DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n2.a2991

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E ACOMPANHANTES COM O ATENDIMENTO HOSPITALAR PÚBLICO BRASILEIRO

Danyllo do Nascimento Silva Junior[a]
Luiz Roberto Augusto Noro[b]

Resumo

A avaliação da satisfação de usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde tornou-se prática essencial. Nesse sentido, este trabalho busca avaliar a satisfação de usuários e acompanhantes com a qualidade do atendimento de hospitais públicos do Rio Grande do Norte, Brasil. Para isso, realizou-se um estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na utilização do software IRaMuTeQ e na análise de conteúdo de Bardin, em quatro hospitais públicos do estado do Rio Grande do Norte. A partir das entrevistas de 46 usuários e acompanhantes, emergiram seis categorias: Aspectos negativos; Ineficiências; O ônus da internação; Direitos, deveres e normas; Recomendação do serviço público; e Aspectos positivos. Os resultados deste estudo revelaram que usuários e acompanhantes demonstram-se, em geral, satisfeitos com o atendimento prestado por hospitais públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente quanto à humanização das equipes de saúde e à efetividade do processo assistencial. Os entrevistados também levantaram aspectos considerados negativos que afetam a qualidade do atendimento, tais como as condições das instalações físicas, a falta ou insuficiência de recursos materiais e as burocracias que delongam o percurso terapêutico. Espera-se que os achados deste estudo contribuam para o debate sobre a qualidade do atendimento dos hospitais públicos brasileiros, salientando-se, também, a necessidade de mais estudos com essa perspectiva.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Assistência hospitalar.

[a] *Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: danyllojunior@hotmail.com*

[b] *Cirurgião-dentista. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: luiz_noro@hotmail.com*

Endereço para correspondência: *Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Senador Salgado Filho, n. 1787, Lagoa Nova. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. CEP: 59010-000. E-mail: danyllojunior@hotmail.com*

SATISFACTION OF USERS AND COMPANIONS
WITH THE BRAZILIAN PUBLIC HOSPITAL CARE

Abstract

The evaluation of user satisfaction with the quality of health services has become an essential practice. In this sense, our work sought to evaluate the satisfaction of users and accompanying persons with the quality of care in public hospitals in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. An exploratory and descriptive case study with a qualitative approach, based on the use of the IRaMuTeQ software and the Bardin content analysis, was conducted in four public hospitals of the state. The interviews of 46 users and accompanying persons originated six categories: Negative Aspects; Inefficiencies; The burden of hospitalization; Rights, duties and standards; Public service recommendation; and Positive Aspects. The results of our study showed that users and accompanying persons were generally satisfied with the care provided by public hospitals within the Unified Health System, especially regarding aspects related to the humanization of health teams and the effectiveness of the process care. Respondents also raised negative aspects that affect the quality of care, such as the conditions of the facilities, the lack or insufficiency of material resources and bureaucracies that delay the therapeutic path. We hope that the findings of our study contribute to the debate about the quality of care of Brazilian public hospitals. We also stress the need for further studies with this perspective.

Keywords: Health evaluation. Consumer behavior. Hospital care.

SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y ACOMPAÑANTES CON
LA ATENCIÓN HOSPITALARIA PÚBLICA BRASILEÑA

Resumen

La evaluación de la satisfacción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud se ha convertido en práctica esencial. El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de usuarios y acompañantes con la calidad de la atención de hospitales públicos de Rio Grande do Norte, Brasil. Para ello, se realizó un estudio de caso, de carácter exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, fundamentado en la utilización del software IRaMuTeQ y en el análisis de contenido de Bardin, en cuatro hospitales públicos en el estado de Rio Grande do Norte. De las 46 entrevistas de usuarios y acompañantes, emergieron seis categorías: aspectos negativos; ineficiencias; carga de la internación; derechos, deberes y normas; recomendación del

servicio público; y aspectos positivos. Los resultados de este estudio revelaron que los usuarios y acompañantes se mostraron, en general, satisfechos con la atención prestada por hospitales públicos en el ámbito del Sistema Único de Salud, especialmente en cuanto a la humanización de los equipos de salud y a la efectividad del proceso asistencial. Los entrevistados también plantearon aspectos considerados negativos que afectan la calidad de la atención, tales como las condiciones de las instalaciones físicas, la falta o insuficiencia de recursos materiales y burocracias que retrasan el recorrido terapéutico. Se espera que los hallazgos de este estudio contribuyan al debate sobre la calidad de la atención de los hospitales públicos brasileños, destacándose también la necesidad de más estudios en esa perspectiva.

Palabras clave: Evaluación en salud. Satisfacción de los usuarios. Asistencia hospitalaria.

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde ganhou destaque no decorrer dos anos 1970 em resposta à diminuição do crescimento econômico, no sentido de racionalização estatal, bem como aos cada vez mais complexos sistemas de saúde, ao avanço das tecnologias e ao aumento das expectativas da população. No Brasil, as primeiras iniciativas estiveram mais relacionadas ao âmbito acadêmico. Atualmente, nota-se cada vez mais a inclusão desse tema nas políticas públicas e em tópicos de documentos do Ministério da Saúde (MS), o qual tem incentivado estudos acerca da avaliação, tanto por exigência de financiadores externos como pela crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes[1].

Nessa conjuntura, todos os estabelecimentos e/ou ações voltados ao âmbito da saúde passaram a ser avaliados. Entretanto, entre os diversos tipos de serviços, o hospital ganha ênfase na avaliação em saúde porque seus processos organizacionais possuem natureza específica, além do fato de concentrar os custos mais vultosos da área e o maior nível de complexidade na assistência desenvolvida junto aos usuários[2,3].

A qualidade é um dos aspectos mais diretamente relacionados à avaliação em saúde. Apesar de ser um conceito polissêmico, em geral é entendida como um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado[4]. Um dos primeiros a estudar sistematicamente a avaliação da qualidade em saúde, Avedis Donabedian considera a satisfação do usuário um indicador essencial, por ser um dos poucos disponíveis que permite avaliar a prestação de cuidados sob a ótica dos usuários dos serviços[5].

De acordo com Donabedian, o usuário deve ter participação ativa na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. Para ele, a satisfação pode ser vista pela reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência. Assim, essa visão permite não apenas a adesão do usuário às terapêuticas, mas também a utilização das informações fornecidas por esses atores para a melhoria do cuidado ofertados pelos serviços de saúde[5-7].

Este estudo teve o objetivo de avaliar a satisfação de usuários e acompanhantes com a qualidade do atendimento de hospitais públicos do Rio Grande do Norte, Brasil, tendo em vista a escassez de estudos sobre a avaliação da qualidade em serviços hospitalares públicos brasileiros e a pouca utilização de abordagens qualitativas. Além disso, optou-se pela inclusão do ponto de vista do acompanhante, representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda a permanência dela nos ambientes de assistência à saúde[8], ao considerar que a perspectiva desse sujeito possibilita um olhar complementar aos aspectos avaliados.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de caso exploratório, baseado na concepção de Yin[9], com abordagem qualitativa, fundamentado na análise de conteúdo de Bardin[10], em hospitais públicos do Rio Grande do Norte. O estado teve uma população estimada para o ano de 2017 em 3.507.003 habitantes, estando 885.180 na capital, Natal[11].

A seleção dos hospitais se deu mediante os resultados do instrumento Carta SUS[12], os quais apontaram a avaliação do desempenho dos 100 hospitais gerais e especializados públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) presentes no estado entre 2012 e 2013, período disponível. Incluíram-se as unidades que tiveram os melhores e piores desempenhos da região metropolitana do estado (pela concentração dos serviços) na avaliação dos usuários, a fim de obter achados mais significativos. A análise baseou-se nos critérios: mínimo de 50 leitos (informação obtida por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES), em virtude do maior suporte para os propósitos desta pesquisa, tendo em vista que hospitais com menos de 50 leitos caracterizam-se como de pequeno porte[13]; e unidades com internações superiores a 24 horas, com vistas a maior vivência dos sujeitos nos aspectos pesquisados.

Os hospitais selecionados foram: (1) um hospital universitário de referência do estado; (2) o maior hospital público para atendimento de trauma do estado; (3) uma instituição sem fins lucrativos especializada em pediatria; e (4) uma instituição sem fins lucrativos especializada em atenção oncológica. Dois gerais e dois especializados, respectivamente.

Após anuência dos responsáveis pelas instituições e com atendimento aos critérios estabelecidos e supracitados, os sujeitos desta pesquisa foram identificados e abordados

nesses hospitais e convidados a participar do estudo. Procedeu-se a devida identificação do pesquisador responsável pela coleta, profissional da área da saúde e com experiência nesse tipo de pesquisa, explicação dos objetivos da pesquisa e as razões para sua realização, bem como o estabelecimento de relação prévia entre pesquisador e participante, uma vez que inicialmente houve diálogo a respeito da situação de saúde do usuário.

Considerando o limite de saturação dos dados, participaram desta pesquisa um total de 46 usuários e acompanhantes, incluídos nos critérios: idade igual ou superior a 18 anos e capacidade de comunicar-se verbalmente. Além disso, o usuário/acompanhante precisava estar internado/acompanhando na clínica médica, clínica cirúrgica ou unidade para lactentes dos referidos hospitais há pelo menos 24 horas, conforme citado. No hospital pediátrico, apenas os acompanhantes foram entrevistados em virtude do critério de idade.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, gravada em meio digital, guiada por dois roteiros, um para usuários e outro para acompanhantes, com elaboração dos autores. As entrevistas duraram entre 3 e 34 minutos, com média de 7 minutos. Entre os principais questionamentos presentes nos roteiros, estiveram: informações sobre situação de saúde e tratamento, como ocorria a identificação dos usuários, participação nas decisões sobre o tratamento, recursos materiais e estrutura física do hospital, explicação de direitos e deveres, situações de incômodo na internação e recomendação ou não dos serviços.

Os participantes foram selecionados através de sorteio baseado na quantidade total de leitos nas enfermarias dos setores, escolhendo-se leitos de enfermarias distintas, o que tornou a amostra o mais abrangente possível. Em caso de recusa em determinado leito, o leito ao lado era selecionado para participar da amostra. A leitura minuciosa de anotações feitas ao longo da coleta apontou um número em torno de 22 usuários e acompanhantes que não aceitaram participar da pesquisa, sendo a necessidade de assinatura dos termos e a gravação de voz as principais razões para recusa. Salienta-se ainda que os números das camas serviram como identificação dos participantes durante o processo de sorteio e seleção.

Lançou-se mão de um estudo piloto, realizado no dia 17 de fevereiro de 2018, 10 dias antes do início da coleta de dados em um dos hospitais pertencentes à amostra, o qual possibilitou, a partir de oito entrevistas feitas com usuários e acompanhantes, avaliação e melhoria em aspectos referentes à clareza dos questionamentos para as entrevistas.

Os aspectos éticos foram respeitados, seguindo as normatizações para pesquisas com seres humanos dispostas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Gravação de Voz, e as entrevistas foram gravadas reservadamente no leito

hospitalar. As falas foram transcritas na íntegra pelo mesmo pesquisador e os participantes foram codificados pelas letras U (usuário) e A (acompanhante), seguidas de número arábico correspondente à ordem das entrevistas, para garantia de anonimato. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL) em 4 de fevereiro de 2018, sob parecer nº 2.484.508.

A UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE IRAMUTEQ NA ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento dos dados, utilizou-se o software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). É um programa livre, ancorado no software R e na linguagem de programação python, que permite processamento e análises estatísticas de textos produzidos. Foi desenvolvido por Ratinaud[14] na língua francesa, mas atualmente possui abrangência completa em outras línguas. No Brasil, passou a ser usado a partir de 2013, e a área da saúde tem incorporado essa ferramenta. Salienta-se que o uso do software apoia o processamento dos dados, mas a análise é do pesquisador[15].

O IRaMuTeQ possibilita diferentes tipos de análises processuais e duas delas foram utilizadas neste estudo: Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise de Similitude. Cada entrevista transcrita configurou-se como um texto, e o agrupamento desses textos constituiu o corpus de análise deste estudo. Com o uso da CHD, o vocabulário do corpus foi identificado e quantificado quanto a sua frequência e posição. A partir disso, os segmentos de texto do corpus que apresentaram vocabulário semelhante entre si foram associados em classes mediante associações estatisticamente significativas. Por sua vez, a análise de similitude possibilita medir o grau de conectividade e estabelecer relações entre as palavras dos segmentos de texto do corpus geral. Para tanto, o programa cria uma "árvore máxima", cujas ligações mais significativas entre os vocábulos são apresentadas graficamente[14,15].

Além de superar a dicotomia entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, haja vista o emprego de cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, estudos já sugerem benefícios na conjugação de uso de softwares de processamento textuais e análise de conteúdo, como uma maior coerência e aprimoramento na análise dos dados pela complementariedade das técnicas. Nesse prisma, tais procedimentos foram utilizados neste estudo juntamente com a análise constante do texto original das transcrições das entrevistas[16].

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Nesta pesquisa, participaram indivíduos de todas as quatro mesorregiões do estado do Rio Grande do Norte (Oeste, Central, Agreste e Leste), cuja rede de serviços públicos

de saúde tem condições organizativas semelhantes ao restante do país, com serviços mais concentrados nas regiões metropolitanas[17]. Do total de 46 participantes, sendo 17 usuários (37%) e 29 acompanhantes (63%), 20 sujeitos (43,5%) foram entrevistados em clínica médica, 21 (45,7%) em clínica cirúrgica e 5 (10,9%) em unidade para lactentes. O tempo mínimo de internação foi de 24 horas e o máximo, 120 dias, com média de 14 dias.

Entre o total de participantes, 33 (71,7%) eram mulheres, 38 (82,6%) residentes da zona urbana, 33 (71,7%) de cor parda, 10 (21,7%) de cor branca e 3 (6,5%) afrodescendentes. Com relação à idade, 23 (50%) encaixaram-se na faixa etária de 18 a 39 anos, 18 (39,1%) entre 40 a 59 anos e 5 (10,9%) pessoas com idade ≥ 60 anos. Quanto à escolaridade, houve predominância do ensino médio completo, com 16 (34,8%) sujeitos, e apenas 6 (13,1%) com superior completo ou pós-graduação. Houve equilíbrio referente à situação laboral, com 20 (43,5%) entrevistados com trabalho, 21 (45,7%) sem trabalho e somente 5 (10,9%) aposentados/beneficiários. Por fim, no tocante à renda familiar em salários-mínimos, 26 (56,5%) referiram ganhar de 1 a 2, 11 (23,9%) menos de 1e 9 (19,6%) mais de 3.

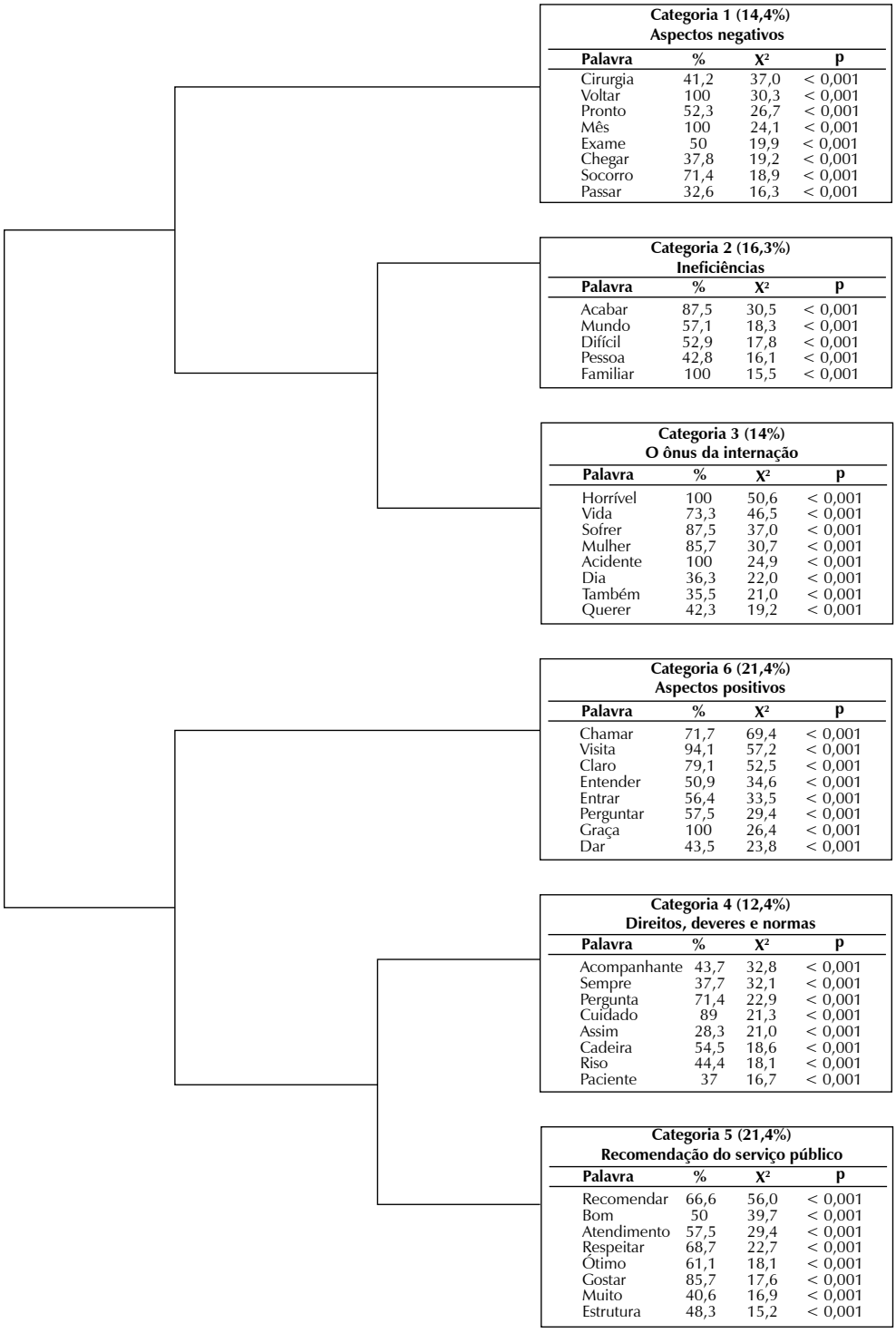
CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES/CATEGORIAS

O corpus geral foi constituído por 46 textos de entrevistas (17 de usuários e 29 de acompanhantes), separados em 308 segmentos de textos (ST), dos quais 257 (83,44%) foram considerados relevantes e consistentes pelo software. Emergiram 20.179 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.464 de palavras diferentes e 636 que tiveram uma única ocorrência entre os textos dos entrevistados, o que representa 3,15% das ocorrências e 43,44% do corpus. Um total de 438 foi a média de ocorrências por texto.

O conteúdo, processado pelo IRaMuTeQ, na fase pós-coleta, resultou em 6 classes/categorias: Aspectos negativos, com 37 ST (14,4%); Ineficiências, com 42 ST (16,3%); O ônus da internação, com 36 ST (14%); Direitos, deveres e normas, com 32 ST (12,4%); Recomendação do serviço público, com 55 ST (21,4%); e Aspectos positivos, com 55 ST (21,4%). A **Figura 1** reúne as palavras estatisticamente mais significativas ($p < 0,001$) de cada classe/categoria, com exibição do percentual de ocorrência de cada palavra nos segmentos de texto nas classes em relação a sua ocorrência no corpus.

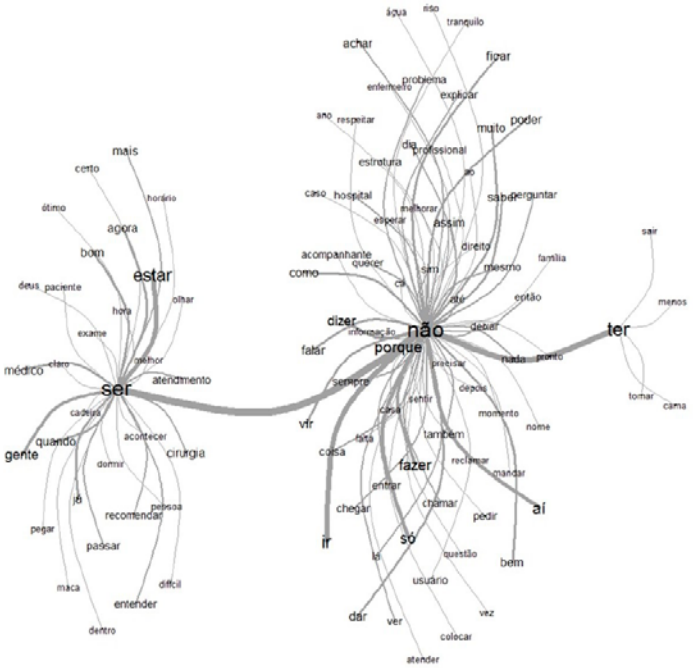
No processamento por meio da análise de similitude, utilizaram-se as palavras que alcançaram pelo menos um escore 20 na porcentagem de coocorrências do número de segmentos de texto do corpus geral. Nesse sentido, abrangeram-se 108 palavras, conforme visualizado de forma mais detalhada na **Figura 2**.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as categorias e suas principais palavras associadas do corpus da pesquisa. Natal, Rio Grande do Norte – 2018



Fonte: Elaboração própria com base em dados oriundos da pesquisa.

Figura 2 – Análise de similitude das palavras do corpus da pesquisa. Natal, Rio Grande do Norte – 2018



Fonte: Elaboração própria com base em dados oriundos da pesquisa.

Observou-se que a análise de similitude destacou três vocábulos: ser, não e ter. Dentre outras associações, "ser" relacionou-se com sentimentos dos usuários e atendimento dos profissionais, "não" a questões negativas nas falas e "ter" com vocábulos relacionados a condições das instalações físicas. Essas relações permitiram, juntamente com a CHD, processar e organizar as categorias analíticas.

A VOZ DOS ENTREVISTADOS

Os resultados a partir das falas dos sujeitos serão apresentados de acordo com a ordem do processamento feito pelo software, o qual considerou a categoria 2 (Ineficiências) e a categoria 3 (O ônus da internação) subcategorias da categoria 1 (Aspectos negativos), e a categoria 4 (Direitos, deveres e normas) e a categoria 5 (Recomendação do serviço público) subcategorias da categoria 6 (Aspectos positivos).

Aspectos negativos

Essa categoria trata de aspectos negativos relacionados aos serviços e aos profissionais de saúde. Em geral, os entrevistados relataram que os hospitais dispunham de

recursos materiais que atendiam suas necessidades, porém, houve certa frequência de relatos acerca da falta ou insuficiência de recursos. Além disso, observaram-se reclamações de entrevistados referentes a comportamentos de profissionais, conforme ilustram as falas a seguir.

> "Não tem nada… *Só medicação, água não tem não. A* gente se vira para comprar água." (U15).

> "Eu achei de certa forma negligência dele [cirurgião], porque ele sabia que o menino estava sentindo dor… […] Ele deixava prescrito, […] mas eu achava que ele tinha que vim aqui, a presença dele aqui era super importante." (A15).

> "[…] a primeira vez que veio enfermeiro passar sonda em mim, eu recusei, disse que não queria. Aí no outro dia veio de novo, outro enfermeiro. Aí disse: 'Não, você está num hospital, e você não tem direito a escolha'. O enfermeiro disse. Aí… realmente, estou num hospital, pronto, deixei." (U6).

Alguns entrevistados afirmaram ainda que os profissionais de saúde muitas vezes não dão abertura para que eles opinem e participem das decisões sobre o tratamento do usuário internado. Percebeu-se também, pelos relatos, que alguns profissionais dão essa abertura e que em alguns casos os próprios indivíduos não compreendem a importância da participação.

> "Não. Só falaram qual era o tratamento que eu necessitava, e fizeram. É… tipo, decisão de médico… o médico é ele." (U6).

> "Na hora da cirurgia ele falou… que ia cortar meu dedo… que era preciso. Mas não perguntou não, ele disse que ia fazer…, mas ele não perguntou se eu queria que fizesse. Só explicou por que ia fazer." (U14).

Ineficiências

Essa categoria revela ineficiências dos serviços apontadas por entrevistados. Entre outras coisas, houve relato de demora na prestação ou resolução dos serviços.

> "Eu passei 12 horas lá [recepção] em pé esperando para fazer o internamento. Aí eu disse a eles que se não arranjassem maca, cadeira nem nada para eu me

sentar, eu ia montar uma cama no chão, fazer uma foto e mandar para o Ministério Público. Aí em um instante resolveram." (U12).

"Eu vim de outro hospital para cá, e lá disseram que aqui ia ser uma cirurgia, só que quando o médico veio e olhou, disse que não era caso de cirurgia, tinha que ser transplante." (A18).

"Eu acho que eles [profissionais] fazem o que podem fazer, porque você sabe que não tem muito recurso, não é?" (A22).

Notou-se ainda que na compreensão de alguns entrevistados os profissionais muitas vezes fazem o que podem com os recursos disponíveis. Salientam-se ainda falas que evidenciam problemas na continuidade da assistência entre os serviços de saúde.

O ônus da internação

A internação culmina em certo ônus à vida das pessoas, e essa categoria revela situações delicadas mencionadas por determinados entrevistados. Dentre outras coisas, notou-se que a internação altera a rotina de vida de usuários e acompanhantes.

"Eu tenho 67 anos, eu nunca passei por isso, para dar banho em mim… […] Eu me sinto acanhado, um homem da minha idade ele se retém, ele tem vergonha." (U16).

"[…] a gente tem um bebê de 3 anos e tem uma criança de 8 anos, […] o menino depende de mim para eu deixar ele no colégio, aí ele já não está indo na escola, aí tem o outro menino de 3 anos que depende exclusivamente de nós, aí fica a criança sofrendo, e a criança esses dias também está doente, aí fica difícil para caramba com a gente dentro do hospital. […] Minha vida mudou, está horrível." (A13).

Direitos, deveres e normas

Buscou-se saber se os sujeitos conheciam seus direitos e deveres enquanto usuários e acompanhantes e se tais direitos eram respeitados pelos profissionais. Entretanto, percebeu-se que muitos indivíduos não conseguiram diferenciar direitos de normas, considerando-os como sinônimos. Nesse prisma, notou-se que os usuários e acompanhantes receberam uma espécie de cartilha na qual constavam as normas do hospital, sem maiores esclarecimentos a respeito de seus direitos. Além disso, alguns sujeitos afirmaram não ter recebido essas informações.

> "Não, esse negócio de direito e dever não explicaram, *não. [*…] Não… sei assim, tenho noção, não é? Dos meus direitos e deveres… eu sei que eu tenho que ficar aqui e não posso fazer certas coisas, como está andando aí, com o pé machucado…." (U14).

> "Sim, eles entregaram uma apostila para a gente. Ela contém informações tanto do usuário como do acompanhante. Tudo que eles mostram lá [na apostila], eles seguem direitinho." (A1).

Apesar de não demonstrarem muito conhecimento acerca de seus direitos, percebeu-se que alguns se sentiram incomodados com situações que feriram especialmente sua privacidade na internação, conforme exposto por uma usuária na fala a seguir.

> "Só quando eu tive que tomar o primeiro banho, mas… normal… *já me acostumei*… Assim, porque não tinha estrutura. Quando ia se trocar, era ali no corredor, na frente de todo mundo…. Mas no quarto não tem problema algum." (U15).

Ainda sobre o tema, destacam-se os depoimentos de alguns usuários e acompanhantes que revelaram que os profissionais muitas vezes não pedem autorização para realizar os procedimentos, sendo o informe sobre o procedimento o usual. Ademais, alguns entrevistados ressaltaram a importância do pedido de autorização, configurando-o como respeito.

> "Eles informam e dizem que vão fazer. Mas não pedem autorização." (U11).

> "Importantíssimo. Eles devem sim pedir autorização. Até para o paciente se sentir melhor, não é? Imagina só, você já está numa situação delicada e ainda vai lá, mete a mão em você, sem pedir nem licença." (U17).

Recomendação do serviço público

Nessa categoria serão expostas falas dos sujeitos acerca da recomendação ou não, para amigos ou familiares, dos hospitais estudados. Em virtude de a pesquisa ter sido realizada em hospitais públicos, a opinião dos entrevistados implica na avaliação sobre o serviço público em si, além de expressões explícitas. A maioria dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa mostrou-se satisfeita com o atendimento hospitalar e, por isso, recomendou os serviços.

> "Recomendaria, porque aqui é ótimo. Pelos profissionais, pelo atendimento, pela estrutura." (U7).

> "Recomendaria, sim. […] Para mim o hospital público tem uma certa deficiência, não é? A preocupação até de se tinha um leito, para ela [acompanhante]. Mas tem leito, tudo bem. O hospital tem toda uma infraestrutura, lençol, então tudo isso está de parabéns, está de excelência. Tem que dar nota 10." (U1).

> "[…] o SUS em si ele não é ruim, é o melhor plano de saúde, mas é a forma como ele é administrado. Então, recomendaria sim." (A5).

> "[…] ninguém pode exigir muito porque é um hospital público." (A27).

Observou-se que sujeitos tinham uma visão duvidosa acerca da capacidade resolutiva do serviço público e demonstraram surpresa quando o serviço se mostrou com qualidade em determinados aspectos. Todavia, há falas que vão ao encontro da discussão de o problema do SUS ser a gestão, e não a forma como ele está garantido na legislação.

Por outro lado, a maior parte dos usuários e acompanhantes que não recomendaram os hospitais o fez principalmente pela questão da estrutura física, conforme ilustram as falas:

> "[…] Falta um pouco de higiene nos banheiros; também nas macas, enferrujadas. […] Ventilador não tem, é a maior quentura, o canto que é mais frio aqui é naquele corredor. […] o meu enteado [usuário] ainda consegue sair pulando com a perna e a outra está quebrada, aí ele fica lá, passa o dia todinho ali [no corredor]. Eu não recomendaria para ninguém." (A13).

> "[…] em termo de acompanhante aqui é meio precário, porque a pessoa dormir… uma senhora daquela [acompanhante ao lado] dormir numa cadeira daquela… Quando o paciente vem melhorar, o acompanhante está doente." (A23).

Aspectos positivos

Em geral, os usuários e acompanhantes também mencionaram muitos aspectos positivos no tocante aos serviços de saúde, que envolveram desde recursos materiais até comportamentos considerados satisfatórios de profissionais das equipes de saúde. Nesse contexto, essa categoria reúne os principais aspectos positivos relatados pelos entrevistados, entre eles: identificação pelo nome do usuário, linguagem clara e compreensível dos profissionais, abertura para participação de usuários e familiares nas decisões, humanização dos profissionais e informações adequadas sobre estado de saúde e tratamento.

"Chamam, sempre pelo nome." (U12).

"No pronto-socorro… *aí a enfermeira foi lá imediatamente* e *viu eu*… a lágrima… ela percebeu. Correu e foi lá: 'O que foi isso? Eu vou pegar a maca… seu Fulano, aguarde um momento, é que é muita gente, seu Fulano'." (U16).

"Sempre linguagem clara, compreensível." (A2).

"São satisfatórios [recursos], não falta nada. Perfeito." (A26).

"Eles conversam… ainda ontem, para colocar essa sonda, ele veio, explicou que era o melhor para ela [usuária], que era necessário fazer e explicou o porquê, aí eu e a filha dela resolvemos colocar." (A28).

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam para uma representatividade dos sujeitos que utilizam o serviço hospitalar público no Brasil, uma vez que o perfil desses usuários se caracteriza, dentre outras coisas, pela procura maior entre mulheres, indivíduos com baixa renda e pretos e pardos. Além disso, salienta-se que no Nordeste, assim como no Norte, o SUS é responsável pela maior parte das internações (cerca de 80%) ocorridas[18].

Os enfoques teóricos que se relacionam com o estudo da satisfação de usuários de serviços de saúde são variados e envolvem especialmente abordagens do marketing e da psicologia social (crenças, expectativas e percepções). Entretanto, há falta de consenso acerca da validade dessas teorias. Por isso, este estudo optou pela não centralidade em uma teoria específica, mas apreciou aspectos principalmente das abordagens psicológicas, nas quais a compreensão das vivências e experiências dos sujeitos são consideradas[19].

A escassez de recursos materiais, achado deste estudo de caso, é uma realidade recorrente quando se avalia a eficiência dos serviços públicos de saúde, uma vez que o setor possui custos elevados e o financiamento nem sempre é aplicado adequadamente pelos gestores, tanto por má gestão como por insuficiência. Além disso, ressalta-se que a problemática dos recursos torna-se maior nos hospitais públicos em virtude do alto grau de complexidade e dos custos mais elevados desses serviços de saúde[20].

Autores vão além ao afirmarem que o financiamento em saúde não dá conta de atender aos princípios originários da reforma sanitária brasileira. Nesse sentido, experiências internacionais com variados sistemas de financiamento da saúde sugerem que um setor público

forte no financiamento é fundamental para que os sistemas de saúde se tornem resolutivos e atendam as demandas dos que mais necessitam desses serviços[21,22].

Outro achado constante desta pesquisa diz respeito ao comportamento de profissionais de saúde diante dos usuários. Percebeu-se pelas falas de alguns entrevistados que, em certas situações, profissionais agiram equivocadamente e desrespeitaram os direitos dos indivíduos a uma assistência resolutiva, ética e humana. Estudos demonstram preocupação com a relação profissional-usuário, na qual muitas vezes ocorrem problemas como abuso de autoridade, indiferença, desrespeito, banalização do sofrimento alheio e maus tratos[22,23].

Desse modo, salienta-se a importância das discussões atuais em torno do acolhimento para um atendimento em saúde de qualidade. O acolhimento é uma ação que vai muito além da mera triagem, configurando-se como uma escuta qualificada que fortalece a relação profissional-usuário por meio de princípios técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Assim, reconhece o usuário como sujeito e, portanto, capaz de atuar ativamente em seu processo de cuidado, estabelecendo um sentimento de confiança. No ambiente hospitalar, a efetividade do acolhimento reduz os impactos negativos da hospitalização[24].

Consoante com os resultados desta pesquisa, outros estudos identificaram percepções de indivíduos referentes a aspectos negativos do atendimento em âmbito hospitalar, como a demora e/ou falta de resolubilidade em etapas da assistência. Para os autores desses estudos, a demora no atendimento, por exemplo, pode estar associada à demanda maior do que a capacidade das unidades hospitalares e ao seu quantitativo de profissionais, situações que comprometem a qualidade dos serviços do ponto de vista dos que os utilizam[25].

Congruente aos achados desta pesquisa, um estudo realizado no Paquistão também identificou que usuários de um hospital não tinham consciência sobre seus direitos. Assim como no Brasil, no Paquistão também há documentos e leis que asseguram os direitos dos usuários dos serviços públicos de saúde, entretanto, há pouca ou nenhuma conscientização sobre esses direitos, e sua prática permanece baixa no sistema de saúde. Isso se traduz em uma menor autonomia dos usuários e influencia a maneira pela qual eles avaliam os serviços, uma vez que não possuem a criticidade necessária[26].

Frisa-se também que a privacidade e a confidencialidade dos hospitalizados representam aspectos éticos cruciais e que devem ser respeitados em todos os momentos da assistência como forma de garantir a qualidade dos cuidados. Neste estudo, alguns usuários relataram que os profissionais de saúde apenas informavam sobre os procedimentos que iriam realizar e não pediam autorização. Tais condutas ferem os princípios éticos, uma vez que os usuários são donos de seus corpos e quaisquer ações a serem realizadas necessitam de sua autorização.

Nesse sentido, torna-se necessário reconhecer o direito do usuário de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar[27].

Entre os entrevistados, as condições das instalações físicas foi fator preponderante para a não recomendação dos serviços. Outros estudos corroboram esse achado ao demonstrarem que a estrutura física é um dos aspectos mais citados na avaliação dos serviços de saúde, especialmente do ponto de vista dos usuários. A importância de boas condições de instalações físicas é indiscutível, haja vista que interferem na assistência prestada pelos profissionais de saúde e podem gerar desconforto e situações antiéticas aos usuários[25,28].

Por outro lado, destaca-se que muitos entrevistados revelaram aspectos positivos sobre os serviços de saúde, acompanhados da ampla recomendação dos serviços por esses sujeitos. Em geral, os aspectos levantados vão ao encontro das proposições da Política Nacional de Humanização, entre os quais destacam-se: vínculos solidários, autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos, alto grau de corresponsabilidade na produção de saúde e melhoria nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e a qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento[8].

Nesse sentido, ressalta-se que os aspectos que envolveram a equipe de saúde receberam os maiores destaques positivos por parte da avaliação dos entrevistados neste estudo. Esse achado é corroborado por outra pesquisa sobre a avaliação da satisfação dos usuários, que demonstrou que a maior satisfação foi com a equipe de saúde, considerando aspectos como a educação, a atenção, a confiança e o interesse dos profissionais[29].

Destaca-se que, apesar dos aspectos negativos levantados por usuários e acompanhantes neste estudo, a avaliação geral apontou para um alto grau de satisfação com os serviços hospitalares estudados. Tal achado é corroborado por outros estudos, os quais evidenciam determinados aspectos negativos referentes aos serviços ofertados pelo SUS, porém, apresentam um nível de satisfação elevado quando se observa o ponto de vista dos sujeitos que utilizam esses serviços[29,30].

Os autores dos estudos supramencionados afirmaram que muitas experiências têm demonstrado que é possível disponibilizar um serviço público com qualidade, que seja voltado às reais necessidades dos usuários. Ainda, ressaltam que parece haver o entendimento pelos usuários de que o SUS cumpre o seu papel de oferecer serviços de saúde, mesmo com os problemas conhecidos. Para eles, as avaliações tidas como negativas dos usuários devem ser consideradas visando a melhoria dos serviços, enquanto as avaliações positivas representam estímulos à atuação dos profissionais e gestores, bem como à defesa do serviço público[29,30].

Por fim, entende-se que a análise da opinião dos sujeitos revela aspectos que devem ser trabalhados com vistas ao aperfeiçoamento dos serviços prestados pelo Estado,

com especial atenção às políticas públicas. Nesse sentido, de acordo com Castro et al.[30], se um olhar menos aprofundado tenderia a tratar a avaliação positiva de serviços de saúde públicos como um instrumento de propaganda política, estudos aprofundados têm o poder de indicar que os usuários compreendem as carências do SUS, entretanto, defendem a sua manutenção e o seu aperfeiçoamento como garantia do direito à saúde.

Como limitações deste estudo, tem-se: a realização da entrevista no leito de hospital, o que pode ter limitado a expressão dos usuários sobre os profissionais responsáveis por seu cuidado, bem como a presença de outras pessoas na enfermaria. Além disso, o fato de os entrevistados terem conseguido acesso ao serviço pode ter influenciado sua visão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram que usuários e acompanhantes se demonstraram, em geral, satisfeitos com o atendimento prestado por hospitais públicos no âmbito do SUS, especialmente quanto a aspectos referentes à humanização das equipes de saúde e à efetividade do processo assistencial. Além disso, ressalta-se que a maioria dos entrevistados recomendaria os hospitais públicos para amigos e familiares.

Nesse contexto, destaca-se a visão positiva dos entrevistados neste estudo sobre os hospitais públicos do SUS, mesmo diante de aspectos considerados negativos que afetam a qualidade de atendimento desses serviços, levantados pelos próprios participantes, tais como as condições das instalações físicas, a falta ou insuficiência de recursos materiais e burocracias que delongam o percurso terapêutico.

Notou-se ainda que o grau de satisfação não diferiu entre usuários e acompanhantes, mas cabe salientar que informações complementares advindas do segundo grupo possibilitaram uma análise mais abrangente do objeto de estudo, confirmando a premissa estabelecida. Assim, reitera-se a relevância de incluir esses sujeitos nas pesquisas que buscam avaliar ou analisar a qualidade do atendimento dos serviços hospitalares.

Espera-se que os achados deste estudo contribuam para o debate sobre a qualidade do atendimento dos hospitais públicos brasileiros. Ademais, salienta-se a necessidade de ampliação e aprofundamento de estudos com foco na avaliação da qualidade do atendimento dos serviços de saúde, com vistas a reflexões pertinentes ao aperfeiçoamento da área.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Danyllo do Nascimento Silva Junior e Luiz Roberto Augusto Noro.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Danyllo do Nascimento Silva Junior e Luiz Roberto Augusto Noro.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Danyllo do Nascimento Silva Junior e Luiz Roberto Augusto Noro.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Danyllo do Nascimento Silva Junior e Luiz Roberto Augusto Noro.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Prefácio. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
2. Machado JP, Cristina A, Martins M. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2013;29(6):1063-82.
3. Basinski ASH, Naylor CD, Ferris LE, Willians JI, Llewellyn-Thomas HACM. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? Health Services Research Group. CMAJ Open. 1992;146(12):2153-8.
4. Vuori H. Research needs in quality assurance. Qual Assur Health Care. 1989;1(2-3):147-59.
5. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. The definition of quality and approaches to Its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
6. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciên Saúde Colet. 2005;10(3):599-613.
7. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. Oman Med J. 2014:29(1):3-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Educações 70; 2011.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Rio Grande do Norte [Internet]. 2017 [citado em 2021 Jan 14]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama

12. Brasil. Ministério da Saúde. Carta SUS [Internet]. 2015 fev 26 [citado em 2021 fev 10]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/a-ogp/planos-de-acao/2o-plano-de-acao-brasileiro/ministerio-da-saude/carta-sus
13. Rosa T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. Consensus (Brasília). 2014:4(11):12-23.
14. Ratinaud P. IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, versão n. 0.6 Alpha 3. Toulouse: IRaMuTeQ, 2018.
15. Santos V, Salvador P, Gomes A, Rodrigues C, Tavares F, Alves MB. IRaMuTeQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. 6. CIAIQ; 2016 Jul 12-14; Salamanca; 2017.
16. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estud Pesqui Psicol. 2006;6(2):72-88.
17. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciên Saúde Colet. 2017;22(4):1055-64.
18. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Ciên Saúde Colet. 2011;16(9):3807-16.
19. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1267-76.
20. Politelo L, Rigo VP, Hein N. Eficiência da Aplicação de Recursos no Atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Cidades de Santa Catarina. Rev Gest Sist Saúde. 2014;3(2):45-60.
21. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde debate. 2014;38(100):18-25.
22. Chua H, Cheah J. Financing Universal Coverage in Malaysia: a case study. BMC Public Health. 2012;12(Suppl 1):S7.
23. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2013;29(11):2287-96.
24. Proença MO, Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. Rev Gaúch Enferm. 2011;32(2):279-86.
25. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. Cad Saúde Pública. 2017;33(12):e00175116.
26. Tabassum T, Ashraf M, Thaver I. Hospitalized Patients' Awareness Of Their Rights-A Cross Sectional Survey In A Public And Private Tertiary Care Hospitals Of Punjab, Pakistan. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016;28(3):582-6.

27. Silva Junior DN, Araújo JL, Silva RTS, Nascimento EGC. Privacidade e confidencialidade de usuários em um hospital geral. Rev Bioét. 2017;25(3): 585-95.

28. Souza LPS, Rocha JKSA, Martins KAF, Pinto IS, Souto DF, Silva CSO, et al. A qualidade do atendimento prestado pelos pronto-socorros de hospitais públicos do Brasil. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2013;11(3):205-12.

29. Ricci NA, Wanderley FS, Oliveira MS, Rebelatto JR. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. Ciên Saúde Colet. 2011;16(Supl. 1):1125-34.

30. Castro HCO, Machado LZ, Walter MIMT, Raninchesk SM, Schmidt BV, Marinho DNC, et al. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). Sociedade em Debate. 2008;14(2):113-34.

Recebido: 23.3.2019. Aprovado: 26.10.2020.