*”) - escala de cinco níveis, que varia entre "mínimo" e "catrastófico"; caso não haja dano ou não seja explícito, existe a opção de colocar "nenhum"; iv) à categoria da problemática identificada (“problema”-“*problema*”) – lista de oito temáticas/tópicos; v) à severidade do problema em questão (“severidade”-“*severity*”) – baixa, média, alta; vi) ao estágio de acontecimento (“estágio de acontecimento”-“*stage*”) - admissão, exame e diagnóstico, enfermagem, operações/cirurgia e procedimentos e alta e transferências; vii) e, por fim, à pessoa a quem se refere a reclamação (“*Staff*”) - administração, médico, enfermeiro ou não especificado/outro (Gillespie & Reader, 2016).

A variável “problema” é composta por sete classes de reclamação. A categoria “qualidade” (“*quality*”) inclui relatos relativos a comportamentos e cuidados desadequados por parte dos profissionais de saúde; a categoria “segurança” (“*security*”) compreende incidentes e erros, provocados por médicos e/ou enfermeiros, que põem e causa a segurança do paciente; a categoria “ambiente” (“*environment*”) abrange problemas nas instalações e falhas nos recursos humanos e equipamentos; a categoria “processos institucionais” (“*institution*”) engloba problemas de burocracia bem como dificuldades no acesso e contacto da instituição; a categoria “comunicação” (“*communication*”) reporta situações de comunicação desadequada, tardia ou inexistente; a categoria “atenção” (“*listening*”) contém relatos de desvalorização de pedidos e queixas de paciente; finalmente, a categoria “direitos” (“*rights*”) inclui situações de desrespeito ou violação dos direitos do paciente (Gillespie & Reader, 2015).

A variável “severidade”, tal como o nome indica, representa a severidade de cada categoria de reclamação identificada (Gillespie & Reader, 2016). Sendo que uma reclamação pode apresentar mais do que um problema, ter-se-á de classificar o nível de gravidade de cada um deles. Por exemplo, a mesma reclamação pode referir um atraso de 10 minutos por parte do médico, que corresponde a uma situação de baixa severidade, e, seguidamente, mencionar a administração de um medicamento errado, que é um evento de severidade elevada. A principal vantagem da inclusão desta variável é a identificação dos problemas mais graves e mais urgentes de serem corrigidos (Gillespie & Reader, 2015).

É importante referir que comparações entre as classificações de gravidade de diferentes categorias não são possíveis. Não faz sentido a comparação de uma reclamação de elevada gravidade da categoria “comunicação” com uma da categoria “segurança”, com o mesmo nível de severidade. Conquanto sejam ambas classificadas de igual forma, a primeira, em princípio, não provocará nenhum tipo de dano grave ao paciente, situação que não se pode afirmar relativamente à segunda (Gillespie & Reader, 2015).

A variável “dano” exprime o resultado de todos os eventos relatados, ou seja, corresponde ao dano geral causado ao paciente. É independente da variável “severidade”, pois, por exemplo, uma situação classificada com um nível elevado de severidade pode ter associada um baixo nível de dano. Um exemplo desta situação pode ser o diagnóstico incorreto de uma patologia, onde o facto do médico fazer um diagnóstico erróneo é classificado como sendo de elevada severidade, contudo, caso não se tenha realizado qualquer tipo de tratamento ou administrada medicação, o dano causado ao paciente não tem necessariamente de ser elevado (Gillespie & Reader, 2015).

Finalmente, as três variáveis de texto correspondem à localização da unidade de saúde (“unidade”-“unit”), à subcategoria da problemática (“subcategoria do

problema" - "*problem_sub*") e à subcategoria de Staff ("subcategoria do *Staff*" - "*staff_Sub*"). Por não se tratarem de variáveis categóricas não são automaticamente analisadas pela ferramenta. Contudo, podem ser utilizadas pelo analista para aprofundar a investigação e retirar conclusões mais precisas.

Em síntese, a HCAT (2016) é uma ferramenta criada com base na literatura, que permite codificar o assunto, a gravidade e o dano dos problemas relatados nas reclamações de saúde (Gillespie & Reader, 2016). Esta permite a identificação e a classificação de diversas problemáticas de acordo com três domínios - "clínico", "gestão" e "relacional" - e sete categorias - "segurança", "qualidade", "ambiente", "processos institucionais", "comunicação", "atenção" e "direitos". De referir que vários problemas podem ser identificados numa só reclamação e cada um deles é classificado individualmente de acordo com a respetiva categoria e severidade.

Outras variáveis foram consideradas relevantes para a análise. Por este motivo, ao *excel* da ferramenta HCAT (2016), foram acrescentadas quatro novas variáveis: "instituição" - identifica a tipologia de organização visada (centro de saúde, hospital, junta médica, unidade de saúde pública...), "data" - define o dia, mês e ano em que foi publicada a reclamação -, "estado" - refere o ponto de situação de cada reclamação, isto é, se está resolvida, se aguarda resposta ou se não tem solução - e "Covid-19" - especifica as reclamações cujos problemas relatados são consequência direta da situação de pandemia.

Após a análise de todas as reclamações, vinte e quatro foram excluídas. Entre essas, três são elogios à qualidade e capacidade de resposta do SNS; cinco são reclamações que, devido à má construção frásica, erros ortográficos ou falta de informação, são incompreensíveis, logo não são passíveis de serem classificadas; uma reclamação é repetida; dez não são dirigidas ao SNS - entre estas estão reclamações a laboratórios privados, ao Infarmed, a jardins de infância, a centros comerciais que não estão a cumprir as normas impostas pela DGS e à Ordem dos

Fisioterapeutas e à Ordem dos Farmacêuticos, com questões relativas à emissão de cédulas profissionais; as restantes três não são consideradas reclamações – duas eram sugestões, uma para a inclusão de serviços de dentista no SNS e outra para a criação de mais centros de testagem à Covid-19. Finalmente, as duas remanescentes são reclamações indevidas: numa, o paciente reclama da não emissão de um atestado médico, sem a obrigatoriedade de ir a uma consulta para o efeito e, na segunda, o utente queixa-se por ser obrigado a ter que cumprir isolamento, pois, embora tenha testado positivo, era assintomático.

Para a interpretação dos resultados foi levada a cabo uma análise descritiva, predominantemente de frequências, de todas as variáveis, à qual se seguiu uma análise se associações entre algumas variáveis: "severidade" e "dano"; "severidade" e "problema"; "severidade" e "staff"; e "staff", "severidade" e "problema".

Capítulo 3

Resultados

1. Resultados

1.1 Caracterização demográfica da amostra

A amostra final é composta por 988 reclamações, cada uma delas com um ou mais problemas relatados. Dessas, 601 reclamações (60,8%) foram apresentadas por pessoas do género feminino, 382 (38,7%) do género masculino e 5 (0,5%) em que o género da pessoa não era identificável (gráfico 5). É também possível constatar que 737 reclamações (74,6%) foram apresentadas pelo paciente, 227 (23%) por familiares e 24 (2,43%) por outros (gráfico 6).

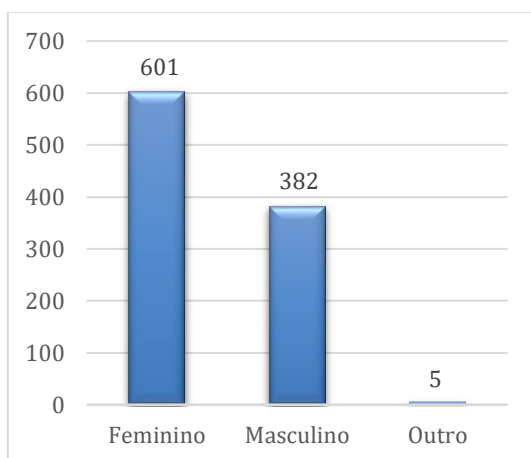


Gráfico 5: Género do autor da reclamação

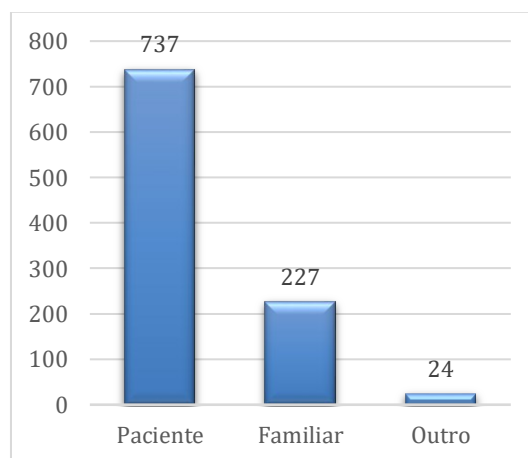


Gráfico 6: Tipo de autor

Das 988 observações, apenas 644 indicavam a localidade onde se situava a instituição em causa - o registo foi feito de acordo o respetivo município. Foram mencionados 135 sítios diferentes, distribuídos de norte a sul do país, com maior ênfase na costa oeste de Portugal Continental. A cidade que registou mais reclamações foi Lisboa (n=81), seguindo-se de Vila Nova de Gaia (n=26), Oeiras (n=22), Amadora (n=22), Sintra (n=21), Loures (n=20), Odivelas (n=18), Coimbra (n=13), Aveiro (n=13), Almada (n=13), Braga (n=12), e Barreiro (n=11). Estes 11 municípios encontram-se realçados a vermelho no mapa (gráfico 7).

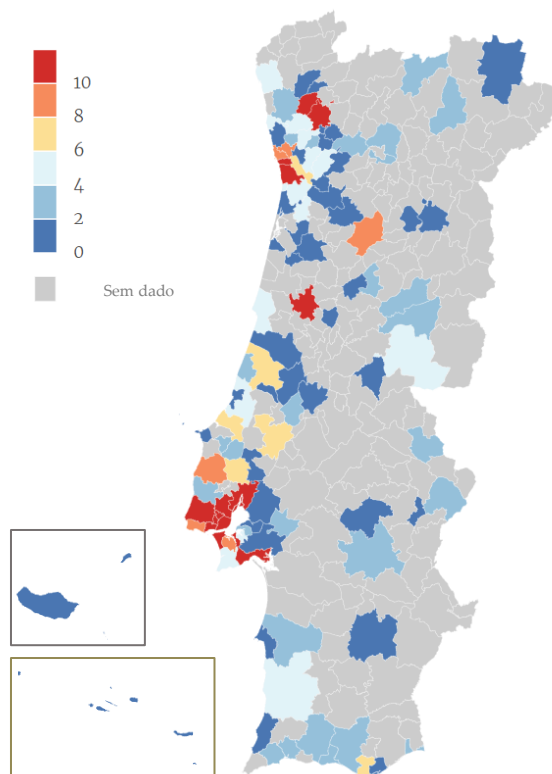


Gráfico 7: Mapa com a distribuição do número de reclamações por município

De forma a facilitar a análise, procedeu-se ao mapeamento dos locais mencionados de acordo com o distrito em que se inseriam – o gráfico 8 apresenta a distribuição do número de reclamações por distrito. A vermelho estão realçados os distritos com 60 ou mais reclamações, nos quais se incluem: o distrito de Lisboa, que registou maior número de reclamações, alcançando as 254 menções; o distrito do Porto, com 116 reclamações; e, por fim, o distrito de Setúbal, que apresentou 68 reclamações. A amarelo estão os distritos que registaram entre 30 e 40 reclamações, nos quais se incluem um distrito de Aveiro com 37 observações e um distrito de Braga com 30 reclamações. No azul mais claro temos os distritos que apresentaram entre 20 e 30 reclamações, nos quais se

incluem os distritos de Leiria, Faro e Coimbra com 26, 23 e 21 reclamações, respetivamente.

Na segunda tonalidade mais clara de azul, são identificados os distritos que registaram entre 10 e 20 reclamações - o de Santarém registou 12 observações e o de Viseu apenas 10. Finalmente, a azul-escuro, encontramos os restantes distritos que apresentaram menos que 10 reclamações. Entre estes, temos o distrito da Guarda com 9 observações; o de Castelo Branco com 7; o de Beja com 5; o de Portalegre com 5; e o de Bragança com apenas 3 reclamações. As regiões autónomas da Madeira e dos Açores, que não integram este tipo de divisão administrativa (distritos), apresentaram apenas uma reclamação.

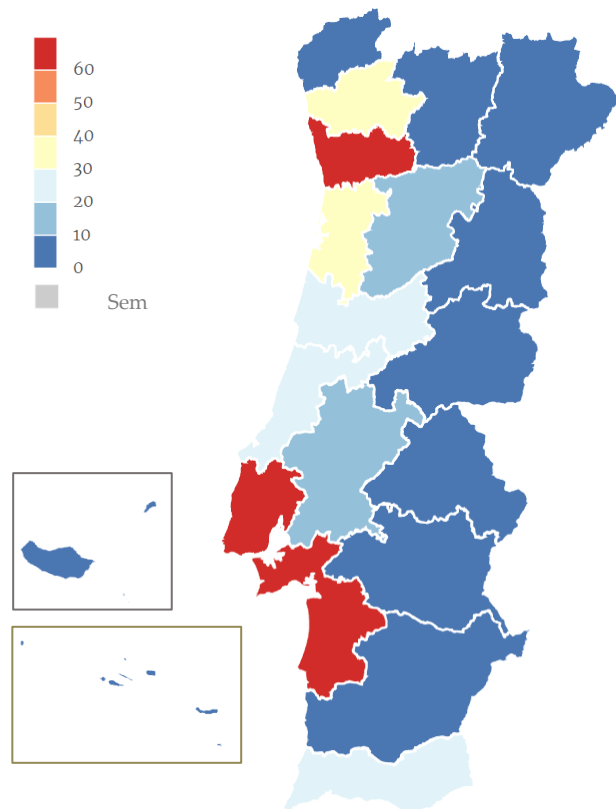


Gráfico 8: Mapa com a distribuição do número de reclamações por distrito

1.2 Instituição

A variável “instituição” indica o tipo de organização sobre a qual incide a reclamação. Tal como é possível ver no gráfico 9, os Centros de Saúde lideram o grupo de instituições com maior número de reclamações (n=726), quase 74% dos casos. Os Hospitais, ainda que com muita diferença, apresentam-se em segundo com apenas 67 reclamações. Como foi anteriormente mencionado, devido à pandemia e conseqüente necessidade de isolamento profilático, em caso suspeita

ou infecção por Covid-19, a importância dada ao papel das Unidades de Saúde Pública sobressaiu. A urgência na obtenção das declarações de isolamento profilático e os atrasos registados (referidos previamente) fez com que o número de reclamações dirigidas a estas entidades aumentasse - na amostra analisada foram registadas 56 reclamações. A seguir encontramos a DGS, com 49 observações, que foi maioritariamente criticada pela falta de organização na gestão da pandemia.

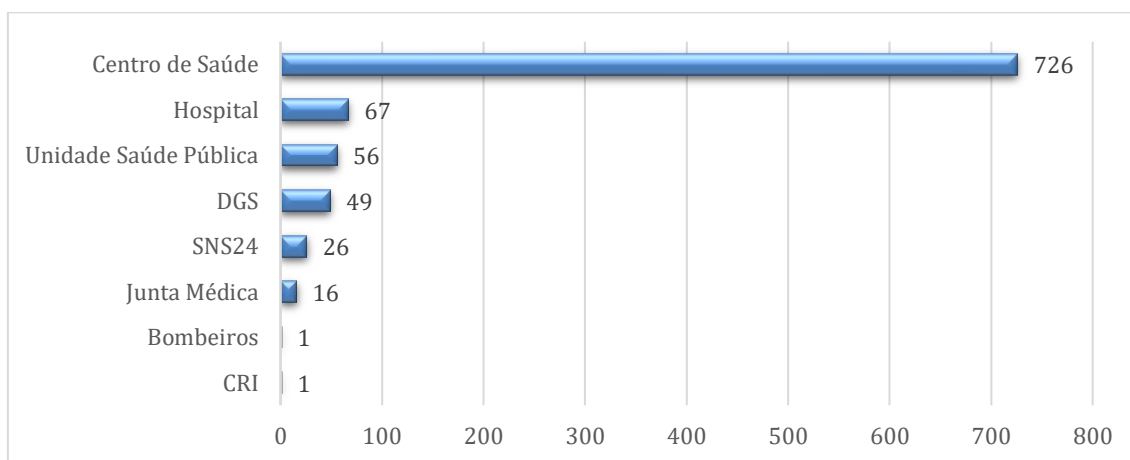


Gráfico 9: Tipo de organização à qual se dirige a reclamação

A linha de SNS24, apesar da forte pressão devido ao elevado número de tentativas de contacto (só entre outubro e novembro de 2020 atenderam 1 424 946 chamadas), apenas lhe foram dirigidas 26 reclamações. As Juntas Médicas receberam 16 reclamações das quais 10 são relativas a atrasos, agravados com a suspensão da Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade. Finalmente, as duas últimas instituições são os Bombeiros – responsáveis pelo transporte de pacientes - e o Centro de Resposta Integrada (CRI) – instituição que se dedica ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos associados a toxicodependências e alcoolismo - ambas com apenas 1 reclamação associada.

1.3 Staff

Os grupos de profissionais visados nas reclamações foram, para cada uma das problemáticas, identificados. Como é possível verificar no gráfico 10, o “secretariado”, a “equipa médica” e a “administração” são o grupo com o maior número de problemas reportados. O “secretariado” assume a liderança com cerca de 584 problemas, seguindo-se a “equipa médica” com 368 e, em terceiro lugar, a “administração” – na qual se incluem relatos dirigidos à DGS, ao Ministério da Saúde, à ARS (Administração Regional de Saúde) e a gestores de instituições de saúde – com 350 problemas. As restantes seis categorias foram responsáveis por um número consideravelmente menor de problemas. A “equipa de enfermagem” registou 37 problemas, sucedendo-se a “Linha SNS24” com 33. Os “seguranças” das instituições foram causa de 24 problemas. Finalmente, os dois últimos grupos foram os “bombeiros” e um “laboratório” do centro de saúde com 3 e 1 problemas, respetivamente.

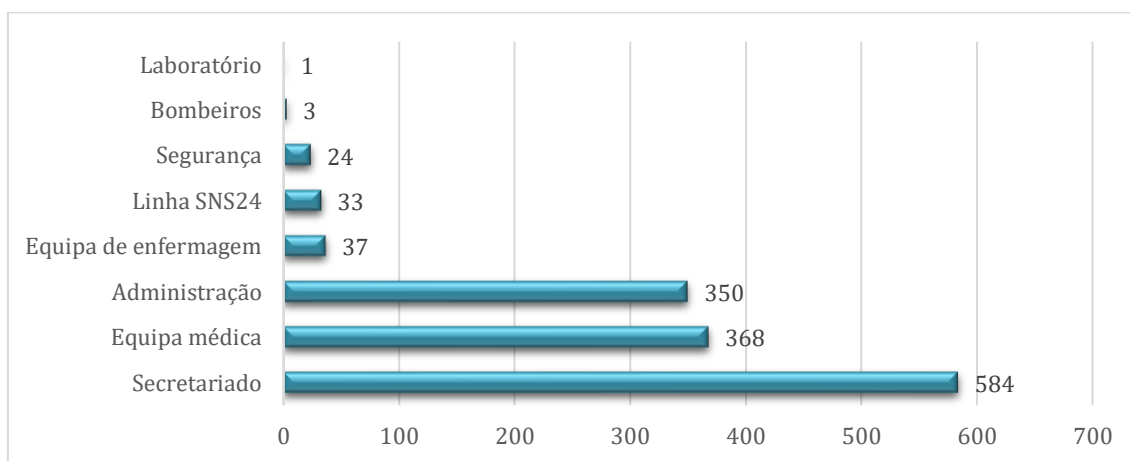


Gráfico 10: Objeto da reclamação

1.4 Distribuição temporal das Reclamações

O gráfico 11 apresenta-nos a distribuição temporal das reclamações apresentadas ao longo de 2020. Verificamos que, nos primeiros 3 meses do ano, o número de reclamações era relativamente estável, variando de 72 em janeiro para 79 em março. Nos meses de abril e maio observou-se uma queda, registando-se apenas 44 e 33 reclamações, respetivamente. Com exceção do mês de agosto, de junho a outubro observou-se uma tendência crescente do número de reclamações apresentadas. Em junho, o total foi de 67, julho 91, agosto 78, setembro 111 e, finalmente, outubro com 141 reclamações. A partir deste último mês, a tendência passou a ser decrescente - em novembro foram registadas 117 reclamações e em dezembro 86. Em média, mensalmente, foram reportadas 82 reclamações. O mês de maio registou o menor número de relatos (n=33) e outubro o pico (n=141).

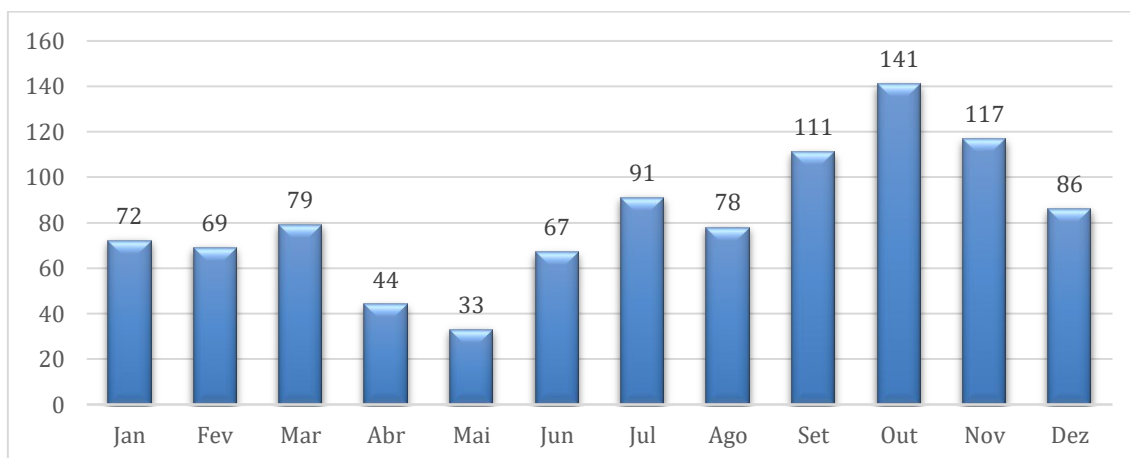


Gráfico 11: Número de reclamações por mês

A 18 de março de 2020, 16 dias após confirmação do primeiro caso de Covid-19, em Portugal, foi declarado estado de emergência. Diversas medidas foram implementadas, nomeadamente o dever de recolher domiciliário, o regime de teletrabalho obrigatório e a limitação das deslocações que acabaram por impactar

o quotidiano dos cidadãos portugueses (Borges, 2020). Portugal desacelerou e, em simultâneo, o número de reclamações diminuiu, o que eventualmente poderia ser justificado pelas restrições impostas. Todavia, tal facto pode advir de uma possível consciencialização por parte da comunidade relativamente à dificuldade de gestão de uma pandemia, conduzindo a uma maior aceitação e tolerância às falhas e constrangimentos.

Analisando o gráfico 12, que apresenta a distribuição temporal das reclamações entre março e maio, verificamos que, efetivamente, a quebra no número de reclamações acontece no dia 18 de março e que a tendência é de diminuição - como é possível ver através da linha de tendência a vermelho.

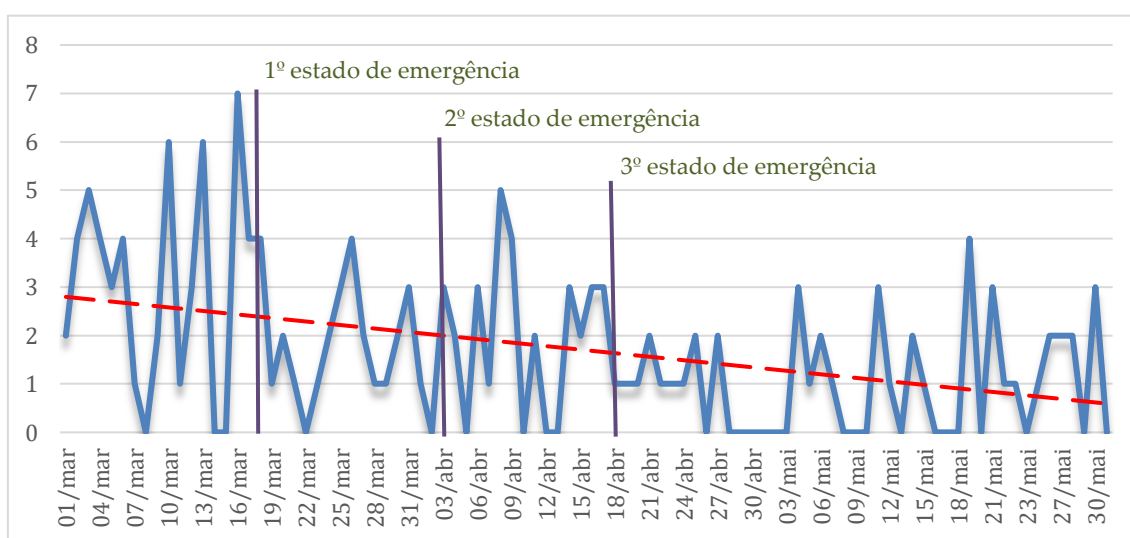


Gráfico 12: Distribuição diária do número de reclamações entre março e maio

1.5 Estado das Reclamações

O Portal da Queixa permite a interação entre as organizações, neste caso, instituições de saúde e o consumidor (o paciente e a sua família), no sentido de dar uma oportunidade de resposta e de resolução dos problemas que deram origem às reclamações. Tal como vemos no gráfico 13, de janeiro a março, a

grande maioria das reclamações apresentadas ficaram sem qualquer tipo de resolução – janeiro: 67 reclamações sem resolução e 5 resolvidas; fevereiro: 66 reclamações sem resolução e 3 resolvidas; março: 63 reclamações sem resolução e 16 resolvidas.

A partir do mês de abril, o número de reclamações classificados com “sem resolução” diminuiu e a partir de maio não se verificou mais nenhuma reclamação neste estado. Em contrapartida, a partir deste mês, o número de reclamações a “aguardar resposta” acompanhou a tendência de crescimento das reclamações apresentadas. Por mês, aproximadamente 80% das reclamações permaneceram no estado “aguardar resposta” até ao final do ano de 2020, altura em que a amostra foi extraída. O número de reclamações solucionadas (“resolvida”) manteve-se praticamente constante durante todo o ano, embora seja visível um ligeiro declive positivo a partir do mês de maio. Em média, apenas 15% das reclamações apresentadas foram resolvidas.

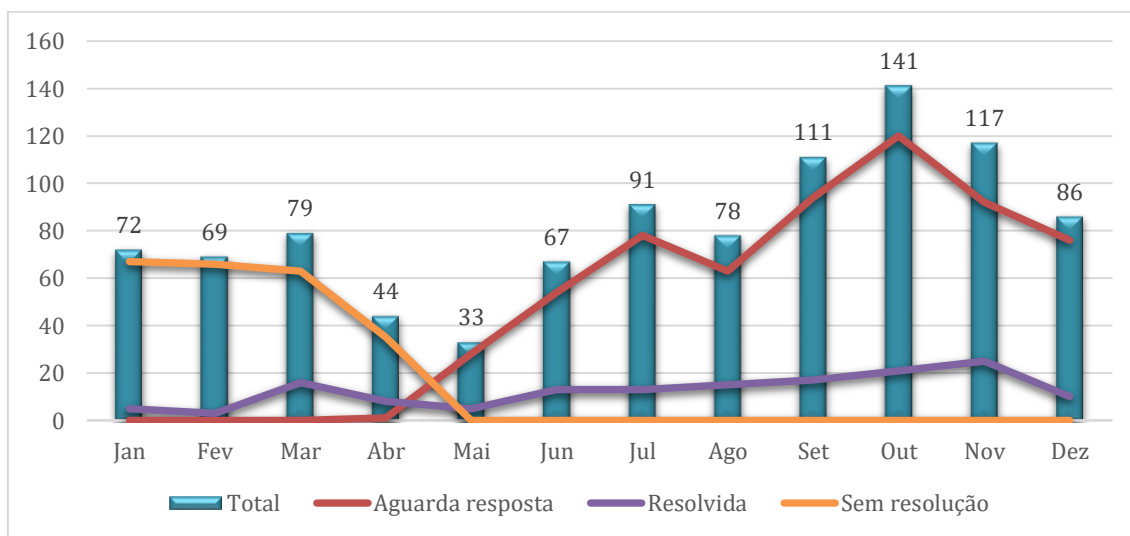


Gráfico 13- Evolução mensal do estado das reclamações

1.6 Covid-19

Das reclamações apresentadas, 327 (33,2%) foram diretamente provocadas pela situação de pandemia – entre estas destacam-se reclamações relativas à falta de envio de declarações de isolamento profilático, cancelamento de consultas por períodos indefinidos, dificuldade de contacto telefónico com as instituições de saúde e falta de adaptação das instituições para receção dos utentes em tempo de epidemia. Este facto é confirmado pelo próprio presidente da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiares (ANUSF), Diogo Urjais, que, em entrevista, admitiu ser “verdade que a maioria das unidades e dos centros de saúde não tem condições físicas, nem circuitos, nem salas de espera para ter um grande aglomerado de pessoas dentro das unidades funcionais” (Casaca, 2020, parag.5).

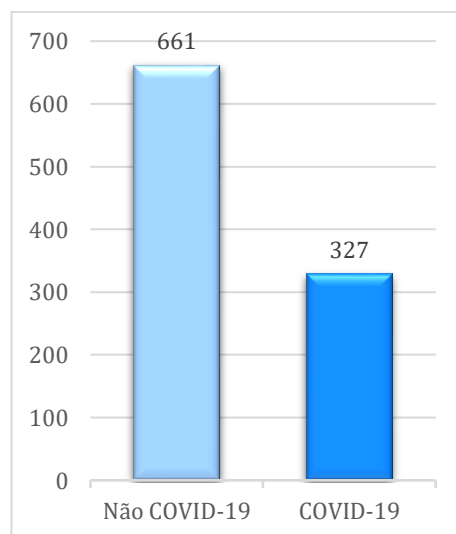


Gráfico 14: Número de problemas provocados pelo Covid-19

É importante referir que, apesar de grande parte das situações relatadas nas reclamações não serem consequência direta da Covid-19, podem ter sido indiretamente influenciadas. Por exemplo, há 320 problemas classificados como sendo “dificuldade de acesso e contacto”, nos quais se incluem situações como:

dificuldade na obtenção de consulta ou tratamento e chamadas telefónicas não atendidas nem devolvidas. Conquanto não tenhamos informação que garanta uma consequência evidente da Covid-19, poderemos deduzir que, muito provavelmente, estes problemas são resultantes da situação de pandemia. De acordo com o principal representante da ANUSF, a falta de recursos humanos, nomeadamente telefonistas e secretários clínicos, fez com que não fosse possível dar resposta ao enorme fluxo de chamadas e outros tipos de contacto recebidos nas instituições de saúde (Ferreira, 2020).

De facto, por causa das recomendações e imposições da DGS para o combate da Covid-19, a população teve de reduzir as suas deslocações ao essencial, tendo os pacientes que passar a realizar os pedidos de marcação, as solicitações de informação e outras questões burocráticas através da plataforma digital, via email e telefonicamente (Jornal Económico com Lusa, 2020). A dificuldade de atendimento, mencionada no parágrafo anterior, pode ser um dos motivos da dificuldade de marcação de consultas pois, se não conseguem atender os utentes, por conseguinte também não há agendamentos. De acordo com o Ministério da Saúde, relativamente a 2019, entre março e maio, houve menos um milhão de consultas nos centros de saúde. Contudo, a Ordem dos Médicos indica um valor ainda mais alarmante, referindo um decréscimo de três milhões, em apenas três meses (Ferreira, 2020).

1.7 Dano causado

Tal como já foi explicado previamente, a variável “dano causado” traduz toda a experiência do paciente na instituição, englobando todos os problemas por ele mencionados numa só reclamação. Esta variável apresenta 5 níveis de dano: mínimo (*minimal*), menor (*minor*), moderado (*moderate*), maior (*major*) e catastrófico (*catastrophic*); e um nível para ausência de dano: nenhum (*none*).

Começando pelo último mencionado, uma reclamação pode ser classificada com “nenhum” caso não forneça informação suficiente ou, efetivamente, não tenha sido causado qualquer tipo de dano. Relativamente aos níveis de dano, estes são atribuídos da seguinte forma: dano mínimo- requer uma intervenção mínima; dano menor – carece de uma intervenção menor para atenuar o dano; dano moderado- necessita de uma intervenção significativa para amenizar o dano; dano maior – o paciente enfrenta algum tipo de incapacidade de longo prazo; dano catastrófico- morte ou lesões múltiplas/permanentes (Gillespie & Reader, 2015).

As reclamações apresentadas a seguir, retiradas da amostra estudada, ilustram cada um dos níveis de dano mencionados:

- Nenhum dano: Nenhuma informação sobre danos é relatada.

Reclamação 1:

Não há atendimento telefónico a manhã toda, nem Lagos, nem Odiáxere, o telefone toca e ninguém atende.

- Mínimo dano: Não há nenhum dano sofrido pelo paciente, apenas implicou a uma deslocação desnecessária ao centro.

Reclamação 2:

Como é possível não me atenderem o telefone e quando me desloco ao centro para marcar consulta, a mesma só ser possível de se marcar por telefone. Não podem continuar a tratar assim as pessoas.

- Menor dano: O paciente está chateado com a experiência, mas a falta de profissionalismo do médico não põe diretamente em causa a sua saúde.

Reclamação 3:

No dia 24 de julho tinha uma consulta marcada para 17.30 para mostrar uns exames no posto médico da Amadora e cheguei as 17 horas como me foi solicitado para chegar mais cedo. Era 19.20h quando a Sra. Dra. (...) me chamou. Quando entrei no consultório a Sra. disse que não me via os exames porque tinha visto muitos exames durante o dia e estava muito cansada! (...) Para eu marcar para outro dia. Agora eu pergunto. Se é normal eu ter uma consulta marcada sair mais cedo do meu emprego estar quase 2.30h a espera da consulta e a Sra. não me consultar?

- Dano moderado: O paciente requer tratamento prolongado, com possível colocação de prótese.

Reclamação 4:

Venho por este meio mostrar o meu desagrado da maneira que foi literalmente despachado do serviço de ortopedia do Hospital de Braga. (...) Recebi uma chamada do Hospital do próprio Médico Perguntou me como estava o meu joelho depois da infiltração que me foi dada há uns meses atrás. Eu respondi lhe que senti como da última vez (...) fortes dores e que me prendia a perna e inflamava os músculos após duas a três semanas , mas que já estaria um pouco melhor (...) O médico disse me quando tiver dores para ir ao médico de família (...) é aqui a minha indignação. Tenho um joelho que precisa de uma prótese (...) e agora que mais dia menos dia tenho mesmo que levar a prótese mandam me de volta para o médico de família? E por telefone? Não adiaram a consulta, para ser visto por o médico, como é óbvio?

- Dano maior: A paciente experiêcia efeitos colaterais de longo prazo.

Reclamação 5:

(...) há cerca de 7 anos foi submetido a uma operação de uma fratura interna do radio esquerdo, simples ou seja abrir por a placa e seguir minha vida, mas nada disso se passou virou o pior pesadelo da minha vida (...) Está no processo clínico, ou seja apanhei uma bactéria no bloco operatório, e só me disseram passado um ano em operações, pois o radio nunca colou pela bactéria (...) resumindo e concluindo tenho o radio torto, sem uma única raspagem pois colou sozinho pois tudo que fizeram no hospital nunca colou, exijo que o hospital me chame e assuma a culpa por 2 anos. Parado sem trabalhar, e o braço/rádio torto e com dores, até à data de hoje!! (...) Obs: ainda tenho a bactéria alojada no braço, está é adormecida! Qualquer dúvida estou ao vosso dispor!

- Dano catastrófico: Os problemas relatados contribuíram para a morte do paciente.

Reclamação 6:

O meu marido infelizmente faleceu no passado dia 01/09/2020, no Hospital Curry Cabral, no meu entender, devido a alegada negligencia dos serviços prestados, nomeadamente pelo medico (...) O meu marido era doente transplantado há mais de 20 anos (...) foi internado dia 18/08/2020. Desde este dia, o meu marido piorou dia para dia. (...) fui proibida de ver o meu marido, alegadamente devido ao "covid19". Só consegui falar com ele pelo telefone.

Notei que, tantos os médicos com o pessoal de enfermagem, não lhe davam o mínimo de atenção, nem água lhe davam. Felizmente tinha lá uma colega, que lhe ia dando de comer e beber. No dia antes de falecer, lá me deixaram entrar, fui eu que lhe dei a beber (...) e ainda abriu os olhos. Durante o internamento, que eu tenha conhecimento, nunca lhe fizeram exames, só faziam analises, fizeram também um Raio-x porque ele caiu na casa

de banho, devido a ter sido deixado sozinho na dita casa de banho (o meu marido estava descontrolado devido às dores e suposta morfina administrada para as dores).

No gráfico 15, verificamos que a maior parte das reclamações apresentadas relatam situações de mínimo dano (41,59%) e, de seguida, as reclamações em maior número são classificadas com menor (23,68%) e nenhum dano (21,96%). Reclamações de nível de dano mais elevado foram em menor número. Situações de dano moderado foram relatadas 86 vezes (8,7%), de maior dano foram identificadas 37 observações (3,74%) e de dano catastrófico apenas foram relatadas 3 situações (0,3%). Apesar da avaliação do nível de dano ser importante para aferir o impacto e as consequências que os eventos adversos tiveram nos utentes, o estudo da relação desta variável com o nível de “severidade” é fundamental, pois permite identificar e antecipar acidentes de elevada severidade que, por sorte ou rápida recuperação, causaram nenhum ou baixo dano ao paciente (Gillespie, Alex; Reader, 2018).

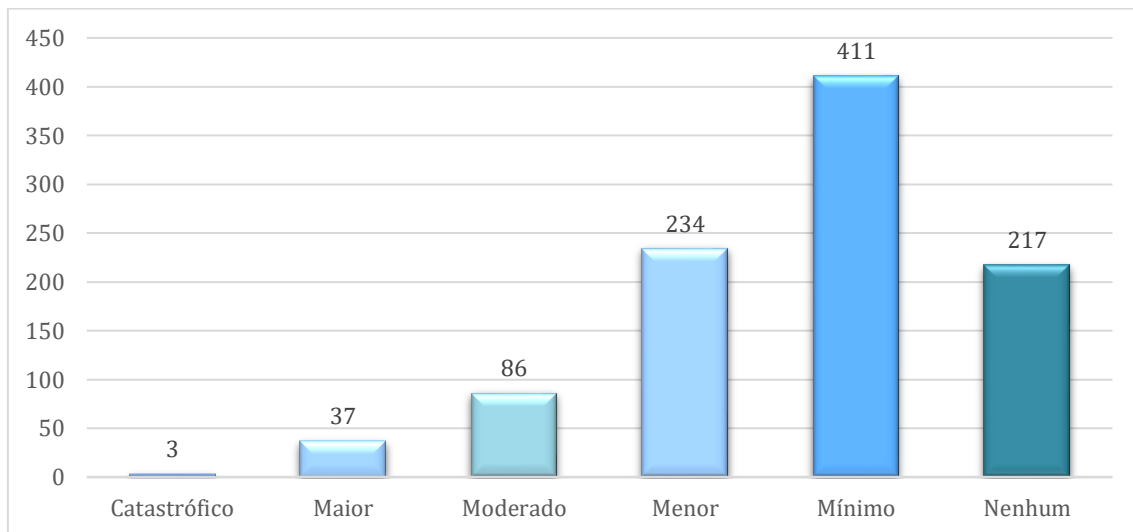


Gráfico 15: Número de reclamações de acordo com o nível de dano causado

1.8 Severidade

A “severidade” é um indicador utilizado para classificar cada problema apresentado numa reclamação. Tal como é possível ver no gráfico 16, a grande maioria dos problemas apresentados são de baixa severidade, cerca de 54% (n=751), com predomínio de reclamações relativas à dificuldade de contacto telefónico dos centros de saúde e SNS24. Esta observação é positiva, podendo indicar que o sistema de reclamações está a funcionar corretamente e que as pessoas se sentem capazes de o utilizar no sentido de contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde, apresentando reclamações de carácter construtivo (Gillespie & Reader, 2015).

Felizmente, os problemas de elevada severidade foram em menor número, apenas 16% (n=222) – a maioria destes era da responsabilidade da administração e correspondia a situações de falta de recursos humanos, nomeadamente de médicos e enfermeiros; recursos materiais, como ambulâncias; vacinas da gripe; e outro tipo de questões burocráticas. Esta classificação reflete problemas com alta gravidade e lança alertas à administração para a necessidade de uma intervenção urgente.

Relativamente aos problemas de média severidade, apresentaram 423 observações o que corresponde a 30% dos problemas identificados. Neste nível incluem-se situações como longa espera na sala de emergência, pacientes com frio e desconfortáveis, atraso na comunicação de resultados de exames, entre outras.

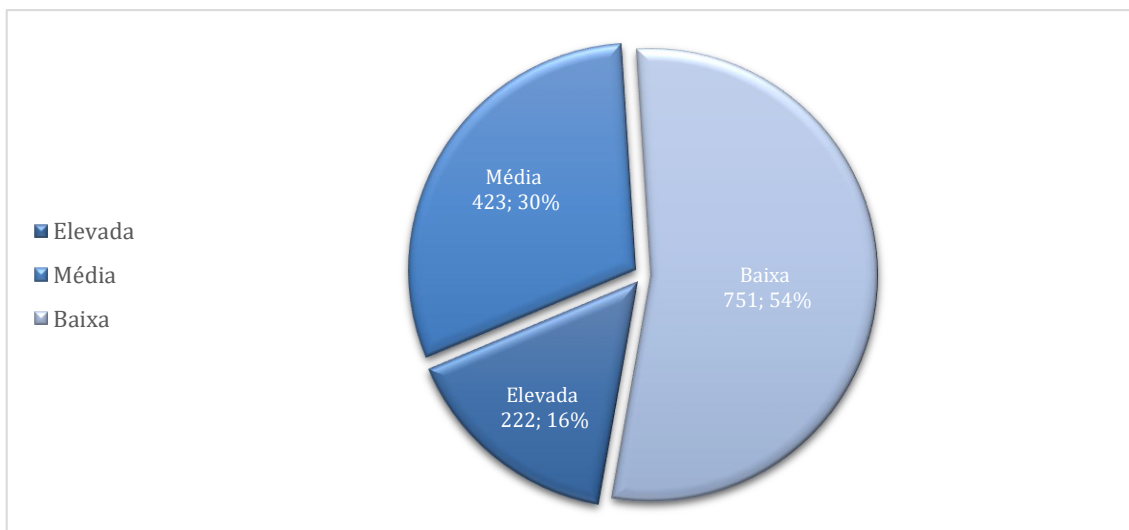


Gráfico 16: Número de reclamações de acordo com o nível de severidade

1.9 Estágio de acontecimento

Das problemáticas identificadas, 140 relatavam acontecimentos sucedidos durante a admissão do paciente nas instituições de saúde; 182 reportavam situações ocorridas durante a consulta médica, nomeadamente a examinação e a monitorização de patologias; 70 reclamações descreviam acontecimentos em contexto de enfermaria; 11 reclamações mencionavam acontecimentos adversos durante procedimentos cirúrgicos; e 30 narravam situações desagradáveis no momento da alta - no contexto atípico da pandemia, a saída de isolamento foi considerado neste estágio. Os restantes 951 problemas (68%) identificados não aconteceram em nenhum dos estágios anteriormente mencionados, ou seja, são eventos que aconteceram fora das instituições de saúde.

A ferramenta HCAT não permite definir em maior pormenor as categorias de eventos que ocorrem fora das instituições, devido à elevada complexidade, oriunda da multiplicidade de situações e dificuldade na determinação do momento em que ocorrem. A sua formatação atual limita a jornada do paciente desde o momento da admissão à alta médica, não considerando situações pré-

admissão e pós-alta que, no caso da amostra em análise, correspondem à maioria dos eventos relatados.

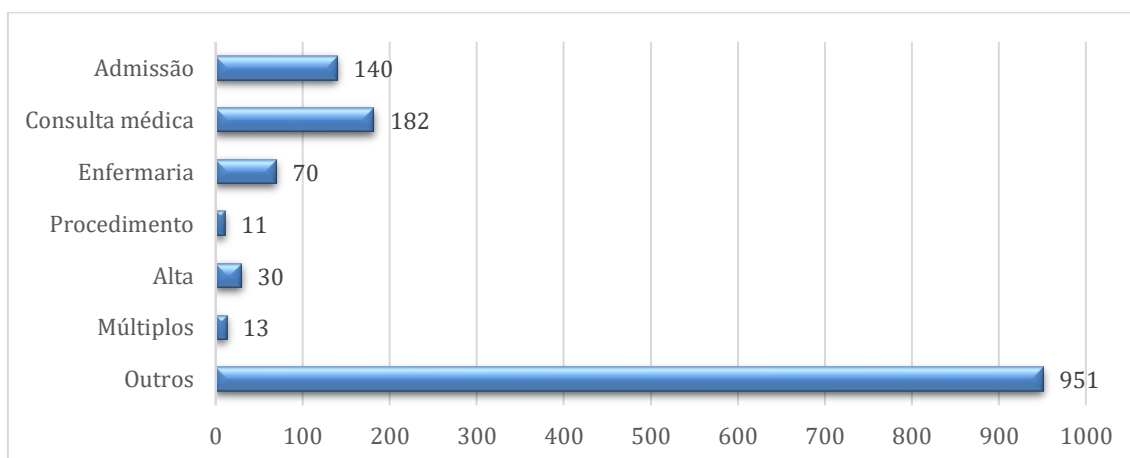


Gráfico 17: Número de reclamações por estágio de acontecimento

1.10 Categorias de Problemas

A variável “Problema”, tal como mencionado anteriormente, é composta por 7 tipologias de reclamação: “qualidade”, “segurança”, “ambiente”, “processos institucionais”, “comunicação”, “atenção” e “direitos”. Tal como acontece na variável “severidade”, cada problema identificado é classificado a nível individual, o que significa que existem mais problemas do que reclamações. A partir da análise do gráfico 18, verificamos que foram identificadas 1397 problemáticas nas 988 reclamações apresentadas. Claramente é visível que a categoria “processos institucionais” (n=799) domina as restantes e que as categorias “segurança” (n=21) e “atenção” (n=22) assumem uma posição de pouco destaque. Nos subcapítulos seguintes segue-se a análise de cada uma das categorias e respetivas subcategorias. É importante mencionar que os exemplos referidos são meramente ilustrativos, podendo, nas variadas subcategorias, estar incluídas outras situações.

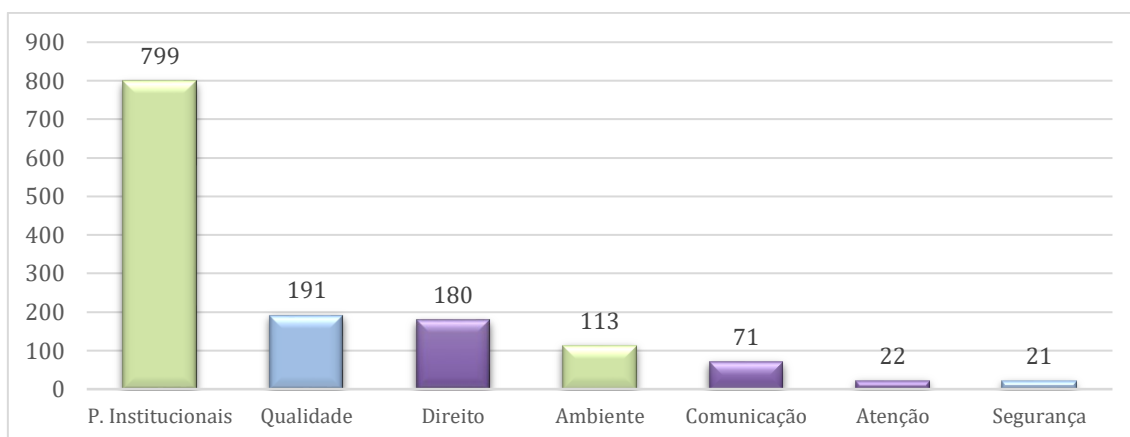


Gráfico 18: Número de reclamações por categoria de problema

As cores do gráfico 18 são alusivas aos três domínios da taxonomia de Reader et al. (2014). A verde estão os “problemas de gestão”, a azul, os “problemas clínicos” e, a roxo, os “problemas relacionais”. Verificamos que as questões de gestão são as mais mencionadas (n=912) seguidas das relacionais (n=273) e, por fim, as clínicas (n=212). Nos “problemas de gestão”, os “processos institucionais” assumem um peso excessivo, correspondendo a 87,6% das observações do domínio e 57.2% do total de problemas identificados.

1.10.1 Problemas de gestão - Processos Institucionais

Quase 57% (n=799) são relativas a “processos institucionais”, nos quais se incluem as seguintes subcategorias: atrasos e tempos de espera (“tempos de espera”); questões de burocracia (“burocracia”); dificuldades de acesso e de contacto a uma instituição saúde (“dificuldade de acesso e contacto”); problemas relacionados com visitas a pacientes hospitalizados (“visitas”); situações de documentação (“documentação”); adiamento e cancelamento de consultas e tratamentos (“cancelamento de consultas”); problemas de triagem (“triagem”); e perdas de amostras, de biopsias e resultados (“perda de resultados”).

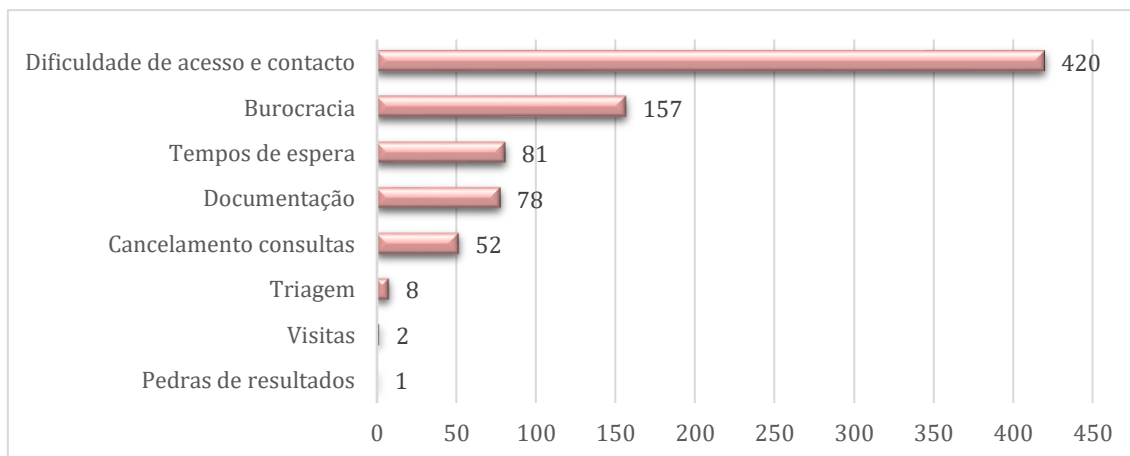


Gráfico 19: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "processos institucionais"

Analisando o gráfico 19, verificamos que a subcategoria relativa a “dificuldade de acesso e contacto” (n=420) é a mencionada em maior número. Nesta incluem-se situações como o não atendimento telefónico e a dificuldade na obtenção de consultas e tratamentos. Tal como mencionado anteriormente, o elevado número de chamadas telefónicas recebidas, quer pelos centros de saúde quer pelo centro de contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24) – que, em 2020, triplicou os valores de chamadas atendidas relativamente a 2019, ultrapassando os quatro milhões (Campos, 2020) – fez com que os profissionais responsáveis pelo atendimento não fossem capazes de responder a todas as tentativas de contacto.

Embora o argumento da falta de recursos seja suportado pelas entidades prestadoras de serviço, como a ANUSJ, os dados recolhidos revelam a possibilidade de uma má gestão dos existentes. Esta última hipótese é sustentada por algumas reclamações nas quais os utentes referem que há funcionários presentes na instituição que mesmo não estando ocupados, ignoram as chamadas ou colocam os telefones em silêncio.

Reclamação 1:

(...) sempre que se tenta ligar raramente atendem do outro lado...atender que é bom e bonito, ZERO... No dia de ontem liguei para o centro de saúde 36 (TRINTA E SEIS VEZES). Não atenderam uma única... desloquei-me ao respetivo centro... Fiquei na porta e vi que estavam duas senhoras a atender e uma outra de pé na conversa... Em frente. Estava a olhar para os telefones e para as senhoras, quando me ocorreu ligar para os telefones que estavam à frente delas. Liguei MAIS 4 (QUATRO VEZES) e ignoraram as chamadas...

Reclamação 2:

Na unidade de saúde por mim referenciada é hábito ninguém atender o telefone aos utentes. Esta situação já existe á muito tempo e ao que me consta resulta de má vontade dos funcionários rececionistas (...). Ali, o hábito é as funcionárias rececionistas colocarem o telefone em silencio para que ninguém o ouça a tocar, apenas pisca uma luz vermelha cada vez que alguém está a ligar, mas tudo se passa sem qualquer som...

Caso este problema seja provocado pela falta de recursos, a solução passa pela contratação de mais pessoas no sentido de reforçar a capacidade de resposta do SNS. Caso resulte da falta de organização e monitorização, deve fazer-se uma revisão das funções de cada funcionário e reforçar o controlo do cumprimento do horário e das respetivas responsabilidades.

Ambos os motivos mencionados e outros, tais como o cancelamento de consultas programada não urgentes, fizeram com que inúmeras consultas ficassem por agendar. A subcategoria em questão, engloba também situações de dificuldade de contacto com o delegado saúde – maioritariamente para pedidos da declaração de isolamento profilático - e problemas de acesso a meios complementares de diagnóstico - devido à falta de locais com convenção com o SNS. A declaração de isolamento profilático corresponde a um documento

justificativo de ausência ao trabalho (para efeitos de justificação de faltas) e atribuição de subsídios por assistência, que, normalmente, são passadas pelos delegados de saúde (Ministério da Saúde, 2020d). Contudo, por causa do aumento exponencial do número de casos de Covid-19, estes médicos, assoberbados de trabalho, não conseguiram emitir todas as declarações necessárias levando a população a reclamar sobre o mau atendimento e falta de resposta. No sentido de acelerar este processo, em novembro de 2020, o Primeiro-Ministro, António Costa, anunciou que iria ser publicado em Diário da República um decreto-lei que permitia que a que a Linha SNS24 começasse a passar declarações provisórias de isolamento profilático (Campos, 2020).

Como se pode observar no gráfico 19, a segunda subcategoria com maior menção foi a relacionada com questões de “burocracia” (n=157). Nesta incluem-se problemas relativos a políticas e procedimentos administrativos – como por exemplo, dificuldades na obtenção do número de utente por parte de imigrantes; não atribuição de médico de família; perda permanente de documentos do paciente; falta de acompanhamento de reclamações; procedimentos que não foram corretamente adaptados à situação de pandemia - nomeadamente a exigência da entrega presencial de exames nos centros de saúde; inexistência de protocolos – tais como falta de vigilância na administração de fármacos, como metadona; problemas direcionados à administração - tais como complicações associadas ao uso do Portal da Saúde ou ao facto da linha do SNS24 ser paga; e, finalmente, encaminhamento incorreto por parte do SNS24 para o centro de saúde – pacientes não são atendidos por não cumprirem os critérios de urgência implementados para realização de consultas ou devido à instituição não ter recebido nenhuma notificação por parte do SNS24.

Ao último problema mencionado (encaminhamento incorreto por parte do SNS24) estão associadas algumas questões. De acordo com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, existem falhas (informáticas e de

procedimento local) no encaminhamento dos utentes para as unidades de saúde, por parte do SNS24. Um desses problemas corresponde à cobrança indevida de taxas moderadoras, sendo que o encaminhamento através deste meio devia ser gratuito (Tvi24, 2019). Por outro lado, alguns pacientes reportam terem sido encaminhados para uma dada unidade de saúde e, quando chegam ao local, não lhes é concedida a consulta, seja porque essa unidade de saúde não recebeu nenhuma notificação do SNS24 a esse respeito, seja por estar apenas a realizar consulta urgente e o paciente não cumprir os requisitos estipulados.

Segue-se a subcategoria associada a “tempos de espera” (n=81). Esta inclui situações como: longa espera para cirurgia e consulta; grande demora na chegada de ambulâncias para transporte para o hospital; demora na obtenção do número de utente - experiência vivenciada por cidadãos estrangeiros que, mesmo após a submissão dos documentos necessários, ficam a aguardar muito tempo pelo mesmo - e, por fim, atrasos na obtenção do Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM). Este tipo de atestado é atribuído a pessoas com grau de incapacidade igual ou superior a 60% e concede inúmeras regalias, tais como, benefícios fiscais, apoios a nível da saúde e proteção social. Com a suspensão das Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade, cujo objetivo era direcionar a atenção dos profissionais para o combate da Covid-19, milhares de pacientes e respetivas famílias foram afetadas. De acordo com Vítor Rodrigues, presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro, antes da pandemia, em certas zonas do país, o tempo de espera chegava os 12 meses, devido ao contexto de pandemia, a situação agravou-se, tornando-se ainda mais preocupante (Silva, 2020).

A subcategoria relativa a problemas relacionados com “documentação” (n=78) apresenta-se a seguir e engloba situações como perdas de documentos do paciente; não envio de receituários, requisições e outro tipo de documentos; erros na documentação (como trocas de resultados e nome incorreto); recusa da emissão de atestados; e não envio do comprovativo de isolamento profilático.

Posteriormente, segue-se a subcategoria de adiamento e “cancelamento de consultas” e/ou tratamentos (n=52) que inclui eventos de cancelamento sem remarcação nem aviso prévio, geralmente por tempo indeterminado, uma vez que a pandemia tornou incerta a previsão de agendamento. Artur Paiva, presidente do Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, afirmou que era “absolutamente fundamental” a suspensão da atividade cirúrgica eletiva não prioritária, isto é, “aquela em que o cidadão não vê o resultado clínico prejudicado pelo diferimento da intervenção, em favor da capacitação da medicina intensiva” (Faria & Maia, 2020, parag.5).

Em antepenúltimo nas subcategorias com menos menções, encontram-se os problemas na “triagem” (n=8), nomeadamente na utilização de critérios desadequados e/ou desnecessários - por exemplo, alguns cidadãos mencionaram a inutilidade de direcionar para o hospital todas as pessoas com sintomas associados à Covid-19 pois consideram que, principalmente durante o inverno, é normal apresentar este tipo de sintomatologia.

Finalmente, as subcategorias com menor frequência estão relacionadas com a limitação dos horários de “visitas” (n=2) - devido à situação epidemiológica, foram adaptados os critérios de visita, havendo redução de horários e restrições no número de pessoas - e com situações de “perda de resultados”/ amostras / biopsias (n=1).

1.10.2 Problemas de gestão - Ambiente

A quarta categoria mais referida é a do “ambiente” (n=113). Esta é composta por quatro subcategorias, sendo a do “pessoal e recursos materiais” a mais mencionada (n=72). Nesta subcategoria são relatadas situações como a falta de médicos nos centros de saúde, a falta de equipamentos ou a existência de equipamentos obsoletos, a falta de ambulâncias para dar resposta às necessidades da população e as quebras no stock de medicamentos,

nomeadamente pílulas e vacinas. No que concerne à vacina da gripe sazonal, que foi um assunto altamente referido nas reclamações da amostra, sabe-se que as 2,5 milhões de doses adquiridas por Portugal não foram suficientes para vacinar toda a gente que pretendia fazê-lo. De acordo com o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, esta situação aconteceu por falta de previsão, pois não era expetável que pessoas que normalmente não procuravam vacinar-se, entre elas os profissionais de saúde, tivessem aderido à vacinação (Faria, 2020).

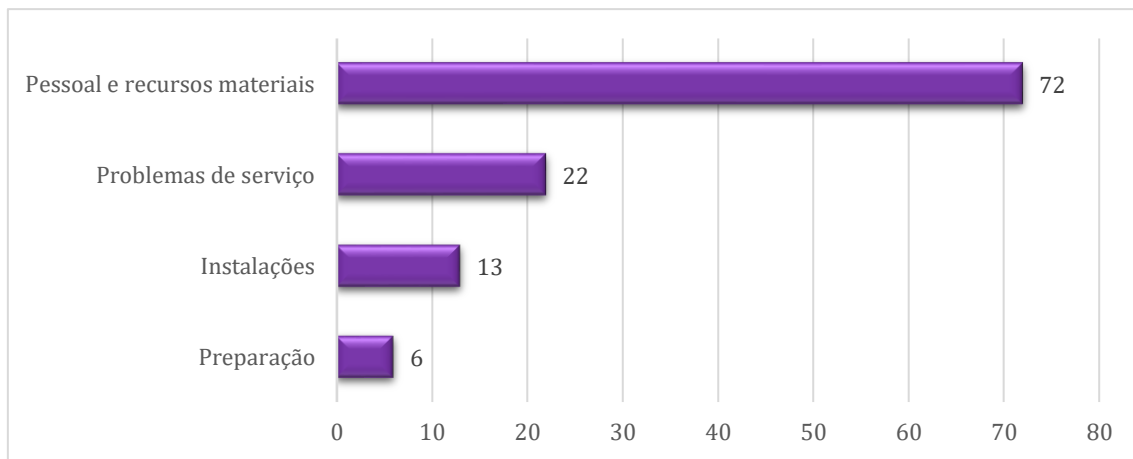


Gráfico 20: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "ambiente"

A subcategoria “problemas de serviço” (n=22) foi a segunda com mais menções. Incidentes como a colocação dos pacientes em locais desadequados e a má organização desencadearam uma outra série de problemas, tais como a demora no transporte de utentes e incumprimento de regras básicas para a contenção da Covid-19, nomeadamente o distanciamento social. Tal como mencionado anteriormente, Diogo Urjais, admitiu que a maioria das unidades e dos centros de saúde não estão fisicamente adaptados para receber os utentes durante a pandemia, fazendo com que as pessoas (inclusive grávidas, idosos ou pessoas com mobilidade reduzida) tenham de aguardar na parte exterior das

instalações pelas suas consultas. Obviamente que a população fica revoltada pois considera que a adaptação dos espaços é essencial. A gestão de agendas devia ser uma prioridade visto que evitaria a aglomeração de pessoas nas instituições.

A subcategoria relativa às “instalações” foi mencionada em 13 reclamações (n=13). Entre estas, destacam-se reportes de fracas instalações, acessos difíceis à instituição, falta de limpeza das alas e indisponibilidade de consumíveis como sabão, papel e gel desinfetante. A última subcategoria corresponde à “preparação” e organização (n=6), na qual se incluem casos de uso desadequado de EPIs por parte dos membros do Staff.

1.10.3 Problemas clínicos - Qualidade

A seguir aos “processos institucionais”, a categoria relativa à “qualidade” dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde foi a que registou maior número de relatos (n=191) (14%). A subcategoria com mais observações está relacionada com “problemas de examinação e monitorização” dos pacientes (n=123). Nesta, incluem-se situações de examinação inadequada - o médico não realiza todos os exames necessários para o correto diagnóstico de uma patologia - tendo várias pessoas relatado que, devido à Covid- 19, sentiram que a atenção e tratamento dados às suas doenças foram menos cuidadosos. No que concerne à monitorização do paciente, foram apresentadas diversas reclamações contra os médicos responsáveis pela monitorização dos sintomas dos pacientes infetados com a doença Covid-19, tendo, alguns, referido nunca terem sido contactados pelos mesmos.

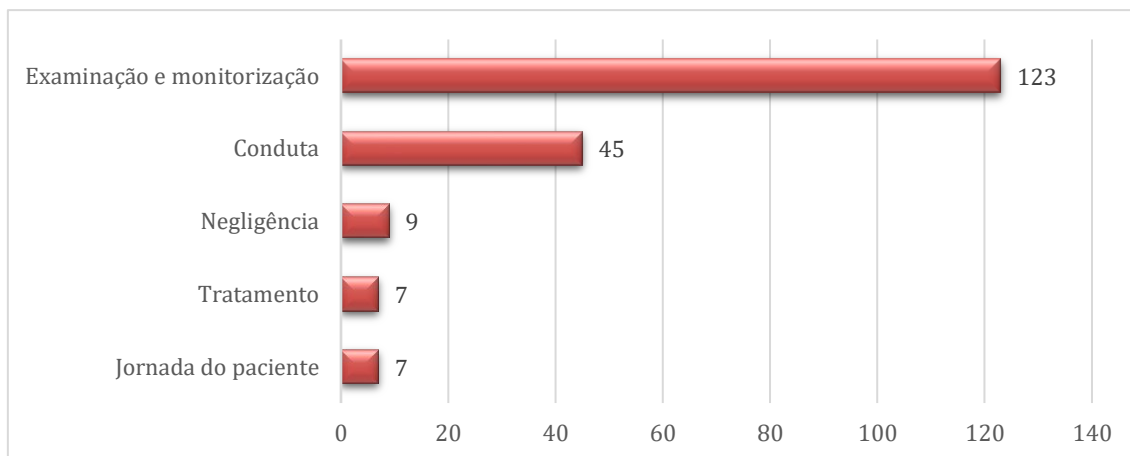


Gráfico 21: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "qualidade"

A segunda subcategoria mais reportada tem a ver com a “conduta” (n=45) dos profissionais, isto é, com o seu código moral e ético. Esta engloba situações como o desrespeito dos pacientes e familiares no consultório ou na enfermaria; desvio, por parte de médicos, dos utentes para a sua clínica privada; falta de assiduidade por parte dos profissionais sem que haja aviso prévio e atempado; e situações de negação de prescrições de exames e atestados - o médico nega prescrever exames pedidos por outros especialistas e nega passar atestados, nomeadamente de incapacidade e de carta de condução.

Com menor frequência foram apresentadas reclamações alusivas a situações de “negligência” (n=9) - engloba ocorrências de negligência de cuidados pessoais, higiene, nutrição e hidratação, que, de acordo com os relatos dos pacientes, se agravaram devido à situação de pandemia. Com a mesma frequência foram observadas reclamações relativas ao “tratamento” (n=7) no qual se incluem efeitos secundários, sequelas de cirurgias malsucedidas e tratamento clínico fraco. Finalmente, a “jornada do paciente” (n=7) foi a subcategoria menos mencionada, e nela se encontram os problemas na coordenação de tratamentos em diferentes serviços pelos profissionais de saúde - a discordância de opinião entre especialistas leva a que, por vezes, um tratamento não seja executado.

1.10.4 Problemas clínicos – Segurança

A categoria com menos menções é relativa a questões de “segurança” (n=21). Nesta, a subcategoria com mais observações é a dos “erros de medicação” (n=10) que engloba situações como erros na prescrição ou administração de medicamentos sem a devida examinação. Segue-se a subcategoria relativa a “erros de diagnóstico” (n=7) que, como se deduz pelo nome, apresenta relatos relativos a diagnósticos clínicos erróneos, tardios ou não realizados. Apenas com quatro observações (n=4), temos a subcategoria relativa a “competências e conduta”, na qual se incluem eventos que revelam deficiência nas competências técnicas e não técnicas dos profissionais e que comprometem a segurança do paciente. Num dos relatos, o médico aconselha o paciente a bochechar a boca com vodca como tratamento de uma amigdalite; no outro relato, descreve-se um curativo, feito por um enfermeiro, sem o cumprimento das medidas de higienização.

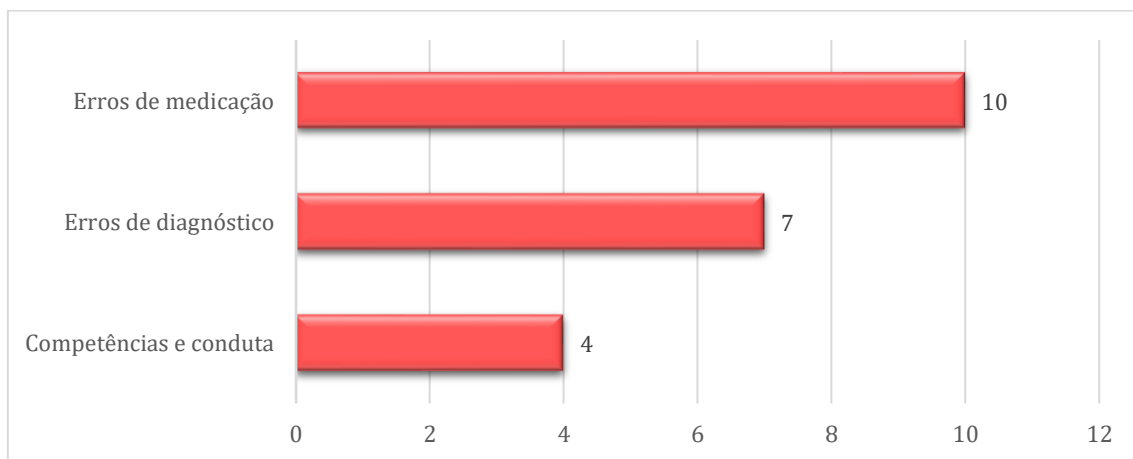


Gráfico 22: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "segurança"

1.10.5 Problemas relacionais – Respeito e Direitos dos Pacientes

A categoria “respeito” e direitos dos pacientes é a terceira presente nas reclamações analisadas (n=180) (13%). Como é visível no gráfico 23, a grande maioria das reclamações incorpora a subcategoria “abuso” (n=128) - grande parte destas remetem para má educação por parte do secretariado (mais de 50% das ocorrências), de auxiliares, de seguranças, e de profissionais de saúde. Em menor número está a subcategoria relacionada com a “conduta” (n=31) dos membros do staff para com o paciente, fora do contexto de consultório e enfermaria - inclui situações como a negação do livro de reclamações; impedimento, por parte de um enfermeiro, de ver o médico; e recusa de cuidados ao domicílio por parte da equipa de enfermagem, durante o estado de pandemia.

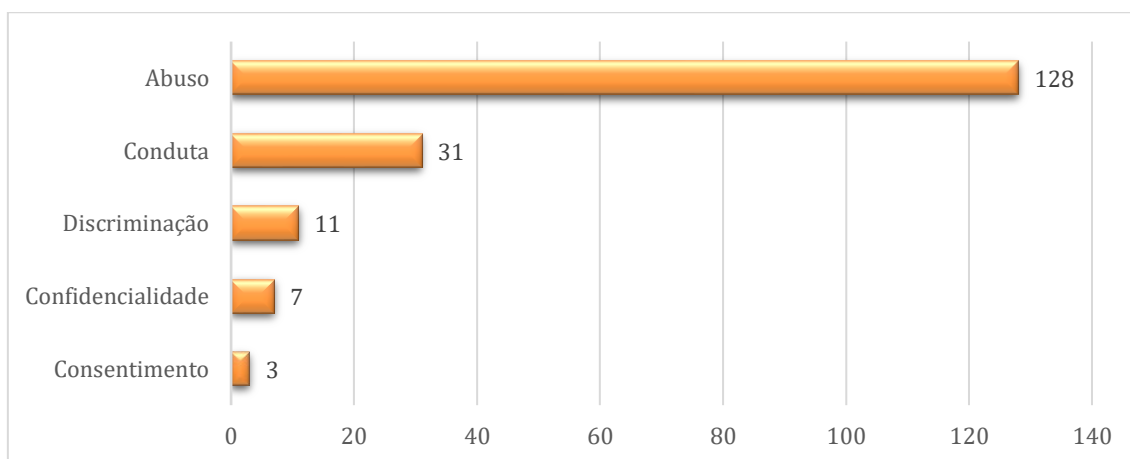


Gráfico 23: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "respeito e direitos"

As reclamações inseridas na subcategoria “discriminação” (n=11) descrevem situações de xenofobia e racismo, maioritariamente experienciadas por cidadãos brasileiros e angolanos. António Guterres, secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), corroborou estas declarações quando, no final de 2020, afirmou que nesse mesmo ano as crises de direitos humanos e de segurança aumentaram e que “o medo da Covid-19 exacerbou níveis já altos

de xenofobia, racismo e discriminação” (Agência Lusa, 2020, parag.4). A subcategoria alusiva a eventos de violação de “confidencialidade” (n=7), tal como o nome indica, abrange todos os eventos nos quais o utente considera que há uma violação do seu direito de confidencialidade. Exemplos deste tipo de situações são: a realização de teleconsultas em locais desadequados [numa das reclamações, um paciente refere ter sido obrigado a realizar a sua consulta via *internet* (teleconsulta) enquanto aguardava na fila do centro de saúde]; e a realização de uma espécie de triagem por parte do secretariado e segurança (durante a pandemia, de forma a evitar ajuntamentos no interior dos centros de saúde, membros do secretariado e segurança indagavam o motivo da consulta para o comunicarem ao médico, que avaliaria a pertinência da consulta e/ou priorização da mesma). Finalmente, a subcategoria relacionada com a “falta de consentimento e coação” (n=3) foi a menos mencionada. Esta inclui situações de carência de permissão para realização de determinado tratamento; alteração do centro de saúde atribuído ao utente sem autorização; e falta de consentimento parental.

1.10.6 Problemas relacionais – Comunicação

A categoria relativa a problemas de “comunicação” apenas registou 71 observações distribuídas por três subcategorias. Destas, a “informação incorreta” (n=37) teve a maior menção e engloba situações de comunicação de informação errada, inadequada ou contraditória - por exemplo, durante o período de pandemia verificaram-se diversas situações de informação contraditória entre o SNS24 e o centro de saúde, nomeadamente em situações de referenciação. A segunda subcategoria como mais observações é relativa a “falhas de comunicação” (n=29), na qual se incluem a comunicação tardia ou inexistente e a não partilha de resultados. Finalmente, na última subcategoria, relativa ao

“diálogo paciente-profissional” apenas são reportados 5 relatos, mencionando situações de desvalorização da conversa do paciente e falta de participação do mesmo na tomada de decisão.

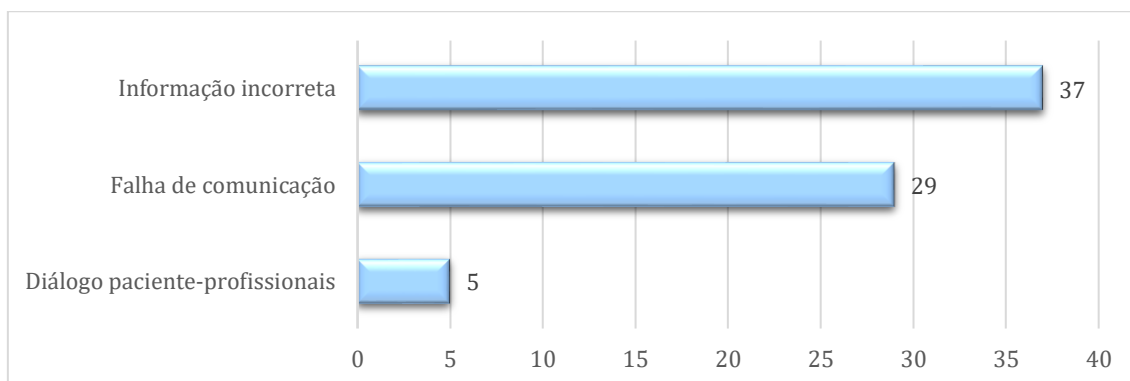


Gráfico 24: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "comunicação"

1.10.7 Problemas relacionais – Atenção

A penúltima categoria é relativa a questões de “atenção” (n=22). Nesta, incluem-se duas subcategorias que reúnem episódios nos quais o paciente se sente desvalorizado (“desvalorização de pedidos”) (n=13) – quando constata que as suas patologias e sintomas são menosprezados - e ignorado (“ignorar paciente”) (n=9) – quando este se apercebe da indiferença relativamente aos seus pedidos, perguntas, reclamações de dor, entre outras situações.

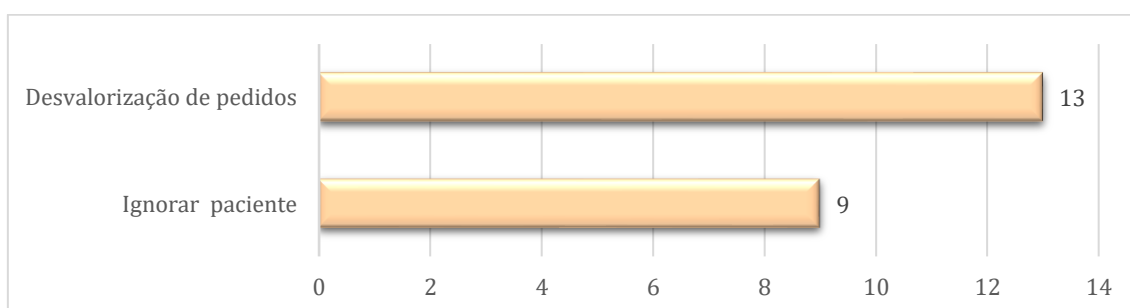


Gráfico 25: Número de reclamações por subcategoria, na categoria "atenção"

2. Associação de variáveis

Para estudar a associação entre algumas das variáveis em análise – e sendo todas elas categóricas – foram realizados testes qui-quadrado de Pearson e elaborados gráficos de mosaico de duas e três dimensões. “O teste qui-quadrado de Pearson é idealmente aplicável a dados qualitativos com um número finito (...) de categorias naturais” (Hermer & Brody, 2010, p.10). Permite estudar a independência entre duas variáveis categóricas, ou seja, se a distribuição de probabilidade de uma variável não é afetada pela presença de outra. O gráfico de mosaico corresponde a uma representação gráfica de uma tabela de contingência (Hofmann, 2007). Cada bloco/retângulo representa uma célula dessa mesma tabela e a sua dimensão é proporcional ao número de casos que se enquadram na combinação das variáveis em questão (Hofmann, 2007). As células coloridas são as mais significativas. A azul estão as combinações com mais observações do que seria esperado no modelo nulo (independência) e, a vermelho, as com menos observações.

Primeiramente, estudou-se a associação das variáveis “dano” – representa toda a experiência do paciente na instituição tendo em conta todos os problemas mencionados - e “severidade” - nível de gravidade de cada problema. Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson, onde se obteve a estatística de teste calculada (*X-squared*), o número de graus de liberdade (*df- degrees of freedom*) e o *p*-valor do teste (*p-value*).

```
Pearson's Chi-squared test
data:  Severidade and Dano
X-squared = 453.31, df = 10, p-value < 2.2e-16
```

Figura 2: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, “severidade” e “dano”

Os resultados obtidos sugerem que as variáveis apresentam uma associação estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 2.2e-16$), o que nos permite rejeitar a hipótese nula (H_0) -independência das variáveis. Assim sendo, acreditamos que existe associação entre nível de dano e o nível de severidade.

O valor elevado do qui-quadrado ($\chi^2=453.31$) revela que existe uma grande probabilidade de que a diferença entre o número de observações esperado e o observado seja elevada. O gráfico de mosaico, apresentado no anexo 3 (gráfico 27), corresponde a uma representação gráfica da respetiva tabela de contingência. Como seria de esperar, o nível de dano “catastrófico” é mais frequente, em termos relativos, quanto mais “elevado” o nível de severidade. O mesmo acontece com os níveis “maior” e “moderado”. O nível “menor” apresenta a mesma tendência, porém tem maior representatividade no nível de severidade “médio”. Em contrapartida, os níveis “mínimo” e “nenhum” são menos frequentes quanto mais “elevada” a severidade. Estes resultados são realistas pois é expectável que a níveis de severidade superiores estejam associados níveis de dano elevados.

No que diz respeito à associação das variáveis “problema” e “severidade”, após realização do teste qui-quadrado de Pearson, obtiveram-se os seguintes resultados:

```
Pearson's Chi-squared test
data: Severidade and Problema
X-squared = 167.56, df = 12, p-value < 2.2e-16
```

Figura 3: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, "severidade" e "problema"

Os dados demonstram que as variáveis apresentam uma associação estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 2.2e-16$), ou seja, existe associação entre o nível de severidade e a categoria dos problemas.

Novamente, o valor elevado do qui-quadrado ($\chi^2=167.56$) revela a existência de uma grande disparidade entre o número de observações esperado e o observado. Analisando o gráfico 28 (anexo 4), verificamos que as categorias de problema “ambiente”, “qualidade” e “segurança”, em termos relativos, são menos frequentes quanto mais “baixa” a severidade. Contrariamente, as categorias relativas a “processos institucionais” e “direitos dos pacientes” são mais frequentes quanto mais “baixa” a severidade. Na amostra em estudo foram apresentadas mais reclamações de baixa severidade e menos de elevada – em ambos os níveis, a categoria “processos institucionais” foi a que registou maior número de observações.

Relativamente às variáveis “staff” e “severidade”, registaram-se os seguintes resultados:

```
Pearson's Chi-squared test
data: Staff and Severidade
X-squared = 170.19, df = 8, p-value < 2.2e-16
```

Figura 4: Resultados teste qui-quadrado de Pearson, "staff" e "severidade"

Tal como aconteceu nas associações anteriores, o valor reduzido do *p-value* ($p\text{-value} < 2.2e-16$) permite depreender que as variáveis não são independentes, ou seja, existe associação entre as variáveis “staff” e “severidade”. O valor do qui-quadrado é mais uma vez elevado ($\chi^2=170.19$). No gráfico 29 (anexo 5) verificamos que, em termos relativos, as reclamações dirigidas à “administração” e aos “médicos(as)” são mais frequentes quanto mais “elevado” o nível de severidade. As reclamações apresentadas ao secretariado são mais frequentes quanto mais “baixo” o nível de severidade.

Finalmente, recorrendo a um gráfico de três dimensões, analisamos a associação entre as variáveis “problema”, “staff” e “severidade”. Como é possível verificar no gráfico 31 (anexo 6), à “administração” estão associados problemas de “ambiente” (todos os níveis) e “processos institucionais” (médio e elevado); aos “médicos(as)” estão associados problemas de “qualidade” (todos os níveis) e “segurança” (médio e elevado nível de severidade); e ao “secretariado” “processos institucionais” e problemas de “direitos” (ambos de “baixo” nível de severidade). Uma vez que os problemas provocados pelo secretariado são, em termos absolutos e relativos, superiores e de menor gravidade, a sua resolução, além de possivelmente ser mais simples, reduziria consideravelmente o número de reclamações recebidas.

Em suma, os resultados obtidos permitiram concluir que existe associação entre as variáveis estudadas. A níveis de “dano” mais elevado estão associados maiores níveis de “severidade”. As categorias de problemas relativas a “problemas clínicos” (“qualidade” e “segurança”), uma vez que estão relacionados com os cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde e terem, conseqüentemente, um maior nível de responsabilidade, em termos relativos, são mais frequentes quanto maior a severidade. Contrariamente, a categoria relativa a “processos institucionais”, por englobar questões de menor gravidade, isto é, por incorporar situações não põem diretamente em causa a saúde do paciente e por serem mais frequentes, em termos relativos, são mais frequentes quanto mais baixo o nível de severidade. As reclamações dirigidas aos médicos são, em termos relativos, mais frequentes em problemas de “qualidade” e “segurança” (“problemas clínicos”) pois nestas categorias apenas se incluem situações de interação entre os profissionais de saúde e o paciente. Tal como seria expectável, o secretariado apresenta, em termos relativos, mais reclamações associadas a “processos institucionais” pois são estes os responsáveis pelos procedimentos administrativos.

Capítulo 4

Discussão, Limitações do Estudo e Sugestões de Investigação

1. Discussão dos resultados da amostra

A análise regular das reclamações apresentadas a instituições de saúde contribui para a recolha de informação relativa a erros nos serviços (Reader et al., 2014). O estudo empírico desenvolvido permitiu retirar diversas conclusões acerca dos perfis demográficos e geográficos, analisar a evolução das reclamações e das respetivas respostas e identificar quais as principais temáticas de reclamação e a quem se dirigem. Os resultados que irão ser apresentados seguidamente facilitam a reflexão acerca de eventuais alterações necessárias nos serviços de saúde de forma a melhorar a qualidade dos mesmos.

Do total das 988 reclamações, 60,8% foram apresentadas por pessoas do género feminino. Por um lado, isto poderá ser o reflexo de um maior acesso aos serviços de saúde, com conseqüente aumento do número de reclamações face ao género masculino. Por outro lado, poderá simbolizar uma tendência superior para a reclamação provocada por preconceito de género. Esta realidade é alvo de estudo na comunidade médica. Uma investigação desenvolvida pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) (2019) concluiu que “as mulheres são mais vezes subdiagnosticadas, têm um atraso do diagnóstico, e/ou recebem tratamento

subótimo” (Mehta et al., 2019, p.1) na doença coronária, que é a principal causa de morbidade e mortalidade mundial (WHO, 2020).

Tendo em conta o contexto epidemiológico em Portugal, durante o ano de 2020, e as conseqüentes medidas de mitigação de transmissão do vírus SARS-CoV-2 impostas pelas instituições de saúde, os familiares dos pacientes viram-se impedidos de os acompanhar aos serviços de saúde. Este facto poderá ser a justificação para que a grande maioria das reclamações (74,6%) seja apresentada pelos pacientes.

Relativamente à distribuição geográfica das reclamações, verificou-se uma maior incidência destas na região litoral, com destaque para os distritos de Lisboa e Porto - situação que pode ser explicada pela maior densidade populacional destas zonas (PORDATA, 2020a). A amostra engloba apenas reclamações apresentadas *online*. Uma vez que a população do interior de Portugal é mais envelhecida, o recurso a estes meios poderá ser mais reduzido, justificando o inexistente ou baixo número de reclamações nestas zonas.

No que concerne ao tipo de instituições às quais as reclamações se dirigem, retiraram-se duas conclusões. Uma vez que os centros de saúde integram os cuidados de saúde primários do SNS e, portanto, são o primeiro contacto que os cidadãos têm com o Serviço, o elevado número de reclamações (74%) pode ser assim justificado. As unidades de saúde pública apresentaram, também, um número significativo de reclamações que é coincidente com o período pandémico vivido durante 2020 - 54 das 56 observações são relativas a falhas na concessão de atestados de isolamento profilático.

A maioria das reclamações reporta problemas provocados pelo secretariado (41,8%). Normalmente, é este que realiza o primeiro e o último contacto na instituição. A multiplicidade de momentos de interação aumenta a probabilidade de reclamação. O secretariado, por assumir a função de mediador, deve ter competências de comunicação e ser igualmente capaz de gerir as emoções e as

expectativas dos utentes. Porém, os resultados obtidos revelam que existe uma falha nas aptidões destes recursos e que há necessidade de melhoria. Eles são responsáveis por 50% das reclamações relacionadas com o desrespeito e violação dos direitos dos utentes (“direitos”).

Das reclamações relativas a “dificuldades de acesso e contacto” - nas quais se incluem situações como o não atendimento telefónico e a dificuldade na obtenção de consultas e tratamentos - 69% (n=420) são dirigidas ao secretariado, devido ao fraco atendimento telefónico. De acordo com Diogo Urjais, a falta de recursos humanos, nomeadamente, telefonistas e secretários clínicos, é o principal motivo destes resultados (Casaca, 2020). Porém, os dados recolhidos apontam para a possibilidade de uma má gestão dos existentes. Nesse sentido, antes de se realizar a contratação de mais pessoas, com a intenção de reforçar a capacidade de resposta, deve fazer-se uma revisão das funções dos funcionários e reforçar o controlo do cumprimento do horário e respetivas responsabilidades.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, as “equipas médicas” (90,9%) são as que mais reclamações tiveram em contraste com as “equipas de enfermagem” (9,1%). Este achado pode dever-se ao facto das equipas de saúde terem como principal decisor o médico, bem como este ser o responsável pelo diagnóstico e tratamento das patologias pelas quais os utentes recorrem aos serviços de saúde. A responsabilidade acrescida das suas funções dá azo a reclamações, de maior nível de severidade, relativas às categorias da “qualidade” e “segurança”, diretamente dirigidos a estes profissionais de saúde.

Entidades como a DGS e a ARS, o Ministério da Saúde e os gestores de instituições de saúde foram também alvo de um elevado número de reclamações (26,3%). Tendo em conta que foram os responsáveis pela imposição, implementação e controlo das medidas de contingência e consequente adaptação do serviço e respetivas instalações, a maioria dos problemas, em termos absolutos, eram relativos a “processos institucionais” – como a paragem da

atividade programada nas instituições de saúde e problemas no agendamento na plataforma *online* - e questões de “ambiente” - nomeadamente falta de médicos nos centros de saúde, falta de equipamentos, falha na administração da vacina da gripe e falta de adaptação das instalações. Estes dados podem ser o resultado de falhas de planeamento devido à necessidade de ação rápida provocada por uma realidade atípica, a pandemia Covid-19.

Do total das reclamações, 33,2% relatavam problemas diretamente provocados pela situação de pandemia, nomeadamente irregularidades no envio de declarações de isolamento profilático, cancelamento de consultas por períodos indefinidos e falta de adaptação das instituições. Apesar de não ser possível comprovar que as adversidades das restantes reclamações não foram indiretamente provocadas pela Covid-19, os dados revelam que a maioria dos problemas são sistémicos, ou seja, mesmo num contexto fora de pandemia, os problemas identificados continuariam a acontecer. Esta situação revela que existe, de facto, a necessidade de fazer alteração no sentido de melhorar os serviços prestados.

Nas 661 reclamações “não Covid-19” foram identificados 871 problemas dos quais 493 (56,6%) foram de baixa severidade. Destes, 319 (64,7%) correspondem a “processos institucionais” e 86 (17,4%) a questões de desrespeito dos pacientes (“direitos”), como abusos verbais. Estas observações comprovam, novamente, a necessidade reorganização e melhoria da gestão das instituições (“problemas de gestão”) e a imprescindibilidade de formação dos trabalhadores a nível de comunicação e gestão de pessoas.

2. Dados do Portal da Queixa vs dados SGREC

As temáticas das reclamações da amostra de utilizadores do Portal da Queixa e da ERS não são diretamente comparáveis dado não ter sido utilizada a mesma taxonomia. Algumas das designações utilizadas pela ERS são vagas e, por isso, dificultam a categorização objetiva das reclamações. Veja-se o exemplo da categoria “focalização no utente”, cujo nome, sem a leitura da definição (“situações nas quais não foi possível comunicar e interagir com os utentes num ambiente humanizado, de forma a minimizar o desconforto associado à situação que os leva a recorrer aos serviços de saúde”), é incapaz de transmitir um significado claro. Esta falta de clareza torna-se especialmente grave quando, no ato da reclamação, se exige que o utente classifique a sua reclamação de acordo com a referida taxonomia, como acontece no espaço para reclamações do Portal da ERS. Como não existe nenhum tipo de explicação para cada uma das categorias, o processo é pouco intuitivo e exige, uma duplicação de esforços visto que alguém terá, posteriormente, que verificar se a categorização foi adequada. A taxonomia HCAT, por incluir uma categorização mais detalhada e estruturada dos assuntos das reclamações, mas também implicar a definição do nível de dano, do grau de severidade, do staff alvo da reclamação e do estágio de acontecimento, oferece um retrato mais completo de uma amostra de reclamações.

Apesar das evidentes diferenças entre as duas taxonomias, procurou-se estabelecer um paralelo entre ambas (tabela 2) e comparar a frequência de menções a cada uma das categorias aproximadas. Comparando os resultados obtidos a partir da amostra de utilizadores do Portal da Queixa que apresentaram reclamações sobre os serviços prestados por entidades pertencentes ao SNS, em 2020, com os que já foram disponibilizados pela ERS, referentes ao primeiro

semestre do mesmo ano, podemos concluir que os principais domínios de reclamação não variam muito de acordo com o tipo de instituição à qual se dirigem.

Taxonomia HCAT aplicada ao Portal da Queixa		% menções* jan-dec 2020 (n=1 397)	Taxonomia SGREC	% menções** jan-jun 2020 (n=48 717)
Problemas Clínicos	Qualidade	13,7%	Cuidados de Saúde e segurança do doente	14,4%
	Segurança	1,5%		
Problemas de Gestão	Ambiente	8,1%	Instalações e serviços complementares	3,7%
	Processos Institucionais	57,2%	Procedimentos administrativos	16,3%
			Questões financeiras	16,0%
			Acesso à saúde	14,4%
		Tempos de acesso	12,2%	
Problemas Relacionais	Comunicação	5,1%	Focalização no utente	19,8%
	Atenção	1,6%		
	Direitos	12,9%		

*referentes apenas ao SNS; **referentes a todas as entidades prestadoras de serviços de saúde

Tabela 2: Comparação das temáticas dos dados do Portal da Queixa e do SGREC

As proporções dos três domínios de problemas são semelhantes entre amostras da ERS e a do Portal da Queixa. Para os problemas clínicos, de gestão e relacionais a ERS registou um peso de 14,4%, 62,6% e 19,8%, respetivamente. Já a amostra do Portal da Queixa registou 15,2%, 65,3% e 19,6%. Estes dados revelam que os “problemas de gestão” são a principal fonte de descontentamento dos pacientes e, portanto, o combate às falhas identificadas neste domínio deve ser uma prioridade das instituições.

Apesar da similaridade constatada no parágrafo anterior, as subcategorias, ou seja, os assuntos principais, variam de acordo com a instituição. No anexo 1 (gráfico 26) verificamos que assuntos relativos à faturação indevida de EPIs e higienização dos espaços e desrespeito dos direitos das grávidas/puérperas têm um peso muito significativo. Ambas as subcategorias têm muito baixa representatividade na amostra estudada. Na amostra do Portal da Queixa,

nenhuma reclamação relativa à cobrança de EPIs é identificada. Esta situação pode ser explicada pela diferença na composição das amostras, pois a ERS recebe reclamações do setor privado, que não são incluídas na amostra em estudo, e tendo em conta que no serviço nacional de saúde estes recursos não são cobrados estas reclamações não são reportadas. As reclamações apresentadas por grávidas também são pouco significativas (n=16) na amostra estudada. Adicionalmente, contrariamente à amostra do Portal da Queixa, falhas no atendimento administrativo e problemas nas relações humanas são temáticas pouco significativas para a ERS.

Estes exemplos sugerem que os problemas reportados no Portal da Queixa, comparativamente com os da ERS, têm um menor impacto, o que leva a crer que os cidadãos, em situações de maior gravidade, dirigir-se-ão às instituições oficiais (frequentemente em conjunto com as não oficiais) por, provavelmente, considerarem que estas terão mais probabilidade de ser resolvidas e com maior brevidade. No caso situações de menor gravidade, reclamarão mais facilmente através de canais não oficiais como o Portal da Queixa ou outros. Este facto torna fundamental a análise das reclamações apresentadas através de fontes não oficiais, pois estas presenteiam-nos com outros tipos de problemas que reduzem a qualidade percebida do SNS, mas não chegam às entidades responsáveis pela monitorização e análise destas.

Analisando a evolução mensal do número de reclamações, entre março e outubro de 2020, verificamos que existem algumas semelhanças entre os resultados obtidos pela ERS e pela amostra estudada (gráfico 26). Em ambos, de março para abril assistiu-se a uma queda significativa do número de reclamações apresentadas – nos dados da ERS, o número de reclamações caiu 31,05% relativamente ao mês anterior e nos dados da amostra o decréscimo foi de 45%. Tal como foi previamente explicado, o declínio tão acentuado do número de reclamações pode ser justificado pela entrada em vigor do primeiro estado de

emergência, a 18 de março de 2020, e consequente suspensão da atividade programada. O Ministério da Saúde admitiu que só no mês de março de 2020 houve uma redução de 5,7% nas consultas hospitalares (cerca de menos 180 000 consultas). Relativamente às consultas em centros de saúde, observou-se uma redução de 3,9% (300 000 consultas a menos) e a nível de cirurgias uma redução de 5,3% (menos 9 000 cirurgias) (Expresso, 2020).

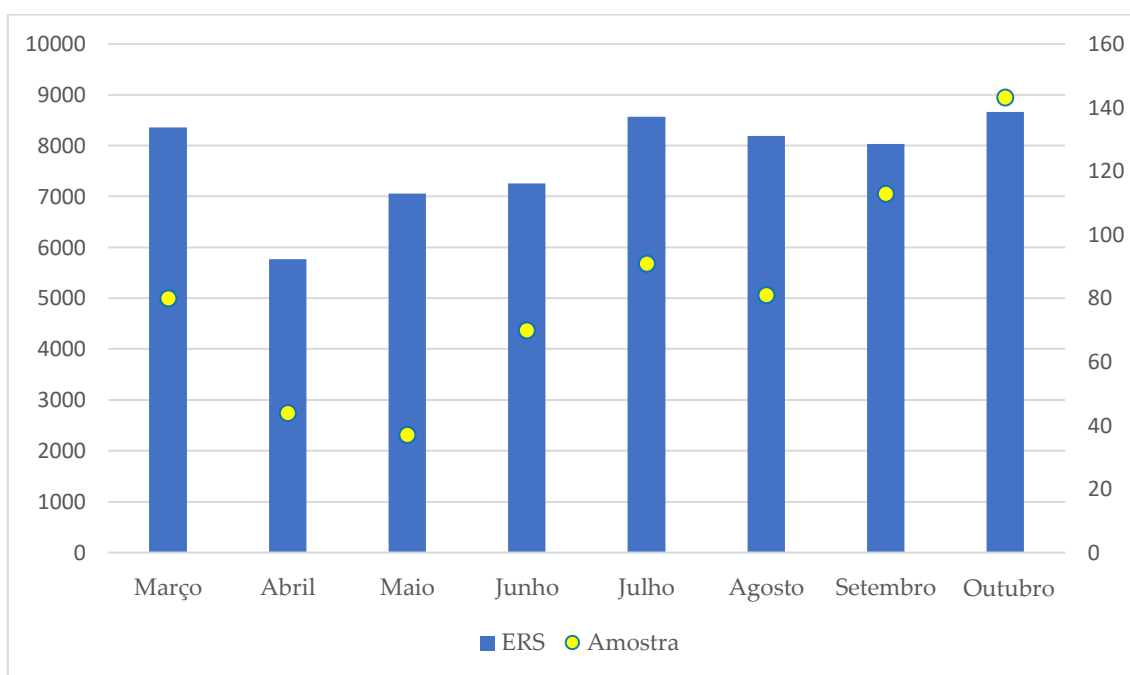


Gráfico 26: Evolução mensal do número de reclamações- comparação ERS e amostra Portal da Queixa

A partir do mês de maio, o número de reclamações recebido pela ERS assume uma tendência de crescimento – aumenta 22,4% em maio, em junho apenas 2,9% e em agosto 18%. A mesma lógica de pensamento aplicada para justificar o decréscimo no mês de abril, pode ser usada nesta situação. A 2 de maio de 2020, o Ministério da Saúde apresentou um despacho (5314/2020) publicado em Diário da República (Diário da República n.º 89/2020, Série II de 2020-05-07), que previa a retoma da atividade programada a partir de 3 de maio – numa fase inicial através de mecanismos de telessaúde (teleconsulta, telemonitorização,

telerrastreio e teleconsultadoria). Em contrapartida, nos dados da amostra, somente a partir de maio é que a tendência se torna positiva – de maio para junho há um aumento de 89% das reclamações e em julho de 30%; esta variação positiva é significativamente mais acentuada do que a registada nos dados da ERS. Em ambas as séries, do mês de julho para agosto verifica-se um ligeiro decréscimo – ERS apresenta uma queda de 4,5%; amostra demonstra uma redução de 11%. Adicionalmente, também se verifica que, em ambas, o mês com maior número de reclamações apresentadas é outubro.

Em suma, as reclamações apresentadas nas diferentes plataformas (oficiais e não oficiais), apesar da semelhança entre as categorias de reclamação, permitem a identificação de problemas distintos pois, de forma geral, as pessoas reportam situações de maior gravidade diretamente às instituições (analisadas pela ERS). Assim, podemos considerar que é importante analisar as reclamações de fontes não oficiais no sentido de identificar *blind spots* (Gillespie, Alex; Reader, 2018). Sendo o grande objetivo das instituições de saúde proporcionar um serviço de excelência que exceda a expectativas do paciente (Øvretveit, 1992, cit. em Mosadeghrad, 2013), um bom ponto de partida passa pela análise da sua perspetiva sobre o serviço, expressa nas reclamações.

3. Limitações do estudo e sugestões de investigação

O estudo desenvolvido apresenta algumas limitações. Uma vez que apenas foram utilizadas reclamações publicadas *online*, de apenas uma plataforma e estritamente dirigidas ao SNS (não tendo em conta instituições específicas), pode haver um viés de seleção, ou seja, a amostra pode não representar a população de utilizadores do SNS, em Portugal. O facto de as reclamações serem apresentadas *online* implica que os cidadãos tenham acesso à *internet* e

conhecimento da existência das plataformas para esse fim. Em 2020, mais de 20% dos Portugueses não utilizavam a *internet*. Esses não utilizadores de *internet* estão mais concentrados nas faixas etárias que mais dependem dos serviços de saúde. Na faixa dos 55-64 anos, só 65,3% são utilizadores da *internet* e na faixa dos 65-74 anos, esse valor desce para 39,0% (PORDATA, 2021b). Assim, o retrato apresentado no presente estudo deixa, inevitavelmente, de parte a perspectiva de uma parte significativa da população utente do SNS. Esta limitação, é aliás, extensível, a qualquer análise de reclamações escritas, mesmo que submetidas através de meios físicos. A ausência - 5,4% da população portuguesa com mais de 15 anos é analfabeta - ou a muito baixa escolaridade - 19,9% completou apenas quatro anos de escolaridade - são obstáculos ao exercício de reclamar por escrito, não dando voz a uma parte da população que é também a mais vulnerável (PORDATA, 2021d).

Como a classificação das reclamações foi realizada apenas por uma investigadora, e tendo em conta a subjetividade associada a algumas variáveis, nomeadamente, a atribuição de um nível de dano, os resultados podem ter sido ligeiramente influenciados pela perspectiva da própria.

Finalmente, existe ainda espaço para a melhoria da taxonomia (2014) utilizada no que concerne à variável “estágio de acontecimento”. Atualmente, esta apenas permite classificar eventos ocorridos dentro do espaço físico das instituições de saúde. Como se pôde verificar 68 % das reclamações foram classificadas como “outro”, o que significa que a atual limitação da jornada do paciente a situações experienciadas dentro das unidades não é realista, uma vez que existem outros pontos de contacto com as entidades de saúde, através de meios tecnológicos – o telefone e a *internet*.

Relativamente a sugestões de investigação futura, tendo em conta a proporção de reclamações dirigidas aos centros de saúde, seria pertinente o desenvolvimento de um estudo para apurar de modo mais aprofundado quais

os principais motivos da ocorrência deste fenómeno, podendo conduzir a alterações que melhorem a qualidade dos serviços prestados. Seria também interessante verificar se as temáticas das reclamações apresentadas aos serviços de saúde privados, com e sem convenções com o SNS, diferem das do setor público.

Conclusão

As reclamações dos pacientes são uma das mais importantes fontes de informação, para as instituições de saúde. Estas fornecem a perspetiva única do paciente, relativamente ao serviço, permitindo identificar falhas e agir no sentido da sua correção. Apesar do seu valor, continuam a ser uma fonte de informação subutilizada.

O aparecimento da *internet* veio facilitar o ato de reclamação. Nos dias de hoje, a qualquer momento podemos apresentar uma reclamação *online*, de forma simples e rápida, e o impacto da mesma será muito mais forte para a organização. Assim sendo, é do interesse das instituições analisar os problemas relatados nas reclamações, apresentar soluções ao paciente e implementar medidas de correção no sentido de prevenir novas ocorrências e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

O contexto de pandemia vivido em 2020 provocou alterações muito significativas à prestação de serviços de saúde, uma vez que houve a necessidade de mobilizar uma grande parte dos recursos para o combate e controlo do vírus. Este enquadramento atípico evidenciou o interesse e a importância do estudo da qualidade dos serviços de saúde na perspetiva do utente. Foi nesse sentido que esta dissertação foi realizada e proposta a seguinte questão de investigação: “Quais os principais motivos de reclamação no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, durante a pandemia Covid-19?”.

Foi desenvolvido um estudo empírico no qual se procedeu à análise de 1012 reclamações apresentadas no Portal da Queixa. A classificação das reclamações foi realizada com base na taxonomia desenvolvida por Reader e (2014). Os resultados da investigação permitiram retirar conclusões acerca dos perfis demográficos e geográficos dos reclamantes e identificar quais as principais temáticas de reclamação, no SNS, respondendo à questão de investigação.

Os resultados demonstram que a maioria das reclamações são realizadas pelo próprio paciente, com maior probabilidade de ser do género feminino. Tendo em conta a situação de pandemia e as respetivas restrições de acesso às instituições de saúde, nomeadamente a limitação no acompanhamento, este resultado pode ter sido enviesado. No litoral continental registaram-se mais observações, com especial destaque para os distritos de Lisboa e do Porto, provavelmente por terem maior densidade populacional. Os centros de saúde foram as instituições com maior destaque no estudo. Diversos “problemas de gestão” e fracas competências do secretariado justificam o elevado número de reclamações. Assim é imprescindível a reorganização dos serviços e a formação dos trabalhadores a nível de comunicação e gestão de pessoas. Apesar do contexto de pandemia, a maioria dos problemas são sistémicos pelo que ocorreriam independentemente do enquadramento epidemiológico.

Finalmente, verificou-se, através da comparação da amostra do Portal da Queixa com os dados apresentados pela ERS, que o tipo de reclamações difere tendo em conta a instituição à qual se dirige.

Com base no mencionado, consideramos que a monitorização e análise de diferentes fontes de reclamação, nomeadamente redes sociais e outras plataformas digitais, permitem a identificação de diferentes tipos de problemas. Tendo em conta o potencial de melhoria resultante da obtenção de mais informação é do interesse das instituições de saúde proceder ao levantamento e análise de reclamações.

Bibliografia

- Agência Lusa (2020, 2 de dezembro). Pandemia causou crises de direitos humanos e ataques a migrantes e refugiados. *Observador*. <https://observador.pt/2020/12/02/pandemia-causou-crisis-de-direitos-humanos-e-ataques-a-migrantes-e-refugiados/>
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de Saúde em Portugal e desigualdades*. 506, 7070.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
- Cambridge University Press. (2020). *taxonomy*. Cambridge University Press 2020. <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/taxonomy>
- Campos, A. (2021, 11 de janeiro). Sob forte pressão, linha SNS24 está a atender 27 mil chamadas por dia. *Jornal Público*. <https://www.publico.pt/2021/01/11/sociedade/noticia/forte-pressao-linha-sns24-atender-27-mil-chamadas-dia-1945743>
- Campos, A. (2020, 4 de novembro). Sob forte pressão, linha SNS24 está a atender 27 mil chamadas por dia. *Jornal Público*. <https://www.publico.pt/2021/01/11/sociedade/noticia/forte-pressao-linha-sns24-atender-27-mil-chamadas-dia-1945743>
- Casaca, M. Augusta (2020, 8 de julho). Chamadas não atendidas e horas de espera. A saga dos utentes para marcar consulta no centro de saúde. TSF – Rádio Notícias. <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/as-atribulacoes-de-um-doente-para-marcas-consulta-no-centro-de-saude-12401317.html>
- De Vos, M. S., Hamming, J. F., & Marang-Van De Mheen, P. J. (2018). The problem with using patient complaints for improvement. *BMJ Quality and Safety*, 27(9), 758–762. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007463>

- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- Entidade Reguladora da Saúde (2020b). *SISTEMA DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES*.
- Entidade Reguladora da Saúde (2020a). *Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. 1–46.
- período de março a junho de 2020 European Commission. (2019). *State of Health in the EU Portugal - Country Health Profile 2019*.
- Faria, N., Maia, A. (2020, 17 de novembro). Hospitais deverão suspender cirurgias não prioritárias para garantir resposta à covid-19. *Jornal Público*. <https://www.publico.pt/2020/11/17/sociedade/noticia/hospitais-deverao-suspender-cirurgias-nao-prioritarias-garantir-resposta-covid19-1939471>
- Ferreira, M. Leite (2020, 31 de julho). Centros de saúde não atendem o telefone. Ordem fala de menos 3 milhões de consultas, ministério conta apenas menos 1 milhão. *Observador*. <https://observador.pt/2020/07/31/centros-de-saude-nao-atendem-o-telefone-ordem-fala-de-menos-3-milhoes-de-consultas-ministerio-counta- apenas-menos-1-milhao/>
- Fornell, C. (2016). Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6–21. <http://www.jstor.org/stable/1252129>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021a). Densidade populacional. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021b). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021c). Indivíduos com 16 e mais anos que utilizam computador e *Internet* em % do total de indivíduos: por grupo

etário.

PORDATA.

<https://www.pordata.pt/Portugal/Indiv%C3%ADduos+com+16+e+mais+anos+que+utilizam+computador+e+Internet+em+percentagem+do+total+de+indiv%C3%ADduos+por+grupo+et%C3%A1rio-1139>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021d). População residente com 15 e mais anos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado. PORDATA.

<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-2101>

Gallagher, T. H., & Mazor, K. M. (2015). Taking complaints seriously: Using the patient safety lens. *BMJ Quality and Safety*, 24(6), 352–355. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004337>

Gillespie, Alex; Reader, T. W. (London S. of E. (2018). Policy Points : Health Care Complaints: A Resource. *The Millbank Quarterly*, 96(3), 530–567. <https://healthpolicyblog.ca/2018/11/01/how-patient-complaints-can-help-improve-our-health-care-system/#more-11>

Gillespie, A., & Reader, T. W. (2016). The Healthcare Complaints Analysis Tool: Development and reliability testing of a method for service monitoring and organisational learning. *BMJ Quality and Safety*, 25(12), 937–946. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004596>

Governo da República Portuguesa - Ministério das Finanças (2021). Orçamento de Estado 2021 – Proposta de lei e relatório. República Portuguesa. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7657456c574c33526c6548527663793977634777324d533159535659744d5455756347526d&fich=ppl61-XIV-15.pdf&Inline=true>

Governo da República Portuguesa- Ministério da Saúde.(2021a). Registo de

- Saúde Eletrónico. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/registo-de-saude-eletronico/>
- Governo da República Portuguesa- Ministério da Saúde.(2021b). Entidade Reguladora da Saúde (ERS). <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/entidade-reguladora-da-saude/>
- Governo da República Portuguesa- Ministério da Saúde.(2021c). História do SNS. Serviço Nacional de Saúde. [sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude](https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude)
- Governo da República Portuguesa- Ministério da Saúde.(2021d). Isolamento. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/isolamento/#sec-2>
- Grossman, M. (1972). 1. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Determinants of Health*, 6–41. <https://doi.org/10.7312/gros17812-004>
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., & Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: Applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 240–245. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw003>
- Health Consumer Powerhouse (2019, fevereiro). Euro Health Consumer Index 2018. <https://healthpowerhouse.com/publications/#200118>
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470–473. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1259-3>
- Hu, H., Cheng, C., Chiu, S., & Hong, F. (2011). A study of customer satisfaction, customer loyalty and quality attributes in Taiwans medical service industry. *African Journal of Business Management*, 5(1), 187–195. <https://doi.org/10.5897/AJBM10.951>
- Jornal Económico com Lusa (2021, 28 de fevereiro). Covid-19. Pandemia põe médicos de família a fazer medicina de prioridades. O Jornal Económico. <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/covid-19-pandemia-poe-medicos-de->

familia-a-fazer-medicina-de-prioridades-706872

- Mehta, P. K., Bess, C., Elias-Smale, S., Vaccarino, V., Quyyumi, A., Pepine, C. J., & Noel Bairey Merz, C. (2019). Gender in cardiovascular medicine: Chest pain and coronary artery disease. *European Heart Journal*, *40*(47), 3819–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz784>
- Mirzoev, T., & Kane, S. (2018). Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities—what can we learn from the existing literature? *Global Health Action*, *11*(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1458938>
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *26*(3), 203–219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- NHS Data Model and Dictionary (2021). NHS Digital. Consultado em 20 de dezembro, 2020, https://datadictionary.nhs.uk/classes/patient_pathway.html
- Pedro Lourenço (2017). Porque criei uma rede social de consumidores [LinkedIn page]. Consultada em 10 de Fevereiro, 2021 em] https://www.linkedin.com/pulse/porque-criei-uma-rede-social-de-consumidores-pedro-louren%C3%A7o?trk=public_profile_article_view
- Pratibha A. Dabholkar. (1985). *HOW TO IMPROVE PERCEIVED SERVICE QUALITY BY INCREASING CUSTOMER PARTICIPATION* Pratibha A. Dabholkar, Georgia State University. 483–484.
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, *23*(8), 678–689. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002437>
- Schneider-Kamp, A. (2020). Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory & Health*, *0123456789*. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x>

- Schneider, B., & White, S. S. (2004). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* Roland T Rust.
- Silva, R. (2020, 29 de julho). Atrasos nas juntas médicas preocupam Liga Portuguesa contra o Cancro. TSF – Rádio Notícias .
<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/atrasos-nas-juntas-medicas-preocupam-a-liga-portuguesa-contr-o-cancro-12476277.html>
- Siyambalapitiya, S., Caunt, J., Harrison, N., White, L., Weremczuk, D., & Fernando, D. J. S. (2007). A 22 month study of patient complaints at a national health service hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), 107–110. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2007.00613.x>
- Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsolova, S., & Mortensen, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. In *Public Health* (Vol. 120, Issue 11). <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.08.011>
- Tvi24 (2019, 28 de janeiro). Há utentes da linha "sns 24" a pagar taxas moderadoras indevidamente. Tvi24. <https://tvi24.iol.pt/sociedade/saude/ha-utentes-da-linha-sns-24-a-pagar-taxas-moderadoras-indevidamente>
- Webscraper (2021) Webscraper. [Computer software]. <https://webscraper.io/>
- Wessel, M., Lynøe, N., Juth, N., & Helgesson, G. (2012). The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000489>
- World Health Organization [WHO]. (2020, dezembro). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Anexo 1

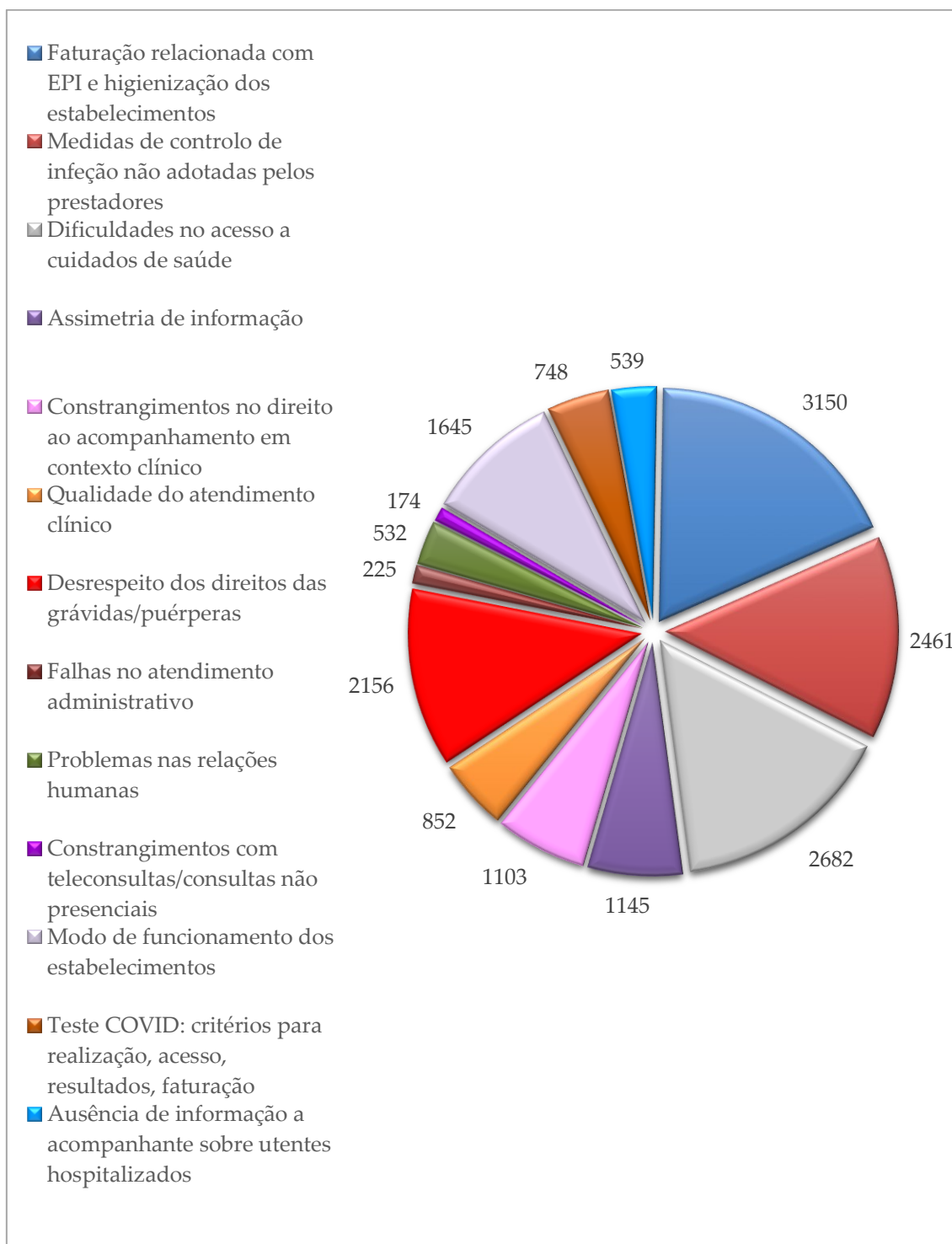


Gráfico 27: Processos de reclamação relacionados com Covid-19 - Categorias mais frequentes entre março e outubro

Fonte: Boletins INFO ERS (Covid-19) N° 1-8

Anexo 2

Domínios	Categorias	Subcategorias	
Problemas Clínicos	Qualidade	Examinação: Jornada do Paciente: Qualidade dos cuidados de saúde: Tratamento:	Examinação inadequada do paciente por parte dos profissionais de saúde Problemas na coordenação do tratamento em diferentes serviços pelos profissionais de saúde Cuidados médicos e de enfermagem abaixo do padrão Tratamento clínico fraco ou malsucedido
	Segurança	Erros de diagnóstico: Erros de medicação: Incidentes de segurança: Competências e conduta:	Diagnóstico clínico erróneo, tardio ou não realizado Erros na prescrição ou administração de medicamento Eventos ou complicações que ameaçam a segurança do paciente Deficiência nas competências técnicas e não técnicas dos profissionais, que comprometem a segurança
Problemas de Gestão	Problemas institucionais	Burocracia: Ambiente: Finanças e faturação: Problemas de serviço: Pessoal e recursos:	Problemas com políticas e procedimentos administrativos Fracas instalações e comida e falta de higiene Problemas relacionados com custos e faturação Falta de apoio ao paciente por parte dos serviços hospitalares Níveis de pessoal e recursos desadequados
	Tempo e acesso	Acesso e admissão: Atrasos: Altas: Referências/Transferências:	Difícil acesso ao serviço ou a profissionais Atrasos na admissão ou acesso ao tratamento Prescrição de altas hospitalares demasiado cedo, tardias ou não planeadas Problemas no encaminhamento para um serviço hospitalar
Problemas Relacionais	Comunicação	Falha de comunicação: Informação incorreta: Diálogo paciente-profissionais:	Comunicação desadequada, tardia ou inexistente com o paciente Comunicação de informação errada, inadequada ou contraditória ao paciente Não ouvir os pacientes, falta de participação do utente na tomada de decisão e conflitos
	Humanismo	Respeito, dignidade e cuidado: Atitudes dos profissionais:	Comportamentos rudes, desrespeitosos e insensíveis com os pacientes Más atitudes para com os pacientes e os seus familiares
	Direitos dos pacientes	Abuso: Confidencialidade: Consentimento: Discriminação:	Abusos físicos, sexuais ou emocionais do paciente Violação da confidencialidade do paciente Coação ou falta de consentimento do paciente Discriminação contra os pacientes

Tabela 3: Taxonomia desenvolvida por Gillespie & Reader (domínios, categorias e subcategorias)
Fonte: *Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy*, 2014, p.685

Anexo 3

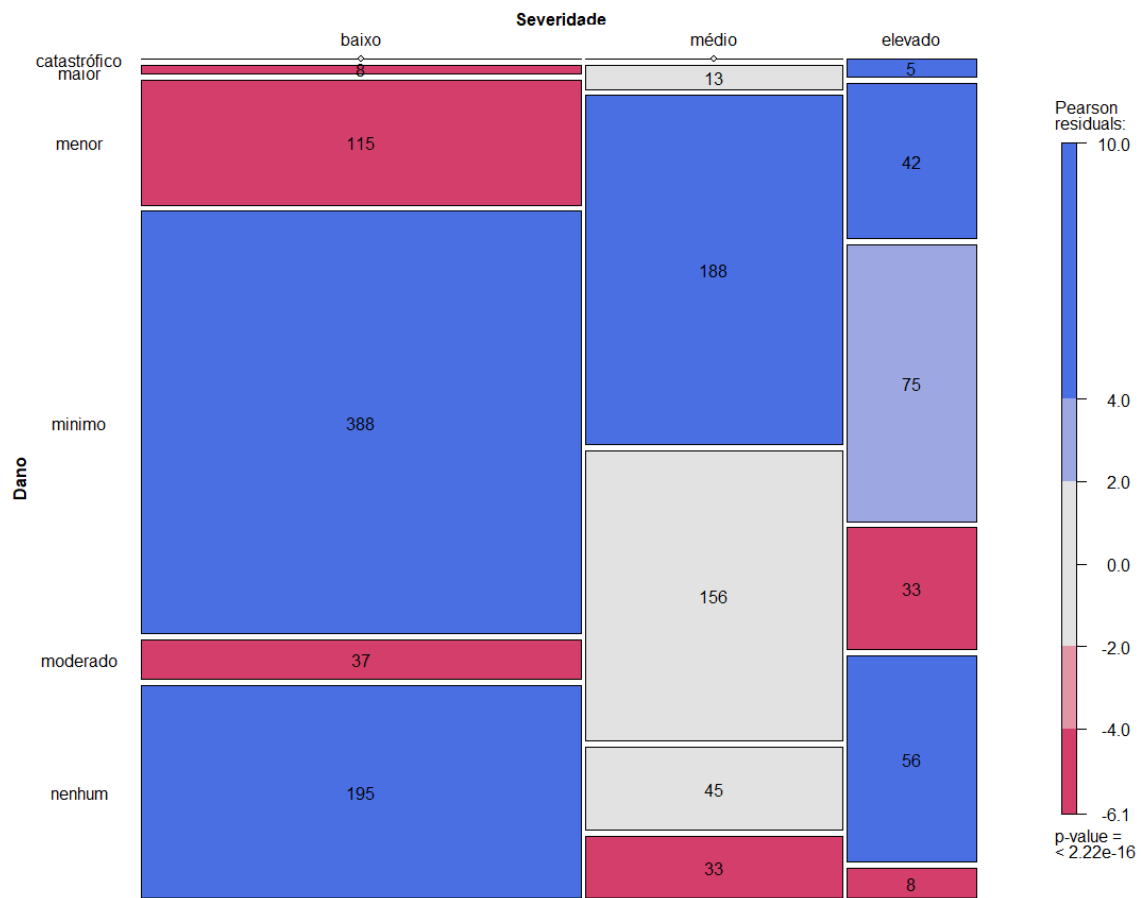


Gráfico 28: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "dano"

Anexo 4

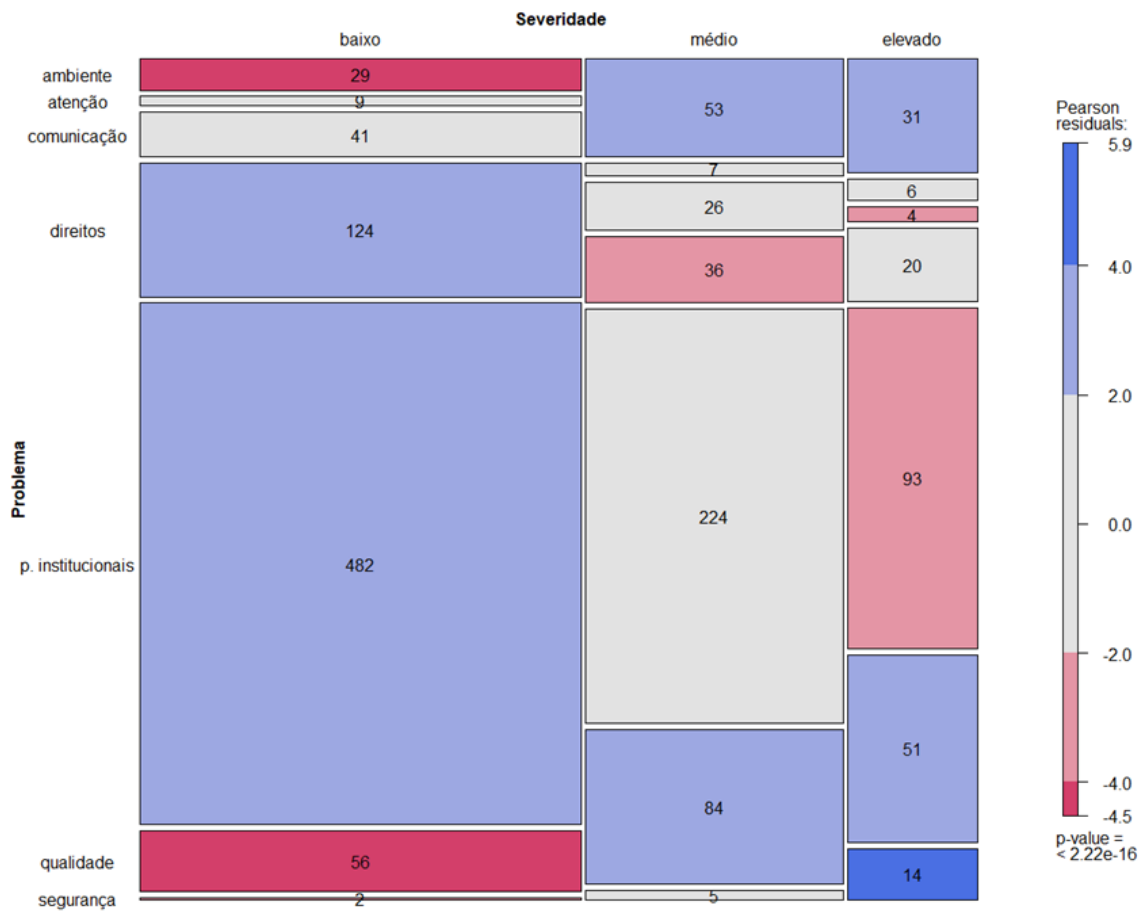


Gráfico 29: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "problema"

Anexo 5

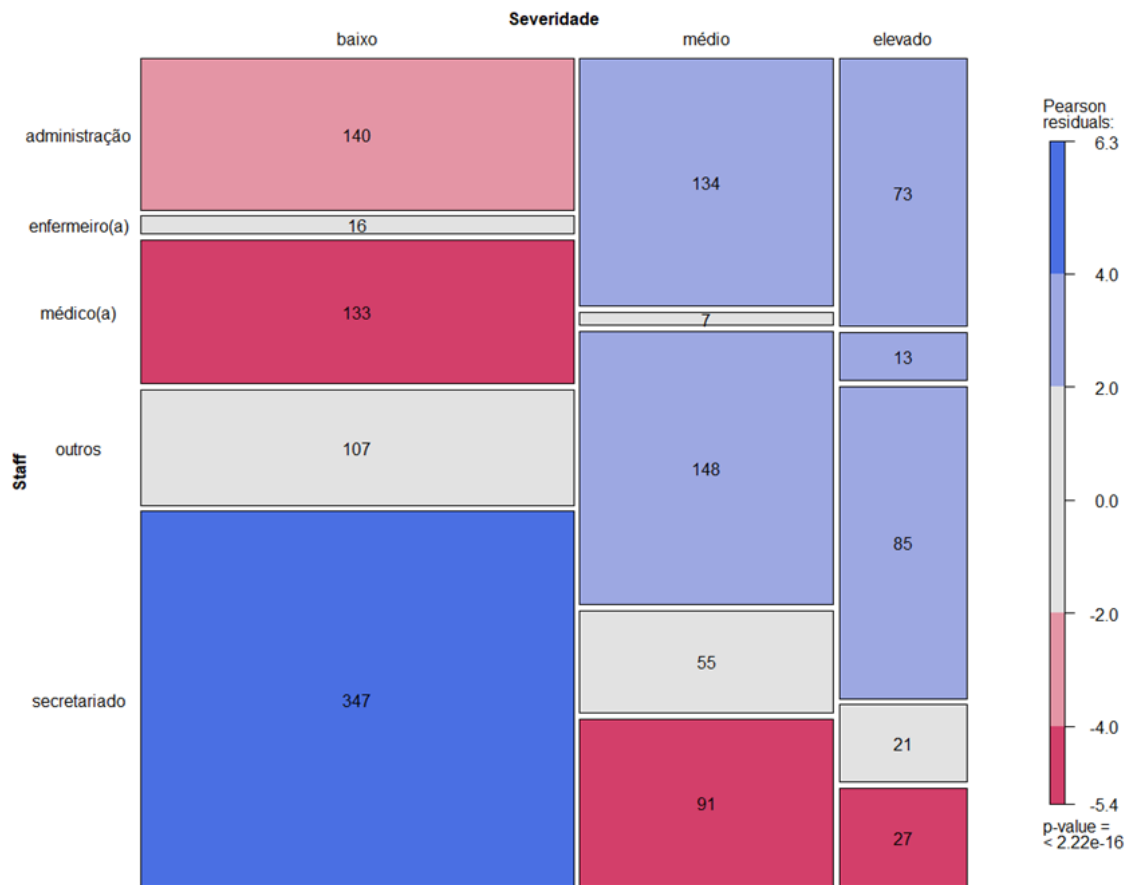


Gráfico 30: Gráfico mosaico das variáveis "severidade" e "staff"

Anexo 6

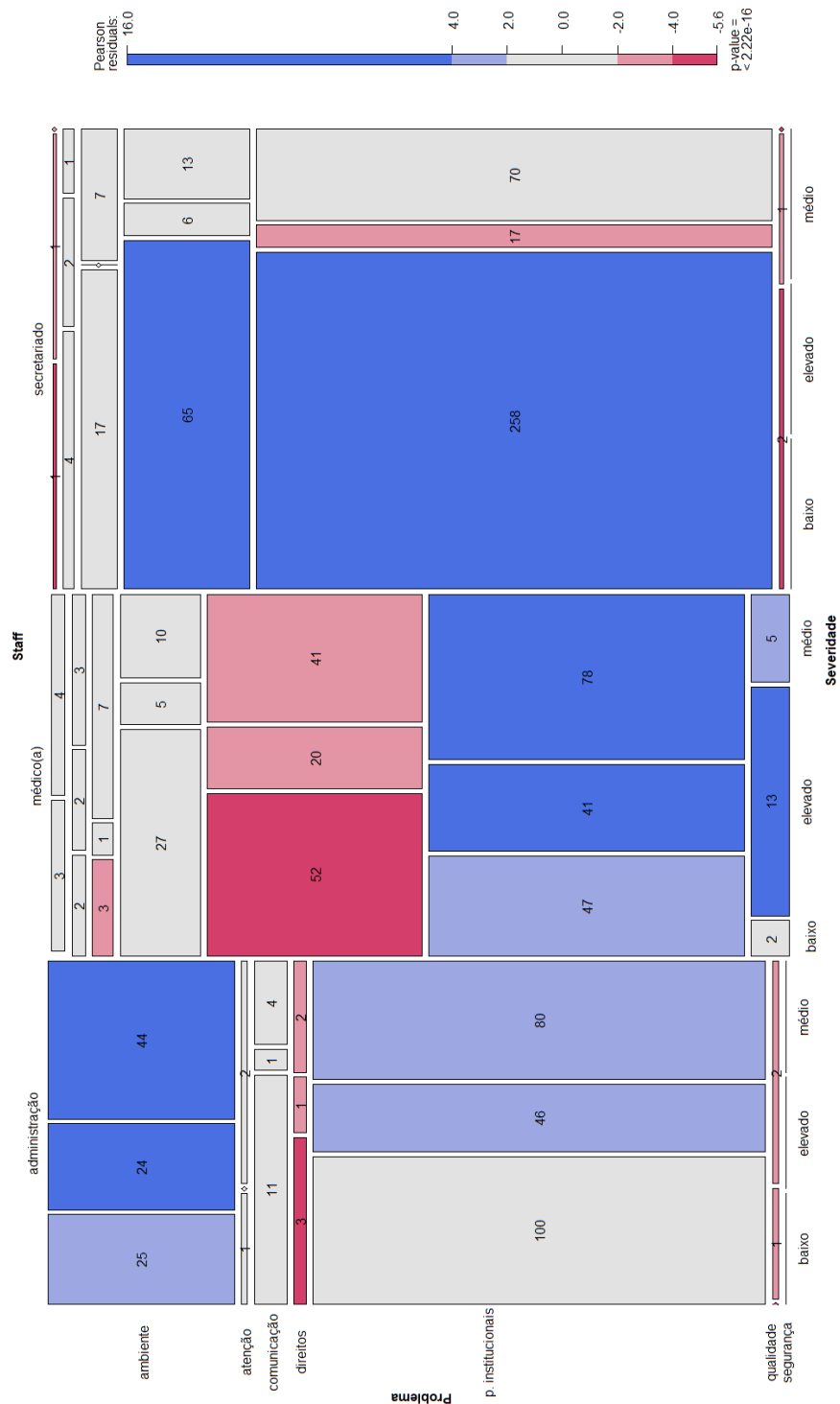


Gráfico 31: Gráfico mosaico das variáveis "staff", "severidade" e "problema"