

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SÔNIA MARIA ALVES DE PAIVA

**Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos
usuários durante seu período de internação**

Ribeirão Preto

2006

SÔNIA MARIA ALVES DE PAIVA

**Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos
usuários durante seu período de internação**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Elizabeth Laus Ribas Gomes

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Paiva, Sônia Maria Alves de

Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação/ Sônia Maria Alves de Paiva; Orientador: Elisabeth Laus Ribas Gomes.

Ribeirão Preto, 2006.

165 f.

Tese (Doutorado - Programa Interunidades de Doutorado. Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem. Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Satisfação do paciente. 3. Avaliação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sônia Maria Alves de Paiva

Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. *Elizabeth Laus Ribas Gomes*

Instituição: *EERP-USP*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Yolanda Dora Martinez Évora*

Instituição: *EERP-USP*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Vanda Elisa Andrés Felli*

Instituição: *EE-USP*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Aldaísa Cassanho Forster*

Instituição: *FMRP-USP*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Silvia Matumoto*

Instituição: *Prefeitura Municipal de Rib. Preto* Assinatura: _____

... Não há verdade objetiva. Nós criamos nossa própria verdade. Se uma idéia nos parece real, ela é real. Se uma idéia nos parece correta, ela é correta. Somos incapazes de adquirir o conhecimento da verdadeira natureza da realidade. A própria ciência é irracional ou mística. É apenas outro credo, outro sistema de crença ou outro mito, e não tem mais justificção do que qualquer um dos outros. Não importa se as convicções são verdadeiras ou não, desde que elas façam sentido para você. (THEODORE SHICK JR, e LEWIS VAUGHN, 1995)

DEDICATÓRIAS

Ao Jarbas

Companheiro e amigo em todos os momentos e, que durante esse percurso me proporcionou apoio, segurança, carinho e compreensão.

À Marina

Minha filha, minha paixão, pelo incentivo, apoio e que soube ser compreensiva em todos os momentos em que precisei me ausentar para o desenvolvimento deste estudo, que este trabalho seja um exemplo que a vida é um contínuo desafio, aos que desejam vencê-la.

Aos meus pais

Pela presença constante, incentivo e apoio no desenvolvimento dessa trajetória e que me ensinaram pelos exemplos a lutar e a conquistar...

Aos meus sobrinhos

João Augusto e Isabela, que esse trabalho sirva de exemplo de perseverança e de estímulo para buscar o conhecimento como fonte de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

À Deus que com sua proteção e fonte de suprema sabedoria e inspiração, conduziu-me a este caminho.

À Prof^ª Dr^ª Elizabeth Laus Ribas Gomes, que me acolheu como orientanda, pela confiança, pelos momentos de reflexão que muito contribuíram na realização desse trabalho e por ter aceito o desafio de seguirmos juntas neste caminho, serei sempre grata pela demonstração de amizade, incentivo e estímulo, todo o meu respeito e admiração.

À Prof^ª Dr^ª Maguida Costa Stefanelli pela demonstração de amizade, pela disponibilidade pela leitura do material e contribuição com as valiosas sugestões.

Às Prof^ª Dra. Vanda Elisa Andrés Felli e Adriana Kátia Corrêa que, durante o Exame de Qualificação, provocaram-me a buscar um maior aprofundamento na fundamentação teórica e metodológica, indicando caminhos que me fizeram repensar o encaminhamento inicial para esta investigação.

À Prof^ª Dra. Maria Helena Trench Ciampone, pela atenção e discussões sobre a metodologia do estudo.

Aos membros da Banca, por suas inestimáveis contribuições com suas reflexões.

A todas as docentes das disciplinas de Pós-Graduação do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que contribuíram com seus ensinamentos para a minha formação e ampliação sobre a temática em questão.

Ao Fernando Prota pelo incentivo e apoio, abrindo caminho para esta minha trajetória.

À Vanessa Aparecida Pafume pela colaboração na participação do estudo como observadora na realização dos grupos focais.

À Rosilei Corraini pela amizade, apoio e acolhimento em Ribeirão Preto durante o período no qual cursei as disciplinas de Pós-Graduação.

A todas as colegas da Pós-Graduação pelo companheirismo, por permitirem compartilhar as minhas vivências, pela cumplicidade nos diferentes momentos e por participarem da construção dessa trajetória.

À Raymunda Aguiar, amiga especial desde o ingresso na Pós-Graduação pela disponibilidade, carinho, cumplicidade e com quem pude contar para finalizar este trabalho.

À Elaine Mara Zanatta, pelo companheirismo e apoio durante a realização deste trabalho.

Ao meu irmão Marcos e minha cunhada Márcia pela dedicação e apoio durante esse percurso.

Aos usuários, pela valiosa contribuição na participação como sujeitos e que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Ao hospital que serviu de campo da pesquisa, pela autorização, e aos funcionários pelo acolhimento e colaboração, possibilitando essa investigação.

À Maria de Lourdes Batista de Abreu, funcionária da sala de apoio bibliográfico, pela calorosa recepção e disponibilidade no atendimento.

À Maria Bernadete Malerbo pela atenção e revisão bibliográfica.

Às secretárias do Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que atenderam sempre prontamente a todas as solicitações.

À Prof^a Gema A. Pereira que com carinho e dedicação cuidou da revisão do texto.

Ao José Mario Azenari que, com toda atenção, se responsabilizou pela edição final desse estudo.

A todos os demais amigos que de alguma forma ou de muitas formas contribuíram para este caminhar.

À CAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação.** 2006. 165f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A meta da qualidade da assistência tem constituído preocupação de profissionais atuantes no campo da saúde que têm tomado por base os princípios do Sistema Único de Saúde de equidade, universalidade do acesso, da integralidade, regionalização e hierarquização, participação, resolutividade e controle social para orientar suas práticas. Além dessas diretrizes, o vínculo, o acolhimento e a humanização são dimensões que têm feito parte desse processo de reconstrução das políticas de saúde no sentido de assegurar a qualidade do atendimento. O estudo traz uma construção do problema de pesquisa, onde se realiza reflexão sobre a organização das políticas públicas de saúde, revisão teórica sobre as influências das teorias administrativas no âmbito da saúde, uma análise crítica sobre a implantação de programas assistências na saúde que têm como foco a Qualidade Total e a consideração teórica sobre a satisfação como indicador de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Com base no exposto a pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades de saúde durante o período de internação, enquanto elemento para se avaliar a qualidade. A metodologia escolhida foi a pesquisa qualitativa e foi utilizada como técnica de coleta de dados a observação participante e o grupo focal. A análise das falas dos sujeitos foi realizada com base no modelo de Donabedian, que compreende a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura englobou os aspectos tangíveis referentes ao ambiente, recursos humanos, materiais, equipamentos e habilidades. O processo incluiu as subcategorias acesso, cuidado, processo de trabalho, tratamento, e diagnóstico e o resultado envolveu a resolutividade, as estratégias na busca da agilização da resolutividade das ações de saúde e o hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários. Através dessas categorias de análise, pôde-se apreender que os participantes consideraram o atendimento satisfatório, pautando-se em alguns itens da *estrutura*, *ao processo* naquilo que se refere ao cuidado, a partir da dimensão técnica e da relação com os profissionais e *ao resultado*, uma vez que consideraram que houve resolutividade das ações terapêuticas, que traduziram a qualidade do atendimento. A pesquisadora, partindo de sua vivência de observadora no campo empírico, considerou, entretanto, que a forma de organização do processo de trabalho do hospital não contempla a preocupação com a qualidade do atendimento em saúde.

Descritores: qualidade da assistência à saúde; satisfação do paciente; avaliação

ABSTRACT

PAIVA, S. M. A. ***Quality of hospital care: evaluation of user satisfaction during hospitalization***. 2006. 165p. Thesis (Doctorate). Nursing University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2006.

Health professionals have been concerned about assuring the quality of health care. These professionals have their practice based on the Single Health System's principles of equity, universal access, integral care, health care regionalization and hierarchy, social participation and control, and on the development of problem solving capacities. In addition to these guidelines, attachment, embracement, and humanization are part of the process for the reconstruction of health policies, which aims to assure the quality of care. The study presents the construction of the research problem, in which the following were performed: a reflection about the organization of public health policies, a theoretical review on the influences of administration theories on health, and a critical analysis of the implementation of health care programs. Special emphasis is given to the Total Quality Management Model, which guided the health quality approach. The analysis is focused on total quality and on the theoretical consideration about satisfaction as an indicator to evaluate the quality of health care services. The research had the purpose to evaluate users' satisfaction in terms of having their needs met during hospitalization, as an element to evaluate quality. The methodology was qualitative and data were collected through participant observation and focal group. Analysis of subjects' speeches was performed following Donabedian's model, which comprises structure, process, and results. Structure refers to the tangible aspects of environment, human and material resources, equipment, and skills. Process includes the following subcategories: access, care, working process, treatment, and diagnosis. Results involve problem solving capacities, strategies used to increase the problem solving capacity of health care actions, and the hospital meeting users' needs. The analysis categories pointed out participants' satisfaction with respect to the care provided. Participants based their opinions on items concerning structure, process, and results. In regards to the category *process*, the participants indicated attributes about health care based on technical dimension and the relation patient-health care provider. As to *results*, the participants considered that the actions provided problem solution, which means quality of the care provided. Nonetheless, based on the personal experience of observing the empirical field, the researcher concluded that quality of health care is not taken into account in the organization of the working process.

Descriptors: quality of health care, patient satisfaction, evaluation

RESUMEN

PAIVA, S. M. A. ***Calidad del cuidado del hospital: evaluación de la satisfacción de los usuarios durante su período de hospitalización.*** 2006. 165h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

La meta de la calidad de la asistencia preocupa a los profesionales del campo de la salud que han tomado como base los principios del Sistema Único de Salud, de equidad, universalidad del acceso, de la integridad, regionalización y jerarquización, capacidad de resolver problemas, participación y control social para orientar sus prácticas. Además de esas directrices, el vínculo, la acogida y humanización son dimensiones que forman parte de este proceso de reconstrucción de la política de salud en el sentido de garantizar la calidad del cuidado. El estudio trae una construcción del problema de investigación, donde se realiza una reflexión sobre la organización de las políticas públicas de salud, una revisión teórica sobre las influencias de las teorías administrativas en el ámbito de la salud y un análisis crítico sobre la implantación de programas asistenciales en la salud que tiene como objeto la Calidad Total y la consideración teórica sobre la satisfacción como indicador de evaluación de la calidad de los servicios de salud. Teniendo como base lo anteriormente expuesto, la investigación fue desarrollada con el objetivo de evaluar la satisfacción de los usuarios en relación a la atención de sus necesidades de salud durante el período de hospitalización como elemento para evaluarse la calidad. La metodología escogida fue la de la investigación cualitativa y para la recolección de datos fueron utilizadas las técnicas de la observación participante y el grupo focal. El análisis de las respuestas de los sujetos se basó en el modelo de Donabedian que comprende la estructura, el proceso y el resultado. La estructura abarcó los aspectos tangibles referentes al ambiente, recursos humanos, materiales, equipos y habilidades. El proceso incluyó las subcategorías acceso, cuidado, proceso de trabajo, tratamiento y diagnóstico, y el resultado involucró la capacidad de resolver problemas, las estrategias en la búsqueda de agilización de la resolución de las acciones de salud, y el hospital en la atención de algunas necesidades de vida de los usuarios. Mediante este tipo de análisis se puede deducir que los participantes consideraron satisfactoria la atención, basándose en algunos ítem de la *estructura*, el *proceso*, en lo que respecta al cuidado, a partir de la dimensión técnica y de la relación con los profesionales y el *resultado*, porque consideraron que hubo capacidad de resolver problemas en las acciones, que mostraron la calidad de la atención. La investigadora, partiendo de su vivencia de observadora del campo empírico, consideró, sin embargo, que la forma de organización del proceso de trabajo del hospital no contempla una preocupación con la calidad de la atención en salud.

Descriptores: calidad de la atención de la salud, satisfacción del paciente, evaluación.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Análise e significado das falas dos sujeitos com base nos princípios de Donabedian	92
---	----

LISTAS DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CQH	Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia
ISO	International Organization For Standardization
JCAH	Joint Comisson On Accreditation Of Hospitals
JUSE	Union Of Japanese Scientists And Engineers
OPS	Organização Pan- Americana De Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TQ	Qualidade Total
TQC	Controle de Qualidade Total
TQM	Total Quality Management Ou Gerenciamento Da Qualidade Total

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Resumen	
Lista de Quadro	
Lista de Siglas	
INTRODUÇÃO	15
1 A Construção do Problema da Pesquisa	21
1.1 Políticas de Saúde: o movimento da reforma sanitária e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	22
1.2 A influência das teorias administrativas no setor saúde: a lógica capitalista que subordina as teorias administrativas	37
1.3 Relevância das considerações pertinentes à qualidade na saúde	52
1.3.1 Meios e instrumentos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde	54
1.3.2 Análise crítica aos programas de qualidade pautados na qualidade total	57
1.3.3 A qualidade enquanto abordagem fundamentada nos determinantes sociais	60
1.4 A satisfação como indicador de avaliação de qualidade	64
1.5 Objetivo da pesquisa	68
2 CAMINHAR METODOLÓGICO	69
2.1 A escolha do campo	70
2.2 A entrada em campo	70
2.3 Caracterização do campo empírico	72
2.4 A escolha do método de pesquisa: a pesquisa qualitativa	77
2.4.1 Observação participante	78
2.4.2 A escolha dos sujeitos e a configuração dos grupos focais	80
2.4.3 Análise dos dados	86
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	89
3.1 Caracterização dos sujeitos	90
3.2 Categorias de análise	91
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
5 REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	156
ANEXO	164

INTRODUÇÃO

A preocupação com a assistência ao ser humano no seu aspecto integral teve início ainda na graduação em Enfermagem e foi decisivo na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, decorrente da forma como a disciplina aborda o homem no contexto biopsicossocial.

Por essa razão, no ano seguinte à conclusão da graduação, ao retornar à Escola de Enfermagem, a pesquisadora procurou a Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e, posteriormente, o Mestrado, em área afim, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, além de desenvolver atividades assistenciais no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e de gerente do serviço de enfermagem na Clínica de Repouso de Mococa, de 1994 a 2002, ano em que foi aprovada no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O conteúdo das disciplinas, tanto no âmbito da Especialização, como no Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, traz, entre as funções do enfermeiro psiquiátrico, a responsabilidade pela criação e manutenção de ambiente que seja terapêutico e pelo desenvolvimento de relações interpessoais, através da comunicação que se baseia em abordagem que resgata o lado humano da relação.

O ambiente terapêutico influencia, potencialmente, o processo da comunicação, ajuda a elevar a auto-estima do usuário, o desenvolvimento de sua confiança nos profissionais e, conseqüentemente, leva ao respeito mútuo (TAYLOR, 1992, p.89; TEIXEIRA et al., 1997, p.27).

As relações interpessoais, ou relações de ajuda, têm como pressupostos básicos o compromisso emocional com o usuário, significando que o enfermeiro tem,

além de habilidades profissionais, interesse e capacidade de ouvir e compreendê-lo e não tratá-lo como objeto de sua ação, envolve a aceitação do outro e habilidade para perceber as suas vivências (TRAVELBEE, 1982, p.139; FUREGATO, 1999, p.19; SILVA, 2005, p.48).

A comunicação é o processo de compreensão que permite a expressão e a percepção do significado dos pensamentos entre as pessoas, assim, a enfermeira utiliza a comunicação terapêutica para perceber as necessidades dos usuários e poder definir metas e objetivos, permitindo a personalização da assistência e, ao mesmo tempo, o oferecimento do cuidado necessário para ajudá-lo a se sentir como ser humano (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005, p.2).

Ao transportar esses princípios para a prática da enfermagem clínica, ter atitudes compreensivas e centradas na pessoa promove transformações profundas na organização e na administração da assistência, exigindo do enfermeiro postura mais humanizada. Significa centrar a atenção de enfermagem no usuário, em suas necessidades e não apenas na execução das prescrições médicas. As interações terapêuticas podem ocorrer em qualquer local e a qualquer momento, durante a execução de um procedimento de enfermagem, ou durante a ação de prover uma necessidade de conforto, de higiene (FUREGATO,1999, p.57; STEFANELLI, 2005, p.38).

Quando o enfermeiro, enquanto gerente dos serviços de saúde, orienta a sua conduta profissional nesse caminho, valorizando a vida, ele vai oferecer atenção individualizada, respeitar as necessidades dos sujeitos e orientar a equipe de enfermagem pautada nesses princípios e, assim, estará contribuindo para humanizar a assistência e prestar cuidado com qualidade.

O Ministério da Saúde vem se esforçando para a construção de novo

modelo do processo de trabalho, a partir de princípios que levem em conta os conceitos de saúde/doença e das diretrizes de universalidade do acesso, integralidade das ações, da equidade, da regionalização e hierarquização; da resolutividade, da participação e do controle social como estratégias para a melhoria da qualidade da assistência no campo da saúde.

Acrescenta-se a isso o acolhimento, a humanização e a satisfação do usuário, considerados, hoje, como elementos essenciais da qualidade e como instrumentos básicos para a reorganização dos serviços de saúde.

O novo paradigma de gerenciamento das organizações de saúde, portanto, reconhece que a qualidade não é apenas um atributo de um serviço, mas envolve a medida de um relacionamento entre todos os envolvidos no processo (CADAH, 2000, p.4).

A corrida hoje pela qualidade não se trata apenas de boas intenções adquiridas dos serviços de saúde, mas da necessidade de atender as exigências de uma população cada vez mais consciente de seus direitos, da essência das relações humanas no trabalho e, principalmente, de diminuir os custos da alta tecnologia utilizada pela medicina (ANTUNES, 1997, p.3).

O autor pontua que a qualidade precisa estar presente em todo o processo de discussão da assistência do enfermeiro, uma vez que o foco de assistência de enfermagem deve ser o indivíduo e o atendimento de suas necessidades; porém, as pesquisas sobre essa temática, apesar de estarem se desenvolvendo e conquistando dimensões significativas na enfermagem, ainda estão longe de alcançar a abrangência necessária e desejada pelos enfermeiros.

Pautando-se na visão humanista do homem, portanto, de seus direitos fundamentais de saúde e somando-se às vivências anteriores da pesquisadora,

como gerente de serviços de saúde, o **tema qualidade** passou a ser um motivo de inquietação para a busca deste estudo. Assim, ao ser selecionada para o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a proposta de pesquisa teve como objetivo o estudo sobre esse tema.

Na elaboração do projeto, e apoiada por referencial teórico que tratava da qualidade no âmbito das organizações, o foco do trabalho foi encaminhado em direção à qualidade na dimensão organizacional. Durante o Exame de Qualificação, como resultado das preciosas reflexões junto à Banca Examinadora, chegou-se à conclusão que este estudo teria maior contribuição no campo da saúde se a qualidade fosse explorada, partindo-se das necessidades de saúde e dos determinantes sociais.

Assim, o projeto foi então reelaborado, com a proposta de apreender a qualidade na visão dos usuários que passaram por um período de internação em um hospital no interior de São Paulo, tomando-se como elemento balizador da qualidade a satisfação dos usuários com o atendimento.

O primeiro capítulo abrange a *Construção do problema de pesquisa*, sendo que na *primeira parte* é realizada uma reflexão, apoiada nas abordagens desenvolvidas no âmbito das Políticas de Saúde, contextualizando-se a organização das ações e práticas de saúde, orientadas pela reforma sanitária e pela construção do Sistema Único de Saúde. Considerou-se importante também resgatar os princípios de equidade, integralidade, universalidade do acesso, regionalização e hierarquização, resolutividade, participação e controle social, que servirão de suporte teórico para a análise de todo o material empírico de pesquisa.

Na segunda parte do capítulo, julgou-se importante tecer revisão teórica

sobre as *Teorias Administrativas* e como essas influenciaram a organização dos serviços de saúde, dando-se especial atenção à teoria da Qualidade Total, uma vez que essa tem sido muito abordada na saúde, como modelo de organização do processo de trabalho. A *terceira parte* traz consideração teórica sobre a Qualidade, voltada para o trabalho em saúde, com análise crítica à implementação de programas assistenciais que têm como foco a Qualidade Total.

A *quarta parte* apresenta a sustentação teórica sobre o conceito de *Satisfação* e sua utilização como um dos indicadores de avaliação da qualidade dos serviços, privilegiando a discussão sobre o seu uso na área da saúde.

Ainda, no desdobramento desse capítulo, procurou-se situar o **objeto** e definir o **objetivo da pesquisa**.

No **segundo capítulo** desenvolveu-se a *Metodologia*, detalhando-se a escolha do campo, a entrada em campo, a caracterização física do contexto, a escolha do método de pesquisa, a escolha dos sujeitos, a configuração dos grupos focais e a análise dos dados.

O **terceiro capítulo** apresenta os *resultados e discussão dos dados* e o **quarto capítulo**, *as considerações finais*.

1 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

1.1 Políticas de saúde: o movimento da reforma sanitária e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

A política e a gestão são importantes instrumentos para operacionalizar a construção de novos modelos de atenção em saúde (CAMPOS, 2003, p.111).

A organização dos serviços de saúde no Brasil, que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu a democratização da assistência à saúde, foi resultado da organização de movimentos sociais e, entre esses, o Movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 que se contrapôs ao modelo econômico vigente sobre a saúde da população, que priorizava as questões econômicas no lugar das sociais, gerando o empobrecimento de parcelas significativas da população e a exclusão do acesso aos principais meios de subsistência para uma vida digna na sociedade (BRASIL, MS, 2001a, p.36).

Essa política se refletia no tipo de organização das ações e práticas de saúde, que se baseava na assistência individual curativa, no lugar da coletiva e na medicalização da sociedade (MENDES GONÇALVES, 1994, p.106).

O que caracterizou fundamentalmente as mudanças na política de saúde, no período de 1980-90, foi a crise econômica do país e o processo de redemocratização, que levaram à transformação no âmbito político (BRASIL. MS, 2001b, p.37).

A Constituição Federal de 1988 passou a garantir o direito à saúde e deu origem à implantação do SUS que ampliou o conceito de saúde e passou a objetivar a descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do sistema público, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e, diretrizes para o financiamento no setor e do controle social, como cita Forster (1998), assegurando a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde.

A construção desse sistema público incorporou princípios e diretrizes que exigem do Estado a promoção das condições necessárias à saúde da população e requer modelo assistencial voltado para os determinantes das condições de saúde da população e não apenas para o tratamento das doenças.

... esse sistema estabeleceu assim uma forma de unificação das instituições de saúde, integrando e descentralizando as ações e os serviços e democratizando o acesso, através da disponibilização dos serviços mais próximos da população. Essa mudança exigiu dos serviços uma nova forma de gestão e uma nova ética dos profissionais de saúde (BRASIL. MS, 2001a, p.38).

O Sistema Único de Saúde se norteia por **princípios filosóficos/ideológicos** que incluem a: equidade, integralidade, universalização do acesso e **por princípios organizativos** que abrangem a descentralização, a regionalização e hierarquização, a resolutividade, a participação e o controle social. Dessa maneira, a promoção da saúde vem reforçar a importância da atenção básica na oferta dos serviços públicos, como um dos lócus mais importantes para a consolidação dos princípios do SUS e no qual o cuidado é tomado como uma tecnologia assistencial complexa, presente em todos os níveis de atenção do sistema.

Como esses princípios, portanto, expressam em grande medida o processo de consolidação do direito à saúde, considerou-se importante analisá-los, pois ajudarão na compreensão do objeto do estudo.

Assim, entende-se por **equidade** a igualdade do direito à assistência à saúde, com base nas situações de risco, nas condições de vida e no estado de saúde da população. Está relacionada à busca da maior justiça social e à distribuição justa de bens e serviços à população (BRASIL. MS, 2001a, p.39).

Como crítica à concretização desse princípio, Porto e Travassos (2003) pontuam que, apesar de se ter conquistado uma política pública de saúde avançada

no Brasil, o modelo econômico adotado atua no sentido inverso, fortalecendo a concentração de riquezas para uma minoria dominante e diminuindo o investimento em áreas sociais prioritárias, como a saúde e a educação e, com isso, acentua a desigualdade e limita o acesso aos bens de consumo, incluindo a saúde aos grupos sociais necessitados.

A **integralidade** orienta as práticas de saúde para a assistência integral e holística, objetivando a promoção da saúde, a prevenção e a cura da doença. Portanto,

... a organização das práticas de saúde, pautada na integralidade, exige o rompimento da atenção dos sistemas convencionais fortemente centrados na atenção curativa e reabilitadora das doenças para a promoção da saúde e a prevenção das doenças. A cultura hospitalocêntrica é superada por uma cultura que privilegia a atenção integrada e o modo de atendimento muda o foco do individual para o coletivo, identificando pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolve ações para atender às diferentes necessidades de grupos ou pessoas (MENDES, 2001b, p.102).

A **universalização do acesso** garante os direitos de acesso a todos os bens e serviços produzidos na rede de atenção à saúde, independente de gênero, etnia, nível de renda ou nível de risco (MENDES, 2001a, p.58).

O acesso inclui também a adequação do atendimento ao usuário pelo sistema de saúde, abrangendo o tipo de serviços disponibilizados e a demanda da população (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.189).

A universalização do acesso, entretanto, não vem respondendo pelo atendimento da demanda da população, como foi proposto por esse sistema, e tem sido considerada excludente, em consequência do racionamento do sistema público que ocorreu, sobretudo, a partir de 1995, devido ao ajuste neoliberal, que acarretou deterioração da rede pública e redução da oferta dos serviços, com baixa resolutividade. Dessa forma, esse sistema de saúde, que deveria ser universal e

gratuito, vem se transformando num sistema para os pobres, porque a dificuldade para o acesso às ações e serviços de saúde na rede pública tem levado as pessoas com um maior poder aquisitivo ao setor privado (MENDES, 2001a, p.109).

Ao mesmo tempo em que isso ocorre, alguns procedimentos de alta complexidade não são garantidos pelos planos de saúde e levam muitos desses indivíduos a recorrerem de volta ao sistema público para esses atendimentos, aumentando a demanda do serviço e o tempo de espera dos usuários que dependem unicamente do sistema público de saúde (URBANO, 2003, p.42).

...a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização de práticas e controle social; o funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social, aporte de recursos fiscais aos fundos de saúde (pelas três esferas de governo) e reformulação do modelo assistencial para outro eixo na assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada (FORSTER, 2005, p. 319).

Ainda segundo a autora, **a regionalização e hierarquização** consistem de sistema de organização de serviços orientados para responder a vários níveis de necessidade da população por serviços médicos; prevê área geográfica, rede de serviços e esquema de atendimento segundo níveis de complexidade dos serviços e ações de saúde ofertados.

A utilização de serviços depende dos tipos de problemas de saúde que as pessoas apresentam quando demandam por serviços e o acesso da população à rede se dá através dos serviços de nível primário de ação, que devem ser qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde e os que não forem resolvidos a esse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica; no nível terciário estão os hospitais de referência.

A autora afirma ainda que os problemas de alta prevalência referem-se às necessidades de atenção primária, os serviços de nível mais central (unidades distritais e hospitais) abrangem uma base populacional maior e, em geral, são serviços de referência assistencial para um grupo de serviços básicos de saúde, atendendo pessoas com problemas de saúde mais complexos e de menor prevalência.

Em nível central regional estão os hospitais de máxima complexidade, abrangem base populacional grande e proporcionam assistência aos clientes referenciados com afecções de baixa prevalência.

... a **resolutividade** ou ação resolutiva significa usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário. Significa colocar à disposição do usuário toda a tecnologia disponível a fim de agilizar o diagnóstico e propor o tratamento adequado para cada caso, utilizando-se de uma abordagem que envolve a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. O desdobramento esperado desse processo é uma alteração do quadro da doença e a satisfação do usuário (CECÍLIO, 1994, p.139; CECÍLIO,1997, p.332).

A participação e o controle social como princípio organizativo remetem a um conjunto de práticas que visam o exercício da cidadania e a garantia do acesso do cidadão a informações sobre sua saúde. Representa um espaço de participação social na administração do sistema público e atua no controle da execução da política de saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS e se efetiva com a participação de representantes de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal, legalmente legitimados nas Conferências de Saúde.

Além desses princípios, a implantação do Sistema Único de Saúde vem exigindo dos serviços de saúde projetos voltados para a criação de alternativas assistenciais, de uma nova sociabilidade e de algumas outras diretrizes que são

fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado, como as noções de acolhimento, vínculo e humanização (CAMPOS, 1994, p.63).

Assim, o acolhimento, segundo Ferreira (1977), “significa o ato ou efeito de acolher, de recepcionar, de dar atenção, consideração”. E acolher significa dar acolhida ou agasalho, receber, hospedar, ouvir, aceitar.

Na saúde, o acolhimento tem sido empregado com a noção de universalizar o acesso a todos os usuários que a procuram e, juntamente com a escuta qualificada e o compromisso com a resolução do problema de saúde, dar respostas eficazes aos mesmos (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, p. 46).

Coimbra (2003), tomando como base as idéias de Mehry e Onocko (1997, p.107), pontua que o acolhimento consiste de tecnologia leve, tecnologia das relações que se produz no trabalho vivo e requer o processo de escuta das necessidades sociais, o acesso universal, a melhoria da qualidade dos serviços e favorece a relação usuário e trabalhador. Leva a atenção a centrar o atendimento no usuário e o eixo de trabalho tem que ser necessariamente em equipe interdisciplinar, possibilitando maior autonomia desse em relação à sua saúde.

Essa diretriz propõe a inversão da lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde, através da reorganização do processo de trabalho, de modo que a atenção focada no médico se desloque para a equipe multiprofissional, com a participação de todos no atendimento direto ao usuário (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, p.46).

... o acolhimento, enquanto elemento fundamental do processo de construção de novos modelos de atenção, não pode se limitar apenas ao ato de receber bem e se restringir apenas às atividades de porta de entrada, envolve a humanização do atendimento e a resolutividade da necessidade de saúde de cada usuário que procura o serviço (MATUMOTO, 1998, p.11; COIMBRA, 2003, p.10).

Refletindo sobre o cotidiano das práticas de saúde, assim como Mehry (1994), constata-se que, na maioria das vezes, essas não são nada acolhedoras e freqüentemente o que se observa é o contrário, predominando a morosidade no atendimento, além de pouca efetividade e baixa qualidade; com filas imensas de espera, desinformação dos usuários, quando tudo isso não vem acompanhado de atitudes desrespeitosas de alguns profissionais.

O vínculo é outro elemento fundamental na prestação de um serviço que preza a qualidade. Segundo Campos (1994), um sistema de saúde que considera as diretrizes do vínculo e do acolhimento exige uma gestão descentralizada e pautada no trabalho em equipe. Exige a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários e a construção do compromisso dos profissionais no cuidado da saúde.

Segundo Rollo (1997), Waidman e Stefanelli (2005), o plano terapêutico deve envolver o usuário e família no tratamento, incluir as informações necessárias referentes ao diagnóstico, às condutas terapêuticas, aos prognósticos, bem como atender outras necessidades que possam emergir, valorizar a subjetividade, os medos e sentimentos dos usuários.

Um outro elemento que tem sido constantemente mencionado na área da saúde é a humanização, traduzida pela relação humanizada e acolhedora, que os trabalhadores têm que estabelecer com os seus usuários. Exige transformação nas práticas dos serviços, a partir de um processo reflexivo que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e do reconhecimento dos profissionais (MEHRY, 1994, p.138; DESLANDES, 2004, p.9).

Puccini e Cecílio (2004) vêem a humanização como resgate à essência humana perdida e como crítica à complexidade tecnológica na saúde em detrimento

da natureza humana.

A questão da humanização tem sido enfatizada principalmente no âmbito hospitalar, porque o hospital, além de importante espaço de produção de conhecimento, concentra a maior parte dos recursos em saúde, daí a necessidade de melhorar a qualidade da assistência hospitalar, possibilitando maior benefício de usuários e de profissionais de saúde.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção tecnológica relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar apareceu em torno de 1870. Até esse período, entre os seus objetivos predominou o caráter caritativo-religioso, onde o poder do pessoal religioso era destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, além de servir, também, como instrumento de exclusão e reclusão social, atendendo a necessidade de proteção da população contra os perigos que esses representavam, por serem portadores e propagadores de doenças infecto-contagiosas (LIMA, 1998, p.20; GOMES, 1999, p.73).

... tais necessidades sociais emergiram durante o capitalismo, que exigiu o controle da escassez da força de trabalho e a saúde foi um dos mecanismos utilizados para cuidar da força de trabalho e, a partir daí, a clínica se instrumentalizou com o saber anátomo-fisiológico para apreender o seu objeto de trabalho, o corpo doente e a doença, modelo esse, clínico, que tinha por finalidade a recuperação do corpo individual (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 19).

A clínica, segundo Foucault (1979), apareceu como dimensão essencial do hospital enquanto lugar de formação e transmissão de conhecimento. A organização ocorreu, não a partir da técnica médica, mas da disciplinarização do espaço hospitalar, que permite a cura, e o doente passou a ser objeto do saber e da prática médica.

Atualmente o hospital é reconhecido como importante espaço de

intervenção para ações de diagnóstico e terapêutica e, nesse espaço, os sujeitos não estabelecem só uma relação técnica, mas relações que são eminentemente sociais, relações de poderes, saberes e ideologias e onde se desenvolvem conflitos, competições e contradições. Compõe um mundo onde se desenvolvem práticas médicas, de enfermagem e de outras profissões e onde se instala um conjunto de poderes institucionalmente formalizados (GOMES, 1999, p.74).

Estruturalmente, o hospital está organizado de acordo com a teoria clássica, de forma que a medicina ocupa posição de dominância profissional na produção dos cuidados e na organização do trabalho e confere aos médicos o caráter de saber central e converte em saberes periféricos os outros saberes profissionais (CARAPINHEIRO, 1993, p.184; LOPES, 2001, p.30).

No decorrer da racionalização do sistema provocado pelas novas tecnologias e descobertas científica, entretanto, no campo das ciências experimentais aplicadas à medicina e às ciências da saúde em geral, do surgimento de equipamentos de alta complexidade, vem trazendo uma série de transformação nesses campos, e entre essas o processo de desumanização é uma das conseqüências do divórcio entre a medicina e as relações humanas (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1345).

Dessa forma, a temática humanização do atendimento em saúde, segundo Casate e Corrêa (2005), mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que o atendimento pautado nos princípios do SUS demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do usuário e dos profissionais de saúde.

As autoras afirmam ainda que, até os anos 80, o modelo de assistência no país era centrado no atendimento curativo, especializado e individual, com a reforma

da assistência, configurou-se um novo projeto de saúde e com a Constituição de 88, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, com ênfase na cidadania, garantindo a operacionalização de um serviço de saúde que considere a dignidade do usuário.

Na realidade, o resgate da humanização teve sua gênese com o movimento da reforma psiquiátrica por Basaglia (1985). O autor iniciou um questionamento do sistema institucional e da racionalização política no modo de tratar a doença mental. Em decorrência, desenvolveu-se um processo de transformação institucional, que ampliou o conceito de doença mental e do processo de cura para além da ação terapêutica, incluindo-se, a necessidade de se considerar as questões sociais para sua integração na sociedade.

Assim, a temática humanização vem se construindo no contexto da saúde, de uma perspectiva curativa para a valorização da saúde como um direito do cidadão.

A valorização do usuário como sujeito de seus direitos teve início, principalmente, na década de 90, trazendo a idéia da humanização como um movimento crescente. Entretanto, apesar dessa temática estar em pauta hoje nos serviços de saúde, o usuário ainda se depara com uma diversidade de situações desumanizantes no contexto hospitalar.

Frente a isso, considerou-se importante enfocar algumas dessas situações, uma vez que o hospital constituiu o campo empírico desse estudo.

Casate e Correa (2005) apontaram alguns aspectos desumanizantes relacionados às falhas no atendimento e condições de trabalho. Como falhas do atendimento estão as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a ausência de regulamentos, de normas e rotinas, a deficiência de instalações e

equipamentos, falhas na estrutura física; o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, de preparo psicológico, de informação e a falta de ética por parte de profissionais no modo de tratar o usuário, entre outros.

Além desses aspectos, Bellato (2001) afirma que, quando o indivíduo passa por uma avaliação médica e a sua hospitalização é determinada, é submetido a uma série de procedimentos que a autora chama de rituais de iniciação no hospital. Esse começa pela sua passagem no serviço de Registro e Documentação, onde receberá um número de registro que o identificará como pertencente ao hospital e sua entrega total à instituição ocorre quando ele assina o Termo de Responsabilidade, declarando que “concorda” com todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários durante a sua hospitalização.

Após, o cliente é conduzido à unidade, onde ficarão com ele apenas os poucos pertences pessoais permitidos. Em decorrência ao cumprimento das regras da hospitalização, a subjetividade do usuário é anulada e ele passa a ser apenas mais um usuário que veio ocupar mais um leito no hospital.

Em geral, a concepção que os profissionais têm sobre o usuário está associada à abordagem da doença e, em geral, no atendimento prestado há pouca preocupação com a autonomia do usuário, com o seu direito de tomar decisões, exprimir suas preocupações e desejos (LIMA, 1998, p.149).

O espaço físico destinado a eles em geral é restrito e expressa a disciplinarização dos corpos e a vigilância constante como exercício de poder (FOUCAULT, 1979, p.106).

Carapinheiro (1993) aponta dois tipos de doentes “o doente do hospital” e “o doente do médico”, a partir do estatuto social do doente e do estatuto do doente na sua relação com o sistema médico.

A autora chama de “doente do hospital” o indivíduo cuja família não é integrada ao processo de internação e que apresenta *status* inferior. Em geral, é admitido na instituição através do serviço de urgência ou de consulta pelo sistema público de saúde, não existe relação pessoal com o médico da instituição, a responsabilidade médica é aquela que está definida no quadro das práticas correntes, sendo a comunicação com o médico hermética e centrada no exame clínico e na prescrição médica, face a um usuário passivo, resignado, sem fazer exigências, ansioso e receoso de fazer perguntas. O médico, por sua vez, acha desnecessário qualquer diálogo com o doente, por razões que se assentam numa “lógica de sigilo” médico.

Já o “doente do médico” detém posição diferenciada, tanto quanto à sua relação com a sociedade como em relação ao sistema médico hospitalar; o seu contexto externo determina a sua posição diferenciada no ambiente hospitalar; o zelo do cuidado médico está presente na sua atuação. O usuário se dirige ao médico e não à instituição. Esse procura os cuidados médicos especializados de que ele é o meio de acesso. Assim, a responsabilidade médica é assumida individualmente e diretamente e a comunicação entre o médico e o usuário se desenvolve de outra maneira. À medida que o usuário deposita confiança no médico, sabe porque foi internado e durante a internação há continuidade das informações sobre seu estado de doença e é tratado pelo médico com diferença. Como decorrência, o usuário não se comporta como um ser passivo à intervenção clínica, reconhece quem detém o saber e se mantém seguro quanto à qualidade do cuidado que lhe é prestado.

Segundo Bellato (2001), se o usuário expressa algum grau de rebeldia com alguma situação que discorda, recebe dos profissionais o rótulo de “difícil,

agressivo, rebelde” e a equipe passa a se distanciar dele, uma vez que fugiu às suas expectativas.

O hospital é também segundo a autora, palco do confronto com a morte, seja através de vivenciar a morte do outro, seja pela possibilidade de sua própria morte. Essa ameaça de morte é fator de angústia, de medo e, ao mesmo tempo, de solidariedade pelo sofrimento do outro e muitas vezes o usuário tem que dividir o quarto com um enfermo moribundo, em fase terminal, convivendo com toda a carga emocional que a situação acarreta, sem que nenhum profissional tenha a sensibilidade de perceber a sua fragilidade e proporcionar apoio e até criar um espaço individualizado para o moribundo em respeito à sua privacidade e à sua dignidade.

Considerando o hospital, portanto, como um complexo mundo do trabalho no campo da saúde e que, como cita Carapinheiro (1993), mesmo produzindo em qualquer sociedade o mesmo impacto nas experiências humanas de viver a doença, no entanto, é possível captar sempre a singularidade de cada uma delas e foi baseado nessa linha de reflexão que se adotou esse espaço como campo empírico de observação.

Além disso, acrescenta-se também a falta de percepção dos profissionais com a vulnerabilidade do usuário diante da necessidade de hospitalização, desconsiderando o seu afastamento dos familiares, do trabalho, a dor física e psicológica que a hospitalização provoca.

No que diz respeito às condições de trabalho, segundo Casate e Corrêa (2005), os baixos salários, a dificuldade da vida familiar, a jornada dupla de trabalho ocasionam sobrecarga de atividade e cansaço ao trabalhador. O contato constante com pessoas sob tensão geram ambiente de trabalho desfavorável, uma vez que as

instituições não oferecem um ambiente adequado, com recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, remuneração digna, oportunidades para os enfermeiros se aperfeiçoarem em sua área de atuação, para que possam exercer as suas funções de uma forma mais humanizada.

Segundo as autoras, a racionalização do trabalho, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, ao impedirem que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa, atuam como desumanizantes.

A humanização, portanto, requer focalizar o atendimento nas necessidades de saúde dos usuários e, para legitimá-la, o Ministério da Saúde regulamentou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil, visando aprimorar as relações profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, MS, 2001b, p.8; DESLANDES, 2004, p.8).

Baseado nesse programa, foi desenvolvido um conjunto de ações integrado e voltado para a assistência hospitalar, visando a melhoria das instalações físicas das instituições, a adequação das tecnologias, a capacitação dos profissionais e gestores hospitalares em busca de melhor contato humano entre o profissional e o usuário e nova cultura de atendimento hospitalar que valoriza a vida humana e a cidadania (BRASIL, MS, 2001b, p.8).

Atualmente o PNHAH foi substituído pelo Humaniza-SUS, como política de assistência e não mais como um programa específico (DESLANDES, 2004, p.8).

O movimento pró-humanização incorpora a satisfação dos usuários com o atendimento da equipe multiprofissional, como possibilidade de abrir a organização para o cidadão, envolvendo a sua opinião e reivindicação, indo além da

mensuração de graus quantitativos de satisfação.

O processo de trabalho humanizado exige também a construção de relações de trabalho mais flexíveis e que o trabalhador possa ter mais autonomia para a realização de suas atividades, de tal forma que ele possa se sentir responsável pela execução e resultado de suas ações.

Nos hospitais, essa intenção humanizada tem se traduzido em diferentes propostas de trabalho, na tentativa de melhorar a relação médico-paciente, na organização de atividades de convívio, brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música, ao teatro; à garantia de acompanhante na internação da criança; na implementação de novos procedimentos na atenção psiquiátrica; na realização do parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso, como o programa mãe canguru, entre outras (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1344).

O Ministério da Saúde lançou também este ano, a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, com distribuição gratuita à população, visando conscientizar os cidadãos sobre os seus direitos de saúde e dar orientações básicas sobre o funcionamento do SUS para que eles possam ter acesso digno aos sistemas públicos de saúde (BRASIL, M.S, 2006, p.1).

Essa iniciativa é mais uma ferramenta que os governantes estão adotando para a conscientização dos usuários sobre os seus direitos, desenvolvendo o senso crítico em relação à assistência de saúde, para que a população possa exigir dos profissionais atendimento com mais qualidade.

Assim, com a proposta de humanização, cresce a valorização das relações interpessoais e a busca da dignidade humana.

A construção de novas, diferentes e mais refinadas práticas de cuidado, portanto, pressupõe um olhar diferente para as organizações de saúde, um repensar

das práticas de cuidado dentro da organização hospitalar (ERDMANN et al., 2004, p.467).

Assim, o método de gestão e a gerência têm sido abordados como elementos chaves do processo de produção do trabalho, sendo que, na última década, o termo **gestão** passou a ser empregado para as formas participativas de administração e são reconhecidas pelas expressões qualitativas de co-gestão e autogestão (MOTTA, 1998, p.171).

A organização do trabalho em saúde também incorporou o saber de várias ciências e, dentre elas, a ciência da Administração adotada em grande parte nas instituições de saúde, sobretudo as hospitalares. O modelo gerencial hospitalar foi construído com base no componente gerencial taylorista e, evolutivamente, sofreu a influência do conhecimento de várias outras teorias administrativas, principalmente das Teorias das Relações Humanas, do Modelo Burocrático e mais recentemente da Teoria da Qualidade Total.

Assim, a segunda parte do capítulo traz as teorias administrativas e o desdobramento dessas, como influenciaram o modo de organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência no âmbito da saúde.

1.2 A influência das teorias administrativas no setor saúde: a lógica capitalista que subordina as teorias administrativas

... A divisão do trabalho surgiu inicialmente com a divisão social do trabalho, decorrente do modo de produção das sociedades capitalistas. Surgiu no século passado com a manufatura e com os estudos de Taylor que comprovaram a necessidade de racionalização dos processos de trabalho através de atividades parceladas em tarefas e da divisão entre concepção e a execução, em resposta a um interesse do sistema capitalista no aumento da produtividade (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p.53).

Assim, a *Teoria Clássica* surgiu durante o período industrial, no início do

século XX, objetivando a aplicação dos métodos científicos aos problemas da administração (CORREA, 2001, p.1).

A esse modelo taylorista, Campos (2000) denomina Racionalidade Gerencial Hegemônica, porque a forma de controle das gerências sobre o trabalhador exige que esses substituam seus interesses e vontades pelos objetivos e normas das empresas.

“A proposta de Taylor centrou-se na tarefa para que se alcançasse o máximo da produtividade, através da divisão do trabalho, da especialização do operário e da padronização das atividades a serem realizadas”, (CORREA, 2001, p.1).

“Esta forma de abordagem do trabalho consiste na separação entre a concepção, direção e execução de tarefas; o trabalho é fragmentado em tarefas e, quanto mais puder ser dividido, tanto mais especializado e capaz se tornará o trabalhador” (FREITAS; ALVES; PEIXOTO, 2005, p.3).

Essa centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa buscava limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador para que ele não adquirisse mais conhecimento do que seus superiores e mantivesse alienada a maioria dos trabalhadores (CAMPOS, 2000, p.24).

Esse modelo administrativo determinou uma organização funcionalista do trabalho, presente até hoje na prática da maioria das organizações de saúde, inclusive das hospitalares.

Entretanto:

... o trabalho em saúde é diferente dos outros trabalhos de prestação de serviços, porque não produz bens a serem estocados e comercializados e sim serviços que são consumidos no momento da prestação do cuidado, diferente de outros trabalhos de prestação de serviços, na medida que lidam com um objeto humano (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.1).

... na saúde, a organização do trabalho aprofundou-se na divisão técnica e social do trabalho e a racionalidade gerencial hegemônica se expressa na diferença de poder entre a gerência e os agentes de produção, entre o médico que realiza o diagnóstico e prescreve as ordens terapêuticas e a equipe de enfermagem que as executam para atingir o produto final do trabalho que é o restabelecimento da saúde (LIMA, 1998, p.36).

A ênfase centra-se no método funcional, no cumprimento de tarefas, tendo em vista a divisão do trabalho, a preocupação é com o como fazer, orientado por manuais de técnicas e procedimentos, como no serviço de enfermagem. A gestão segue modelo rigidamente hierarquizado e considera muito pouco as relações interpessoais. Esse tipo de trabalho, além de se tornar rotineiro e pouco criativo, não contempla a satisfação do profissional e conduz à alienação dos sujeitos (CORREA, 2001, p.4; FELLI; PEDUZZI, 2005, p.3).

... essa teoria sofre várias críticas devido à alienação e à despersonalização do trabalhador que, quando submetido a uma produção em série, desenvolve um sentimento de anonimato, de ausência de vínculos pessoais e consciência de não poder jamais acabar uma tarefa, de jamais poder, considerar-se responsável por alguma coisa, de jamais poder dizer a si próprio que realizou alguma coisa, por si mesmo e que a fez bem feita (FRIEDMANN, 1972, p.206).

Uma das idéias centrais da administração científica é a de que o homem é um ser eminentemente racional e por isso introduziu a idéia do “homem econômico”, baseada na racionalidade humana, ou seja, a maneira de maximizar a eficiência do trabalho era mediante um sistema de incentivos monetários. Assim, o trabalhador ganharia pouco se produzisse pouco e vice-versa e, para isso, estabeleceu-se um tempo padrão, que equivalia ao tempo médio necessário para que um trabalhador realizasse a tarefa (MOTTA, 2002, p.6; CAMPOS, 2000, p.30).

Fayol e seus seguidores, por sua vez, desenvolveram a idéia de que, para aumentar a eficiência da empresa, era necessário adotar estrutura e funcionamento adequados. Dessa concepção nasceu a Teoria Clássica, cuja ênfase

centrou-se na estrutura.

“A organização da empresa era condição indispensável para que todo processo de racionalização do trabalho produzisse bons resultados e passou a ser dividida por função, a lógica era que quanto mais fosse dividido o trabalho, mais este seria eficiente” (MOTTA, 2002, p.9).

Na opinião de Fayol, uma das funções do administrador era a organização e definiu o ato de administrar como prever, organizar, comandar e controlar. Definiu e sistematizou os princípios gerais da administração, apresentados como divisão do trabalho, centralização da autoridade, responsabilidade, disciplina, unidade de comando e subordinação dos interesses individuais aos gerais (CHIAVENATO, 2000, p.84).

... o hospital, acompanhando os princípios da administração científica, se reorganizou enquanto local de cura e para tomar o corpo doente, como objeto do trabalho médico, assim a saúde surge como um dos mecanismos de cuidar da força de trabalho e como no trabalho em geral, a concepção se separa do momento da execução, na saúde também ocorreu esta divisão em trabalho mais intelectual, representado pelo trabalho médico e o trabalho manual, ficou a cargo da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p.19).

... entretanto, esse modo de organização do trabalho na enfermagem e as desigualdades que reproduzem comprometem a qualidade da assistência de enfermagem, os trabalhadores perdem a visão global do trabalho; não contempla a divisão humana do trabalhador e do paciente; enfocando-os como máquinas; enquanto o trabalhador precisa realizar tarefas em um sistema de engrenagem, o usuário precisa restaurar o seu “corpo-máquina” (CORREA, 2001, p.5).

Esse modo de produção do trabalho ainda presente no cotidiano dos hospitais depõe contra a proposta do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde, pautado na integralidade e na equidade da assistência, na consideração da subjetividade e na participação social dos cidadãos.

A essa teoria se contrapôs a *Teoria das Relações Humanas*, que criticou duramente a concepção taylorista do “homem econômico”, valorizando os fatores

subjetivos no funcionamento da empresa, argumentando que o nível de produção não depende apenas do incentivo salarial e vantagens do emprego e que o trabalhador tem outro desempenho quando em grupo, substituindo a idéia do homem econômico pelo homem social (MOTTA, 2002, p.12; CAMPOS, 2000, p.30).

A teoria das Relações Humanas também teve a sua influência na forma de organização do trabalho em saúde, baseado no modelo de trabalho em equipe multiprofissional.

A revolução industrial levou a novas exigências de mercado, surgindo a necessidade de organizar as empresas e de uma direção com a maior eficiência possível. Assim, surgiu a *Teoria Burocrática*, que se alastrou rapidamente para todos os tipos de organizações, inclusive aquelas de saúde (CHIAVENATO, 2000, p.299).

Dessa forma, o modelo taylorista e burocrático hospitalar baseia-se na centralização, hierarquia e controle do trabalho. Impõe regulamentos, normas e padrões de comportamentos que não consideram a subjetividade das relações; a função administrativa é assumida por gerências que, na maioria das vezes, dão maior importância às normas, rotinas e procedimentos do que às necessidades do usuário (BERNARDES, 2005, p.19).

A Teoria da Burocracia não conseguiu superar a disputa que havia dentro da Administração entre a Teoria Clássica e das Relações Humanas e com o objetivo de abranger aspectos que eram considerados por uma e omitidos pela outra surgiu a *Teoria Estruturalista*, na década de 50 (CHIAVENATO, 2000, p.344).

Esse modelo definiu um novo conceito de *estrutura*, como um conjunto formal de dois ou mais elementos que permanecem inalterados mesmo quando ocorrem mudanças em alguns dos seus elementos ou relações. Incorporou a análise interna de uma totalidade em seus elementos constitutivos, sua disposição, suas

inter-relações, permitindo comparação e podendo ser aplicado a coisas diferentes entre si. Atribuiu grande ênfase aos objetivos organizacionais e à relação entre os objetivos organizacionais e o meio ambiente (CHIAVENATO, 2000, p.345).

Na evolução do desenvolvimento das teorias administrativas, a *Teoria Neoclássica* desenvolveu-se, a partir de 1947, como uma reação à influência das ciências comportamentais nas organizações, decorrentes do fato dos precursores da Teoria das Relações Humanas darem maior importância aos aspectos humanos do que aos econômicos.

A diferença entre essa e as Teorias Científica e a Clássica é que a Teoria Científica enfatizava os métodos e a racionalidade do trabalho, a Teoria Clássica colocava ênfase nos princípios gerais da administração e a Teoria Neoclássica considerava os meios na busca da eficiência, mas enfatizava os fins e os resultados na busca da eficácia (CHIAVENATO, 2000, p.174).

A partir da década de 50, a Teoria Neoclássica deslocou a atenção, antes fixada nas atividades-meio, para os objetivos ou finalidades da organização. O enfoque baseado no processo passou a ser substituído por enfoque nos resultados e nos objetivos alcançados, constituindo assim a *Administração por Objetivos* (CHIAVENATO, 2000, p.271).

Os objetivos seguem uma ordem de prioridades, classificados em três níveis: estratégicos, táticos e operacionais.

Os objetivos estratégicos ou organizacionais abrangem a organização em sua totalidade, os objetivos táticos envolvem os objetivos departamentais a médio prazo e os objetivos operacionais se referem a cada atividade ou tarefa a curto prazo.

Estabelecidos os objetivos, há necessidade de se elaborar um plano para

o alcance dos mesmos.

O processo de trabalho gerencial na saúde se depara com uma diversidade de necessidades de saúde que exige dos profissionais um planejamento, através do qual é possível identificar os problemas, estabelecer as prioridades, os objetivos e programar as ações necessárias na promoção e recuperação da saúde da população, portanto, a administração por objetivos está presente em vários momentos das atividades no campo da saúde (FERRAZ, 1987, p.3).

Como se constata, a ciência da Administração, assim como as outras ciências, está sempre buscando desenvolver o conhecimento e outros métodos que orientem os caminhos da gestão e que atendam as necessidades das organizações. Na evolução dessas teorias, o enfoque dessas centra-se ora nas pessoas, ora nas tarefas e na estrutura. Assim, a *Teoria Comportamental ou Behaviorista* foi desenvolvida na década de 50 com ênfase nas pessoas, mas dentro de um contexto organizacional.

Apoiou-se na teoria da motivação humana, segundo as quais o administrador precisa conhecer as necessidades humanas para compreender melhor o comportamento e motivar as pessoas dentro das organizações e, essas, somente poderão alcançar seus objetivos se as pessoas coordenarem seus esforços a fim de alcançarem algo que individualmente não conseguirão (CHIAVENATO, 2000, p.422).

A evolução da sociedade moderna impulsionou os estudiosos da administração a desenvolverem modelos cada vez mais sofisticados que dessem respostas mais rápidas e eficientes às empresas, que transcendessem os problemas exclusivos de cada ciência e gerassem modelos gerais para todas as ciências

envolvidas. Surge então a *Teoria Geral dos Sistemas*, pautada em três princípios: no reducionismo, no pensamento analítico e no mecanicismo.

A *Cibernética*, por sua vez surgiu, como uma ciência interdisciplinar destinada a estabelecer relações entre as várias ciências. É a ciência da comunicação e do controle e compreende os processos e sistemas de transformação da informação (CHIAVENATO, 2000, p.498).

A cibernética proporcionou profunda influência sobre a administração, não só pelos seus conceitos e idéias, mas principalmente pelos seus produtos como máquinas de automação e computadores.

Com o início da *era da informação*, na década de 90, surge uma nova onda de mudanças que se tornaram muito rápidas e, sobretudo, descontínuas. Essa surge como consequência do impacto produzido pelo desenvolvimento tecnológico e pela tecnologia da informação e é inegável hoje a sua contribuição em todas as áreas de trabalho, inclusive na área da saúde (CHIAVENTATO, 2000, p.655).

Dessa forma, a busca de novos métodos para a produção de bens e serviços e a garantia da produtividade foi sempre condições essenciais para a sobrevivência das empresas.

Por outro lado, as transformações ocorridas no cenário político mundial, a difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação contribuíram para o maior acesso à informação da população, tornando-a mais consciente dos seus direitos e, portanto, mais exigente em relação aos serviços colocados à sua disposição, (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.75).

Segundo as autoras, essa mudança de comportamento das pessoas levou as empresas a se adaptarem a esse novo cenário, a se tornarem mais flexíveis para a incorporação de estratégias para melhor atender às exigências do mercado

competitivo.

Dessa maneira, as organizações, segundo Chiavenato (2000), tentaram várias técnicas de intervenção e abordagens, dentre elas, as técnicas de melhoria contínua e a Teoria da Qualidade Total.

Entende-se por *melhoria contínua* uma técnica de mudança organizacional, que se relaciona ao melhoramento da qualidade através de um processo formal de melhoramentos contínuos, dentro de programas a longo prazo, por meio da colaboração e participação das pessoas, (JURAN, p. 292; CHIAVENATO, 2000, p.660; MAXIMIANO, 2000, p.226).

“Parte da idéia de que as pessoas que fazem o trabalho o conhecem melhor do que ninguém para propor recomendações que melhorem seu desempenho”, (CHIAVENATO, 2000, p.660).

Para as empresas, a adoção da administração da qualidade deixou de ser uma simples questão de redução de custos e ampliação de mercado para ser uma questão de sobrevivência. Os princípios da qualidade possibilitaram entender como ocorre a atividade produtiva e como podem melhorar qualquer organização (MEZOMO, 1993, p.187).

Nos serviços de saúde, a qualidade da assistência tem sido muito enfatizada e o conceito de qualidade vem se transformando, incorporando novos parâmetros.

Segundo Alvarez (2001), a busca pela qualidade teve início na década de 50, entendida como o atendimento aos **padrões** estabelecidos no projeto do produto, através da **inspeção**, o fator gerador concentrava-se no controle da qualidade da produção e a importância era dada aos interesses dos fabricantes e produtores. Na década seguinte, o foco passou a ser o uso que o consumidor

pretendia para o produto oferecido, portanto, o cliente tornou-se o mais importante, iniciando o **processo de controle da produção**. Posteriormente, procurando-se o atendimento do mercado consumidor com custos mais baixos, antecipou-se a identificação dos defeitos, procurando-se evitar as reclamações dos clientes e melhor atender às suas necessidades.

Na década de 80, surgiu a **garantia da qualidade**, uma vez que não era suficiente o produto estar de acordo com as conformidades, mas deveria também atender às necessidades do usuário. O eixo norteador da garantia da qualidade era a prevenção (TRONCHIN, MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.76).

Na década de 90, segundo as autoras, desponta a gestão do processo, em que a responsabilidade passa a ser compartilhada por todas as envolvidas no processo, dando ênfase às pessoas, objetivando a satisfação do cliente, conhecido como **Qualidade Total**.

Essa teoria tem sido muito enfatizada nas empresas e, embora tenha sido adotada em menor escala no campo da saúde, alguns pesquisadores, consideram os seus princípios como a solução para os problemas de gestão da qualidade dos serviços de saúde. Diante disso, considerou-se necessário compreender a sua influência sobre o comportamento gerencial, sobre a política de recursos humanos e sobre a organização dos processos de trabalho na busca pela qualidade, uma vez que a **qualidade** constitui a temática desse estudo.

A exploração do conhecimento desse tema exigiu uma conceituação de qualidade, o que é subjetivo e de difícil definição.

Ferreira definiu qualidade como propriedade, atributo ou condição das coisas ou pessoas, que as distinguem das outras e lhes determina a natureza (FERREIRA, 1977).

Para Juran (1990), há muitas definições para a qualidade como rapidez de atendimento às solicitações dos usuários, satisfação com o produto, ausência de falhas e deficiências.

O autor colocou ainda que a satisfação e a insatisfação com o produto não se opõem. A satisfação é o motivo pelo qual o produto é comprado e a insatisfação com o produto é a causa pela qual os usuários reclamam.

Segundo Nogueira (1994), definir qualidade de uma coisa é falar do conjunto de suas propriedades, independentemente do valor final que se atribui a essa coisa e quando se emite um juízo sobre um produto, naturalmente está se discriminando a qualidade boa da má, segundo as necessidades, ou gosto.

Dessa forma, na raiz de qualquer avaliação de qualidade está uma multiplicidade de juízos sobre cada uma das propriedades ou qualidades de um produto, consideradas individualmente ou na relação entre si.

Qualidade é, portanto, para o autor, a síntese dos juízos sobre as propriedades de um produto e o juiz da qualidade é primariamente o consumidor, tendo os técnicos e especialistas uma função de coadjuvante.

A qualidade como instrumento do processo administrativo de gerenciamento significa um processo contínuo de melhoria dos serviços e tem recebido a denominação de Qualidade Total (Total Quality- TQ), Controle de Qualidade Total-TQC) e Gerenciamento da Qualidade Total (Total Quality Management- TQM) (ANTUNES, 1997, p.12).

Entende-se por gerenciamento da qualidade, a filosofia que tem por finalidade melhorar continuamente a produtividade em cada nível da operação e em cada área funcional de uma organização, direcionada para satisfazer objetivos amplos, tais como: custo, qualidade, visão de mercado, planejamento e crescimento

da empresa. O processo combina técnicas de administração e técnicas especiais para aperfeiçoar continuamente todos os processos.

Esse método inclui a integração de todos os empregados, fornecedores e usuários dentro do ambiente da organização; o ganho da produtividade é alcançado por meio da melhoria da qualidade, para satisfazer as necessidades dos usuários. Para que esse se viabilize, é necessário o planejamento do produto, o controle de técnicas, prevenir os defeitos e o gerenciamento do processo para garantir a qualidade (BROCKA; BROCKA, 1994, p.3).

Segundo Brocka e Brocka (1994), para o desenvolvimento desse modelo é necessário estabelecer prioridades, através da utilização das ferramentas de qualidade, formular objetivos junto com os funcionários, a longo prazo, para que sejam realistas e alcançáveis.

Esse modelo preconiza ambiente dinâmico, cooperativo, de confiança, estimula a criatividade e os relacionamentos construtivos e em equipe, de modo a permitir o crescimento e a autonomia dos trabalhadores; o treinamento contínuo deve ocorrer durante todo o processo de produção e não apenas no final do processo (BROCKA; BROCKA, 1994, p. 37).

O gerenciamento da qualidade trouxe, segundo Chiavenato (2000), o enxugamento da empresa e a descentralização das gerências para o nível operacional, redução da hierarquia e do tempo de produção, atendendo os interesses do capital.

A filosofia da Qualidade Total teve início no Japão, no pós-guerra, na década de 50, quando foi criada a JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers), organização constituída por engenheiros e pesquisadores sem fins lucrativos, que se tornaria o centro das atividades de controle da qualidade no país.

Edwards Deming, americano, é reconhecido como grande precursor dos estudos de controle da qualidade e produtividade (BROCKA; BROCKA, 1994, p.7; MAXIMIANO, 1997, p.125).

Outro grande contribuinte para os métodos de controle da qualidade foi também o engenheiro americano Joseph M.Juran. Para esse autor, a administração da qualidade compreende três processos: planejamento, controle e a melhoria da qualidade, conhecida como Trilogia de Juran (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.78).

A partir daí, segundo Brocka e Brocka (1994), o controle da qualidade passou a ser entendido e utilizado como ferramenta administrativa, o que representou o início da transição do controle estatístico da qualidade para o controle da Qualidade Total como é praticado atualmente, envolvendo a participação de todos os setores e de todos os empregados.

Os japoneses foram além das técnicas e criaram também uma filosofia da administração da qualidade, à qual deram o nome de controle da Qualidade Total (TQC). O principal colaborador dessa filosofia foi Kaoru Ishikawa, que também desenvolveu as ferramentas da qualidade (BROCKA; BROCKA, 1994, p.90).

A gestão da Qualidade Total prevê o princípio da ausência de defeito, uma idéia desenvolvida por Crosby, em 1961, que preconiza que a qualidade só será alcançada quando tudo sair absolutamente certo, sem falhas (ALVAREZ, 2001, p.170).

Ainda, segundo Maximiano (1997), a escola da qualidade criou fortes raízes no Japão e influenciou profundamente a filosofia da administração das empresas daquele país e uma das empresas que mais aproveitou os princípios dessa escola foi a Toyota. O sistema Toyota de produção, que vem evoluindo

desde os anos 50, e foi a semente do modelo japonês de administração, baseou-se não apenas nos especialistas da qualidade, mas principalmente nas técnicas de Henry Ford e Frederick Taylor, ampliou as idéias de todos esses pioneiros da administração e sintetizou como princípios básicos da gestão: a eliminação de desperdícios e a fabricação com qualidade. O princípio da eliminação de desperdícios fez nascer a produção enxuta, que consiste em fabricar com o máximo de economia de recursos e o princípio da fabricação com qualidade que tem por objetivo gerar produtos sem defeitos. Esses dois princípios possibilitaram a manufatura de produtos de alta qualidade e baixo preço, levando a Toyota à posição de terceira montadora do mundo, atrás da General Motors e Ford.

Faz parte da filosofia japonesa da qualidade os **5 “S”** que, segundo Antunes (1997), é o nome dado a um programa utilizado na administração de empresas japonesas que tem apresentado excelentes resultados na qualidade e produtividade. Trata-se de um programa de educação que dá ênfase à prática imediata de hábitos saudáveis que permitem a integração do pensar, do sentir e do agir. Busca a classificação, a ordenação e a limpeza do ambiente de trabalho. No decorrer do tempo, faz com que seja modificado o comportamento, alterando as relações das pessoas consigo mesmo, com as outras e com a natureza.

Os 5 S são as iniciais de palavras japonesas que começam com a letra S e que significam: **SEIRI** (senso de utilização) refere-se à eliminação daquilo que não é necessário e remoção daquilo que não está sendo utilizado, ou que atrapalha o bom andamento do serviço. Reduz a necessidade de espaço, de estoque, de gastos com armazenamento; facilita o transporte interno, o arranjo físico, o controle e a execução do trabalho e evita a compra desnecessária e perdas de produtos estocados, aumentando o retorno do capital empregado; **SEITON** (senso de

ordenação) está relacionado à disposição sistemática de objetos e dados. Deixar os que são usados, freqüentemente, mais pertos, em local de fácil acesso e visualização. Evita o movimento desnecessário, leva à diminuição do cansaço físico, economia de tempo e aumenta a eficiência do trabalho. “Um lugar para cada coisa e cada coisa no seu lugar”; **SEISON** (senso de limpeza) manter o local de trabalho limpo, tornando o ambiente agradável; **SEIKETSU** (senso de saúde) relaciona-se com a preocupação com a saúde do pessoal, cada um deve ter consciência daquilo que afeta sua saúde e procurar agir sobre ele; começa com os próprios padrões de higiene e asseio; **SHITSUKE** (senso de autodisciplina): as normas e as regras devem ser respeitadas, os padrões éticos, técnicos e morais da organização devem ser seguidos. Isso deve ser trabalhado nos programas de treinamento e educação. Esses padrões alcançados se refletem na redução da necessidade de controle, evita perdas, melhora a qualidade dos produtos (ANTUNES, 1997, p.46).

Outra filosofia que contribuiu para o sucesso do Programa da Qualidade Total japonês apóia-se na Teoria Z, que inclui um conjunto de características, como confiança, participação na tomada de decisões, senso coletivo de responsabilidade, preocupação com o bem-estar físico, intelectual e moral dos empregados e familiares, emprego vitalício, avaliação e promoção lenta, incentivos e o desenvolvimento de habilidades interpessoais. Todos esses atributos levam ao sentido de família dentro da empresa e os trabalhadores retribuem, comprometendo-se com lealdade e obediência, atender às expectativas da empresa (OUCHI, 1982, p.40).

Como resultado do desenvolvimento dos pressupostos da qualidade, surgem os padrões de qualidade estabelecidos pela International Organization for

Standardization (ISO), criada em 1947, organização não-governamental, sediada em Genebra, responsável pela elaboração e aplicação dos padrões internacionais de qualidade e os princípios que norteiam a ISO 9000 foram desenvolvidos em 1987 para padronizar as normas de gestão de qualidade, e são emitidos por Organismos de Certificação Credenciados ou Acreditados (OCC) (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.78).

Segundo as autoras, a aplicação das normas ISO garante a uniformização dos métodos usados pelos organismos e envolve cinco certificações: ISO 9001 (produtos), ISO 9002 (serviços), ISO 9003 (sistemas), ISO 9004 (usuários) e ISO 14000 (gestão ambiental).

A normatização das ISO é feita pela INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia) (BRASIL, 1973).

O controle da melhoria de qualidade nos hospitais surgiu na década de 50, quando foi criada a JOINT COMISSON ON ACCREDITATION OF HOSPITALS (JCAH), de natureza privada para análise de casos por meio de auditoria, e desenvolveu indicadores, visando auxiliar o controle da qualidade dos cuidados prestados pelos hospitais (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.78).

1.3 Relevância das considerações pertinentes à qualidade na saúde

Até a década de 80, as possibilidades de melhoria da qualidade dos serviços em saúde foram realizadas através da aplicação de métodos de controle estatístico e foi Avedis Donabedian (1985) um dos principais estudiosos sobre a garantia da avaliação da qualidade em saúde e quem introduziu outros parâmetros de avaliação, que serão apresentados, aqui, posteriormente.

A qualidade da assistência adquiriu significado particular nos diversos setores da saúde, principalmente nas instituições privadas, cujo interesse é atender melhor o usuário, visando a competitividade do mercado, aumento da produtividade, otimização dos recursos e, conseqüentemente, o aumento do lucro.

Os serviços hospitalares estão cada vez mais preocupados com os custos cada vez mais elevados devido à complexidade tecnológica, com os usuários mais exigentes e com o cumprimento de melhorias para o credenciamento.

Enquanto a gestão de qualidade em outros países foi adotada na indústria, a partir da Segunda Guerra Mundial, no Brasil teve início na década de 80, e na saúde, na década de 90. Entretanto, o Ministério da Saúde só passou a pensar na gestão da qualidade a partir da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-93), que envolveu a discussão sobre a Acreditação Hospitalar (HALEY; ALMEIDA, 1994, p.29).

O Estado passou então a garantir que os serviços de saúde fossem prestados com competência, através do controle realizado por meio de alvarás, licenças de funcionamento ou certificados de habilitação, segundo critério de qualidade que se pauta na estrutura, no processo e no resultado.

A temática qualidade em saúde está relacionada à avaliação dos serviços de saúde, uma vez que, na essência do conceito de qualidade, está embutida a idéia de avaliação (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.80).

Assim, o processo de avaliação das ações se tornou imprescindível para que os serviços possam monitorar os resultados alcançados e planejar as mudanças necessárias (CADAH, 2000, p.3).

1.3.1 Meios e instrumentos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde

Avedis Donabedian (1985) desenvolveu um quadro conceitual a partir de três dimensões: *a estrutura*, que envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; *o processo*, que se refere às atividades envolvendo os profissionais de saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento, os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de saúde e paciente e *o resultado*, que corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários.

Posteriormente, Donabedian (1990) ampliou esses princípios, utilizando-se do que ele chamou de “Sete Pilares da Qualidade”: *a eficácia* que significa a capacidade de melhorias na saúde e no bem-estar, ou seja, o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis devido ao estado do paciente, quando mantidas as demais circunstâncias; *a efetividade* que representa o alcance do grau atingível na busca da melhoria nas condições da prática cotidiana; *a eficiência*, traduzida pela habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo; *a otimização*, que representa o balanço entre o custo e o benefício, *a aceitabilidade*, que é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de seus familiares, *a legitimidade*, que é a aceitação do cuidado pela comunidade e *a equidade*, que representa a igualdade na distribuição dos cuidados.

A organização dos serviços de saúde ainda hoje se pauta, principalmente, nos conceitos de Donabedian, enfatizando a estrutura, os recursos humanos e considerando muito pouco a satisfação como um componente necessário da qualidade.

Na saúde, tradicionalmente, são utilizados indicadores como meios de avaliação dos serviços.

Indicadores são representações quantitativas, ou não, de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema; constitui instrumento gerencial de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade (BITTAR, 1996, p.86).

A qualidade na saúde antes era mensurada através de indicadores de morbimortalidade e tempo de permanência no hospital, hoje existem novas medidas relativas ao estado de saúde dos usuários (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.82).

Segundo CARVALHO (2003), os Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar abrangem os seguintes indicadores: indicadores com ênfase nos usuários (avaliação da satisfação dos usuários); indicadores com foco nos recursos humanos (absenteísmo, rotatividade, índice de frequência de acidentes de trabalho, hora de treinamento por trabalhador); indicadores com foco nos pacientes (tempo de permanência, taxa de mortalidade, taxa mensal de cesarianas, índice de infecção hospitalar) e os indicadores com foco na administração hospitalar (taxa de ocupação de leitos, margem líquida).

No serviço de enfermagem são comumente utilizados como pontos críticos da assistência para traduzir a qualidade do atendimento: as anotações/registros de enfermagem, os processos profissionais éticos, o aparecimento das úlceras de pressão, quedas/acidentes com pacientes, a sistematização da assistência, a administração de medicamentos (medicação errada ou não administrada), o absenteísmo, o dimensionamento de pessoal, atraso/suspensão de cirurgia por falta de preparo, atraso/suspensão de exames por falta de preparo, falta de materiais, falta de medicamentos, equipamentos e materiais em condições inadequadas de utilização, infecção hospitalar, procedimentos prescritos e não realizados, avaliação

periódica de desempenho, controle da dor, peso diário não anotado, integridade da pele, transcrição incorreta de ordens médicas, satisfação da equipe de enfermagem e satisfação do usuário (MATSUDA, 2000, p.38).

... o Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH), criado na década de 90, é mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho de Medicina do Estado de São Paulo e, juntamente com o Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar, buscam monitorar os indicadores de saúde e adaptá-los aos projetos voltados para a realidade da população. Tem ainda o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) do Ministério da Ciência e Tecnologia, que preconiza a instituição do Prêmio Nacional de Qualidade, destinado a estimular a melhoria contínua dos produtos, (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.85).

Como citam também as autoras:

...o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento de avaliação da qualidade institucional que engloba todas as unidades do hospital, apresentando padrões de qualidade para cada uma, agrupadas em três níveis: *no nível 1* as exigências contemplam o atendimento dos requisitos básicos da qualidade assistencial como segurança nas ações assistenciais, estrutura básica, habilitação dos profissionais; *o nível 2* envolve o planejamento da assistência e as atividades de apoio, treinamento, controle, auditoria interna, existência de manuais, rotinas e procedimentos atualizados, introdução de melhorias no processo de trabalho, corpo funcional e atuação com foco no usuário; e *o nível 3* abrange a política institucional em termos de estrutura, de novas tecnologias, atualização técnica dos profissionais, sistema de informação, baseado em taxas e indicadores e aferição do grau de satisfação do usuário.

Os *instrumentos sociais*, segundo Drachler et. al. (2003), estão relacionados às dimensões: socioeconômicas, geográfica e territorial. A *dimensão socioeconômica* tem sido abordada principalmente através do conceito de *classe social*, que se refere aos modos de inserção do indivíduo no processo produtivo. Estudos têm mostrado que as diferenças de classe são as principais produtoras de desigualdade social. Afetam a natureza das relações sociais dos indivíduos no contexto social como família, escola, trabalho e comunidade, influenciando suas condições de vida, na medida em que implicam oportunidades desiguais de

ocupação no mercado de trabalho, de remuneração, de acesso à educação, à moradia adequada e aos serviços de saúde de boa qualidade. A *dimensão geográfica-territorial* representa a regionalização do Estado e se constitui em espaços politicamente definidos, onde diferentes determinantes sociais de saúde se manifestam através da capacidade da economia local de gerar riqueza, escolaridade de seus habitantes, proporção das moradias com abastecimento de água encanada e esgoto, tamanho da população residente e grau de urbanização.

Outros instrumentos sociais incluem a taxa de analfabetismo e níveis de escolaridade, de renda, de proporção de pobres, taxa de desemprego, número de profissionais de saúde por habitante, número de leitos por habitantes, gasto público com saúde, consultas médicas por habitante, procedimentos diagnósticos por consulta, cobertura de pré-natal, partos e cesarianas, pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, MS, 2004).

A questão da qualidade no campo da saúde como se pôde perceber, se deslocou da visão de um resultado isolado das práticas médicas, através de auditorias médicas, para um conjunto de processos de trabalho.

Assim, a qualidade passou a ser relacionada à organização dos serviços de saúde como um todo, refletindo a influência que sofreu da teoria da Qualidade Total.

1.3.2 Análise crítica aos programas de qualidade pautados na qualidade total

Uma análise crítica do setor saúde revelou deficiência em seus serviços de saúde, decorrentes do crescimento da demanda, principalmente no setor público, e queda na cobertura das ações, afetando a qualidade dos serviços (MOTTA, 2001, p.24).

De acordo com Mehry e Onocko (1997) e Campos (2000), querer trazer para dentro das organizações de saúde o modelo da Qualidade Total é um equívoco, uma vez que existem diferenças substanciais entre a saúde e a indústria. Enquanto as indústrias trabalham com o trabalho morto (matéria-prima, ferramentas), o processo de trabalho em saúde ocorre sob a ótica do trabalho vivo em ato, baseado na *tecnologia leve* (tecnologia das relações, do acolhimento e do vínculo), na *leve-dura* (saberes) e *dura* (equipamentos tecnológicos, estruturas organizacionais).

... Entre os motivos que apontam para a inadequação da Qualidade Total no campo da saúde destacam-se: a-) uma boa parte dos serviços de saúde e hospitalar não é movida pela busca do lucro, e portanto, é relativamente reduzida a competitividade; b-) a variabilidade dos produtos ou serviços oferecidos nos hospitais e clínicas decorre de uma exigência técnica das necessidades de cada indivíduo e não há como padronizar o conjunto das atividades clínicas; c-) a produção de serviços de saúde é executada por um grupo de trabalhadores muito heterogêneo com níveis educacionais e de qualificação profissional muito distintos entre si, o que resulta em conflitos de interesses e motivações que impedem a construção de um espírito de equipe; d-) o usuário de saúde não é como um consumidor comum diante das mercadorias, pois é desprovido de conhecimento técnico que lhe permita avaliar a adequação do serviço às suas necessidades (NOGUEIRA, 1994, p.15).

Segundo Matumoto (1998), apoiando-se nas idéias de Mehry e Onocko (1997), o consumo de serviços de saúde é diferente do consumo de qualquer outro produto industrializado. Isto ocorre primeiro porque, na saúde, os atos são produzidos e consumidos ao mesmo tempo, enquanto o consumo dos produtos industrializados pode ser analisado previamente e ser selecionado por qualquer consumidor. Segundo, porque os usuários não têm o poder de decidir quando desejam consumir os serviços de saúde, não têm discernimento para escolher os procedimentos, o serviço e nem o profissional que eles gostariam que os atendessem. Em terceiro, porque o cuidado só tem utilidade para o usuário que o requer, enquanto o produto industrializado é produzido para ser consumido pela

população em geral.

Segundo Matumoto (1998), a racionalidade que norteia o consumo de serviços de saúde é quantitativa e se ajusta ao processo de valorização do capital, reduzindo as práticas de saúde a atos mecanizados, não havendo preocupação com a subjetividade e com o acolhimento do usuário.

Sarpe (1996) e Nogueira (2005)¹ questionam o termo “total”, porque, segundo os autores, por mais que se treinem pessoas, aperfeiçoem métodos, controlem equipamentos e materiais, jamais se atingirá uma qualidade total no sentido *stricto* da palavra. O profissional de saúde, embora não possa ficar contrário aos programas de qualidade, que valorizam a vida e a saúde, não deve incorporar incondicionalmente os princípios da Qualidade Total, pois esse modelo é programado para a geração da mais-valia, visa a produtividade, explora e reprime o trabalhador.

Outra razão que não justifica a Qualidade Total na saúde é a forma de tratar o erro. Esse modelo, segundo Campos (2000), transforma o trabalhador numa máquina e, na saúde, principalmente na enfermagem, devido à peculiaridade da área, as gerências precisam abordá-lo de forma a tornar o trabalhador responsável por seus atos, criar instrumentos que permitam a sua identificação e espaços, onde possa ser discutido sem medo de represálias; exige capacitação permanente do pessoal e investimento na melhoria das condições de trabalho (BOHOMOL, 2004, p.2).

Algumas pesquisas realizadas em organizações de saúde revelaram que a maioria dos erros cometidos pela equipe de enfermagem foi devida à falta de condições de trabalho, sobrecarga do trabalhador e falta de conhecimento técnico

Informação fornecida por NOGUEIRA, R.P. na Palestra: Novas tendências da força de trabalho em saúde no Brasil. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, novembro 2005.

(MALIK, 1996, p.28).

Leitão (2002) apresentou como resultado de seus estudos que a implantação da Qualidade Total num hospital do Rio de Janeiro trouxe para os enfermeiros sobrecarga de trabalho, desgaste emocional, decorrente do aumento das atividades de enfermagem e cobrança maior dos dirigentes.

Campos (2000) criticou a aplicabilidade da gestão dos serviços de saúde na lógica da Qualidade Total, que promete maior autonomia e melhor integração dos trabalhadores no processo e na prática, se utiliza dessa tática apenas com o objetivo de aumentar a produtividade, não se preocupando, na realidade, com as questões dos trabalhadores.

A opinião que emerge dessas discussões sobre os princípios da Qualidade Total é, portanto, que esses não se aplicam à saúde porque os mecanismos utilizados para monitorarem e avaliarem a qualidade sob essa perspectiva, estão fundamentados em indicadores que não privilegiam as necessidades e subjetividades dos usuários e trabalhadores.

Entretanto, “a implementação de programas que visem a qualidade deve ser uma necessidade na busca da eficiência e um dever ético e moral para com os usuários e trabalhadores” (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.80).

1.3.3 A qualidade enquanto abordagem fundamentada nos determinantes sociais

O conceito de qualidade deve estar incorporado na filosofia da instituição e na vontade política dos gerentes e profissionais que nela atuam e deve introduzir a idéia do usuário como portador de direitos e necessidades como centro de atenção no processo gerencial (MEHRY; ONOCKO, 1997, p.312; TRONCHIN; MELLEIRO;

TAKAHASHI, 2005, p.87).

Nas organizações de saúde que operam sob essa lógica, a busca da satisfação dos usuários deve orientar a prática gerencial de cada unidade, incluindo a forma como ela pensa o seu processo de trabalho, problematiza o seu cotidiano e estabelece suas prioridades (MEHRY; ONOCKO, 1997, p.314).

A avaliação da qualidade em saúde deve partir sempre das necessidades de saúde do usuário; entretanto, há certa confusão entre necessidades de saúde e necessidades de serviço, que são comumente utilizadas como sinônimos, porém, as necessidades de saúde dependem das condições vinculadas à própria sociedade e requerem uma ação articulada de um conjunto de práticas sociais mais amplas que vão ao encontro dos determinantes sociais e esta ambigüidade também se faz presente na expressão necessidade de saúde, quando se procede um deslocamento da dimensão estado de saúde para a questão dos serviços (PAIM, 1987, p.45).

A escolha das necessidades não pode ser tomada apenas pelos técnicos e especialistas numa abordagem de cima para baixo e, nem tampouco, as decisões sobre as próprias necessidades e formas de atendimento podem ser tomadas única e exclusivamente pelos indivíduos ou grupos sociais (BEZ JUNIOR, 2002, p.40).

Bez Junior (2002) apresentou uma taxonomia de necessidades de saúde elaboradas por Cecílio (1999) que agrupa quatro categorias: necessidades de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias de saúde, criação de vínculo do usuário com o profissional/equipe e necessidade de autonomia no modo de viver.

...Cecílio (2001) trabalha com a idéia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir das necessidades de cada pessoa, em cada momento singular de sua vida. Assim, o autor pontua que o diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial para determinada pessoa, em determinado momento de sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame complexo, para outro, que vive um outro momento. Disso se abstrai que a hierarquia de importância do consumo das tecnologias não é estabelecida unicamente pelos profissionais, mas também pelas pessoas, com suas necessidades reais.

Essa discussão remete à necessidade de conceituar a avaliação e, segundo Ferreira (1977), avaliar significa determinar o valor de algo e explicita a noção de qualidade.

Atualmente, a avaliação é vista de dois modos: como a última etapa de um procedimento (avaliação final) e como um processo permanente de controle operacional (avaliação parcial). Esse segundo modo de ver a avaliação durante a execução de um programa é o que se denomina monitoramento ou avaliação contínua (STENZEL, 1996, p.27).

No campo da saúde, a avaliação tem se constituído em instrumento para conhecer e melhorar as formas de agir dos profissionais e, ao contrário das outras organizações, tem orientado suas ações a partir dos determinantes das condições de saúde e da subjetividade dos sujeitos que permeiam a realidade social.

Segundo Demo (1991), a avaliação não é apenas um processo técnico, é também uma questão política. Pode tanto se constituir em exercício autoritário do poder de julgar, como, ao contrário, constituir-se em processo e em projeto em que avaliador e avaliando buscam e sofrem mudanças qualitativas. Nessa discussão, o autor coloca a participação como elemento central da avaliação qualitativa e distingue a qualidade formal (que se refere a instrumentos e a métodos) da qualidade política (referente a finalidades, valores e conteúdos).

Para Uchimura e Bosi (2002), a qualidade formal a que Demo se refere ocorre em uma dimensão objetiva, mensurável e, portanto, generalizável. A qualidade política se relaciona à dimensão subjetiva, simbólica e não é mensurável, uma vez que habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não são possíveis de quantificar, uma vez que expressam singularidades.

Para os autores, os programas de Qualidade Total tratam a qualidade

exclusivamente na dimensão objetiva, quantitativa, numa visão reducionista da qualidade.

É necessário, portanto, considerar-se que, na interface da qualidade com a avaliação dos serviços de saúde, tem que se considerar os determinantes das condições de saúde e a subjetividade dos sujeitos que permeiam a realidade social.

Segundo Burlandy e Bodstein (1998), o tema da avaliação no campo da saúde na América Latina sofreu a influência da corrente marxista, que incorporou os conceitos macroanalíticos, centrada na concepção que enfatiza o caráter social do processo saúde-doença, a partir do conceito da determinação social da doença.

O modelo assistencial adotado pelo Sistema Único de Saúde se baseia na resolução dos problemas em nível local, organizado em uma rede hierarquizada e por níveis de complexidade e, nessa rede, cabe ao nível básico atender os problemas e, também, identificar as causas sociais, econômicas e culturais a ele relacionadas, para buscar as intervenções necessárias junto aos outros setores, complementando assim a sua atuação sobre os determinantes das condições de saúde (BRASIL, MS, 2001a, p.21).

A concepção da qualidade põe ênfase não só na organização, mas também no indivíduo, implica que a qualidade não depende só do médico, mas de todos e de cada um dos integrantes da organização que oferece os serviços. Para isso é necessário revisar continuamente o desempenho dos serviços de saúde (MOTTA, 2001, p.28).

Assim, a utilização da satisfação tem sido cada vez mais utilizada como um dos indicadores de qualidade. Focalizar, segundo o autor, a satisfação do usuário significa compreender e agir segundo as suas necessidades quanto aos serviços e produtos da equipe, é considerar suas subjetividades e sua percepção

sobre o processo de trabalho.

Dessa maneira, antes de planejar a oferta de serviços, os profissionais precisam conhecer as expectativas, necessidades e demandas dos usuários. É necessário ouvi-los continuamente, criar mecanismos para que eles possam expressar suas queixas e sugestões. Quando as expectativas e singularidades da clientela são consideradas, há redução da burocracia e tendência de os doentes se sentirem mais satisfeitos, além de criar um sentimento de justiça (MOTTA, 2001, p.88).

1.4 A satisfação como indicador de avaliação de qualidade

“Satisfação “é o ato ou efeito de satisfazer-se, enquanto *satisfazer-se* significa realizar, agradar, contentar-se, corresponder ao que se deseja” (FERREIRA, 1977).

O termo *paciente*

... é uma palavra que remete a alguém que, ao entrar no ambiente hospitalar, deixa de ser cidadão, de ter vontade própria e de ter seus direitos respeitados, é colocado numa posição passiva de obediência às ordens médicas e de enfermagem (SANTOS; FORTES, 2004, p.1).

Também “significa aquele que possui a virtude de suportar os sofrimentos com resignação” (FERREIRA, 1977).

Essa forma de conceber o indivíduo está mudando como consequência do modelo de atenção participativa, proposta pelo Sistema Único de Saúde, e pelo fato dele estar mais informado e mais consciente de seus direitos.

A satisfação sofre a interferência de fatores como cultura, experiência, idade e até do humor, do momento vivenciado e que o que está determinado como

satisfatório não é estático, pode, em razão de uma situação, tornar-se insatisfatório; além disso, não ser apontado como satisfatório, não necessariamente significa ser insatisfatório (MOLLER, 1997, p.21).

... a satisfação constitui uma possibilidade de abrir a organização para o cidadão e deve incorporar a sua opinião e reivindicações, contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos das novas finalidades e projetos comuns para a saúde (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1349).

“A satisfação é produto da gestão dos relacionamentos e das expectativas de atendimento, diz respeito não só à qualidade do serviço, mas ao acesso, local, cortesia, presteza da resposta e atenção humana ao usuário” (MOTTA, 2001, p.87).

“Medir as expectativas de um indivíduo é um processo complexo, carregado de subjetividades por estar relacionado ao conjunto de suas crenças, valores, experiências anteriores, nível cultural, situação da hospitalização, ao tipo e à gravidade da doença” (CADAH, 2000, p.10).

... as expectativas do usuário em relação à qualidade em saúde estão relacionadas ao acesso, à relação médico-usuário, às preferências em relação aos efeitos e aos custos do tratamento, à satisfação com os serviços utilizados, à sua entrada na rede, desde a recepção, o modo como os cuidados técnicos são dispensados. Uma boa relação entre os profissionais e o usuário muitas vezes tem se mostrado responsável por “compensar” falhas no cuidado técnico (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996, p.61).

Para Lebow (1974), a dificuldade na utilização da satisfação como medida da qualidade em saúde está na veracidade das opiniões dos usuários, pois as respostas podem ser modificadas pelo fato de ele estar sendo avaliado e também porque a percepção individual sofre influências, como consequência da formação cultural, ideológica e do próprio entendimento da pergunta.

Além disso, na instituição de saúde, o pessoal médico, o usuário e a

família têm visões diferentes acerca da natureza dos cuidados médicos.

Carâp (1997) categorizou a satisfação dos usuários com os serviços de saúde em: satisfação com o acesso, que inclui conveniências (o tempo, a distância, a disponibilidade e a facilidade de agendamento); satisfação com as relações humanas (relacionadas ao calor humano, ao respeito, à gentileza, à disponibilidade para ouvir, habilidades no trato interpessoal); satisfação com a competência do profissional; satisfação com a quantidade de informações sobre o tratamento, procedimentos, exames e diagnóstico; satisfação com o resultado do tratamento e satisfação com as facilidades que incluem os aspectos funcionais, a adequação de equipamentos e laboratórios.

... quando ocorre desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do usuário há uma série de conseqüências negativas na relação entre o profissional e o usuário. Sempre que isso ocorre é porque está associada à crença de que só o profissional de saúde sabe a respeito do seu estado de saúde, quando este utiliza uma comunicação unilateral e inadequada, que ocorre sempre que é usada uma linguagem técnica não compreensível por ele e quando há limitação de tempo e de disponibilidade dos profissionais para atendê-lo (YÉPEZ; MORAIS, 2004, p.81).

Segundo Cadah (2000), há diferença entre as percepções dos usuários e dos enfermeiros sobre a qualidade, pois enquanto os profissionais vêem-na sob a competência técnica, os pacientes percebem-na sob a dimensão da relação interpessoal.

Para Bittes Júnior (1996) e Cadah (2000), o usuário tem necessidade de estabelecer um relacionamento interpessoal com o cuidador e quanto mais atende às suas expectativas, mais ele se sentirá cuidado e, portanto, ficará satisfeito.

Waldow (1999) constatou que uma pessoa para sentir-se bem cuidada necessita que os profissionais dediquem-lhe: paciência, atenção, carinho, compreensão, vontade, dedicação, obediência, harmonia, colaboração e presteza,

entre outros. O fato da atenção e carinho serem expressos como qualidade do cuidador vem ao encontro da definição de cuidado e implica uma relação interpessoal, constituída de atitudes humanas, tendo em vista as peculiaridades do ser humano.

O termo *cuidar*, segundo a autora, expressa uma ação dinâmica, pensada, refletida e o *cuidado* dá a conotação de responsabilidade e zelo. O termo *assistir* denota uma ação mais passiva de observar, acompanhar, favorecer e a *assistência*, como o auxílio, a proteção. O *assistir e/ou a assistência* não necessariamente incluem o cuidar/cuidado. Ao prestar assistência pode-se não estar cuidando no sentido pleno que envolve responsabilidade, interesse e desvelo, muito menos incluir elementos como envolvimento, amor, carinho etc.

Dessa forma, ainda de acordo com a autora, a satisfação do usuário está relacionada principalmente ao bom atendimento marcado pela atenção e carinho recebidos dos profissionais de saúde, descaracterizando o cuidado como uma assistência essencialmente técnica.

... o nível profissional do usuário é outro fator importante que precisa ser ponderado; pois usuários com maior nível de especialização apresentam expectativas mais elevadas em relação aos cuidados de enfermagem, exigindo um cuidado mais personalizado, uma maior flexibilização das visitas e ajuda nas necessidades; enquanto os usuários com um nível menor de escolaridade têm expectativas maiores relacionadas às rotinas da unidade e ao ambiente (CADAH, 2000, p.18).

Ainda, segundo Cadah (2000), os usuários estão sempre preocupados em não causar problemas, em não ser considerados difíceis pela equipe de saúde e conseqüentemente relutam em apontar falhas no processo de produção do trabalho e na relação com os profissionais devido à dependência desses. Como conseqüência, muitas vezes aceitam, passivamente, as rotinas hospitalares sem

fazerem nenhum questionamento.

Com base nos estudos a respeito da qualidade, acredita-se que a realização desta pesquisa trará importante contribuição para a reflexão das gerências sobre a organização e produção dos serviços de saúde de modo a despertá-los para uma política de recursos humanos e para a adoção de uma cultura institucional de avaliação da qualidade das ações de saúde e no ensino como produção de conhecimento para nortear o interesse de outros estudos que venham dar continuidade a este tema. Pretende-se, dessa maneira, avançar um pouco mais nessas análises, recortando e centralizando o objeto da pesquisa, tomando como base o referencial teórico que foi utilizado.

Será realizado, portanto, aproximação com a questão da qualidade, delimitando o campo empírico da pesquisa em um hospital em município do interior do Estado de São Paulo, utilizando-se a satisfação como *feedback*, para se apreender como os usuários perceberam a qualidade do atendimento hospitalar de acordo com suas necessidades.

1.5 Objetivo da Pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa traçou-se o seguinte *objetivo*:

avaliar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades de saúde durante o período de internação, enquanto um elemento para se apreender a qualidade da organização do serviço hospitalar.

2 CAMINHAR METODOLÓGICO

2.1 A escolha do campo

O hospital escolhido é o único de um município do interior paulista, estando integrado ao Sistema Único de Saúde. Considera-se importante a contribuição desta pesquisa para o sistema de saúde do município para a compreensão dos gestores sobre a forma como a instituição está organizada no processo de produção do trabalho e como ocorre o atendimento na visão dos usuários.

Uma vez definido o campo de pesquisa, o passo seguinte foi encaminhar o projeto de pesquisa à Comissão de Ética em Pesquisa da instituição (APÊNDICE A). Como a Comissão não estava constituída, a autorização foi concedida pela administradora do hospital.

Em seguida, encaminhou-se o projeto para ser submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo o parecer favorável ao método a ser empregado no desenvolvimento da pesquisa (ANEXO A).

2.2 A entrada em campo

...A entrada do investigador em campo constitui sempre uma etapa particularmente delicada e, desde a negociação para obter autorização formal que permita o acesso e a permanência nesses lugares, até a aceitação efetiva por aqueles que vão constituir uma multiplicidade de estratégias e ajustamentos às contingências locais exigem do investigador um preparo para enfrentar os inúmeros obstáculos e dificuldades com os quais ele se depara no campo da investigação e, apesar da familiaridade da investigadora com aquele ambiente e com aquela equipe de trabalho, exigiu estratégias próprias e individuais para superar as situações difíceis (LOPES, 2001, p.89).

... Para qualquer pesquisa de campo, não há formas padronizadas de aceder ao campo de análise, que garantam de imediato uma aceitação do investigador sem problemas e um entendimento sem equívocos do seu trabalho (CARAPINHEIRO, 1993, p, 89).

O fato da pesquisa não constituir uma prática habitual do hospital e o pessoal não estar acostumado a essa atividade, a presença da investigadora na unidade causava certa estranheza entre os profissionais, mesmo entre os médicos e enfermeiros e foi necessário explicar-lhes mais de uma vez a razão de estar ali e o objetivo da pesquisa.

Não houve, entretanto, nenhuma restrição quanto ao acesso a espaços e atividades da unidade e, à medida que o tempo foi passando, foi aumentando a aceitação da equipe e foi ficando mais confortável a permanência no local.

Ainda, como cita Gomes (1999), “a presença do investigador nunca é neutra; fica difícil evitar interferências nas relações de trabalho e essa sensação causa desconforto, especialmente nos primeiros momentos da pesquisa”.

Assim, aos poucos, os enfermeiros e principalmente os funcionários da equipe de enfermagem começaram a se aproximar e exporem situações de trabalho, constituindo esses momentos, para eles, espaços para desabafarem suas angústias cotidianas. Procurava escutá-los, deixando sempre claro que a permanência ali não tinha o caráter de interferir nas questões referentes ao processo de trabalho.

O mesmo ocorria em relação aos usuários que, às vezes, se queixavam da demora no atendimento de suas necessidades, procurava ouvi-los e, ao mesmo tempo, explicar-lhes o papel de pesquisadora e que suas queixas seriam encaminhadas aos funcionários responsáveis.

Dessa maneira, percebe-se que a presença do pesquisador no campo nunca é neutra, se considerar a escuta como uma técnica de intervenção terapêutica, uma vez que permite ao sujeito-trabalhador ou usuário reelaborar suas experiências e dar um significado para elas.

Constatava-se, entretanto, não raras vezes, que os funcionários estavam sobrecarregados de tarefas e, por isso, não poderiam atender à solicitação naquele momento, o que causava grande desconforto. Claro que quando se tratava de alguns procedimentos simples e que não interferiam na rotina de enfermagem, como ajudar um usuário ir ao banheiro, sentá-lo no leito, ajudar a trocar, sempre que possível era realizado.

Dessa maneira, uma vez vencida a etapa inicial de acesso e adaptação com o campo de pesquisa, iniciou-se a observação sistemática do ambiente e do cotidiano do trabalho da equipe.

2.3 Caracterização do campo empírico

O local selecionado para a realização do estudo situa-se em um município do interior de São Paulo, região nordeste do Estado, entre as bacias dos Rios Pardo e Canoas, com clima temperado, a 270 quilômetros da capital, fazendo divisa com o sul de Minas Gerais e com população estimada em 65 574 habitantes, segundo dados do recenseamento Geral do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2000 b).

O município apresenta três distritos, suas principais atividades econômicas são a agropecuária, o comércio, a indústria e o turismo e funciona como pólo comercial na região que engloba 31 cidades.

A sua infra-estrutura de transporte possibilita o acesso à capital paulista pelas rodovias SP-330 e SP-340.

Apresenta 2 faculdades, sendo uma de tecnologia e a outra de pedagogia, ciências contábeis, administração e ciências da computação; 4 creches, 3 escolas

de ensino fundamental, 2 escolas de ensino básico, 2 escolas rurais, 12 escolas estaduais de primeiro e segundo graus, 7 escolas privadas, 2 filantrópicas, 2 fundacionais e 3 escolas técnicas. A taxa de alfabetização de 91,40%.

A mortalidade infantil até 1 ano de vida é de 11,20/1000 e a expectativa de vida é de 73 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2000b).

O município está habilitado na gestão plena do Sistema Municipal, conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS-01/96) e está subordinado à Divisão Regional de Saúde-DIR-20, da Secretaria de Saúde de São Paulo, localizada na cidade de São João da Boa Vista-SP. Apresenta cinco Unidades Básicas de Saúde, entre as quais, uma consiste de um Ambulatório de Especialidades e uma Unidade de Atendimento à Saúde da Criança e da Mulher, que presta também serviços de Fisioterapia e Odontologia; quatro equipes de Saúde da Família e um Programa de Agente Comunitário-PACS.

Apresenta ainda 2 oficinas terapêuticas, 1 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para atendimento de pessoas portadoras de distúrbio mental e 2 residências terapêuticas.

O hospital, campo empírico da pesquisa, é dirigido por uma Irmandade, localiza-se na região central e consiste do único hospital geral do município. A razão social mantenedora é de caráter privado e filantrópico e, com frequência, recebe donativos da comunidade através de diversas ações sociais.

A unidade está integrada ao Sistema Único de Saúde e atende também usuários de serviços particulares e convênios. Não tem ambulatório para consultas eletivas, esse papel é das Unidades Básicas e do Pronto Atendimento. Trata-se de uma instituição de médio porte, com 147 leitos, distribuídos pelas especialidades

médicas Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva, sendo essa referência para as outras localidades adjacentes. Oferece serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como laboratórios de análises clínicas, serviço de banco de sangue, serviços de diagnóstico por imagem, de fisioterapia. Tem como especialidades médicas os serviços de anestesiologia, cirurgia vascular, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica reparadora, citopatologia, clínica médica, dermatologia, gastroenterologia e cirurgia digestiva, ginecologia e obstetrícia, neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia.

Apresenta os serviços de apoio operacional de Nutrição e Dietética e Lavanderia e, além dos serviços de internação e atendimento externo, de apoio técnico e administrativo, congrega ainda dentro desse espaço um auditório, uma capela e a residência das religiosas. Ao lado do prédio do hospital, encontra-se vinculado o Pronto Atendimento Municipal.

O organograma do hospital é constituído de uma diretoria administrativa, do corpo clínico, da diretoria de enfermagem e do serviço de controle de infecção hospitalar (CCIH). A gerência de enfermagem é exercida por uma enfermeira religiosa.

O quadro de pessoal é formado por 177 profissionais assim distribuídos: pessoal médico-62; auxiliares de enfermagem-41; técnicos de enfermagem-57; enfermeiros-11; nutricionista-1; assistente social-1; farmacêutico-1; fisioterapeutas-2.

A construção do hospital é colonial, com amplas janelas de madeira, o que permite aos ambientes boa luminosidade e ventilação.

Algumas áreas da estrutura física passaram por reformas e oferecem

maior conforto físico aos usuários, enquanto a enfermaria está com suas instalações físicas em condições muito precárias.

A escolha da Unidade de Clínica Médica ocorreu devido ser esse o local central das atividades, que reúne as condições para a produção dos cuidados, e por acreditar que o fato de os usuários ali internados não terem sido submetidos a procedimentos invasivos e a tratamentos intensivos, facilitaria a interação.

O ambiente das enfermarias está dividido em quartos que acomodam quatro camas e quartos com duas camas. Nesses espaços, há uma mesinha de cabeceira para cada leito e um armário disponível para os doentes colocarem os seus pertences pessoais e cadeiras para os acompanhantes.

A capacidade da unidade é de quarenta e quatro leitos, sendo vinte femininos e vinte e quatro masculinos. Nenhum dos quartos tem banheiro conjugado. Tem um banheiro do lado feminino e dois do lado masculino; todos, além de constituírem um espaço físico restrito pelo número de usuários, estão com suas instalações em más condições de uso.

Os quartos da unidade masculina estão separados dos quartos da unidade feminina por uma parede de eucatex, com uma porta que dá acesso de uma unidade para outra.

Há dois espaços abertos, um que consiste de uma sacada com bancos de madeiras, que dá acesso para a rua, e um interno, com jardins, bancos de pedras, que são usados pelos usuários para conversarem, principalmente pelos fumantes. Nesse espaço fica a capela.

O posto de enfermagem tem uma bancada grande de mármore para preparo de medicação, um armário de alvenaria para guardar materiais e medicamentos; dois suportes com escaninhos de medicação, distribuídos por leitos

e separados para a ala feminina e masculina. A medicação é solicitada individualmente para as vinte e quatro horas. O local é organizado e higiênico e o descarte de materiais perfurocortantes e lixos seguem as normas de segurança e controle das infecções hospitalares. Ao lado do posto de enfermagem há uma sala com balcão usada para escrituração e para a guarda de impressos. Nesse local são realizadas as prescrições médicas e as anotações de enfermagem. Conjugado a essa sala, há uma outra sala menor, onde ficam os armários com as roupas hospitalares, com uma pia e onde, às vezes, os funcionários fazem um lanche rápido. Não há sala para a gerência de enfermagem e nem consultório médico na unidade.

A sala de curativo é pouco utilizada para essa finalidade, pois os curativos em sua maioria são realizados no próprio leito e, muitas vezes, é usada para avaliação médica e apresenta uma pia, uma balança, um armário de vidro, um carrinho de curativo, lixeira e uma maca muito velha, usada para o preparo de exames como tricotomia, *fleet enema* e outros. Como há uma única sala não há separação de curativo limpo e contaminado. A enfermagem não tem expurgo e o material usado é recolhido nessa sala, onde é lavado ou é encaminhado direto para a esterilização.

A unidade tem uma sala de televisão, que é um espaço com pouco conforto e pouca ventilação e luminosidade.

Com relação ao material, a queixa maior dos funcionários é da falta de lençóis.

Na escala mensal da unidade estão distribuídos cinco funcionários nos plantões diurnos e três nos plantões noturnos. Cada auxiliar ou técnico de enfermagem do plantão diurno é responsável, em média, por sete usuários e

assumem todos os cuidados.

A supervisão do serviço de enfermagem é realizada por uma enfermeira no período da manhã, uma à tarde e um enfermeiro no período noturno, que faz a supervisão da unidade e também dos outros setores do hospital, com exceção da Unidade de Terapia Intensiva.

Como a organização pertence à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, a questão religiosa é parte do cotidiano do hospital e os padres, seminaristas, irmãs e grupos de oração visitam diariamente os usuários, oferecendo-lhes apoio espiritual.

Assim, apreende-se que esse hospital apresenta particularidades e singularidades semelhantes às demais Santas Casas brasileiras, pela natureza da sua configuração e forma de estrutura do trabalho.

2.4 A escolha do método de pesquisa: a pesquisa qualitativa

Como estratégia metodológica para a coleta dos dados empíricos, buscou-se a pesquisa qualitativa por considerar que o objetivo do trabalho é conhecer a satisfação do usuário, construída a partir de sua experiência em relação ao atendimento hospitalar. Uma vez que essa abordagem considera o universo dos significados e os valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações e da subjetividade do indivíduo (MINAYO, 1994), considerou-se a pesquisa qualitativa por entender que essa é aquela que melhor se adequa ao objeto de estudo desta investigação.

Os serviços de saúde passaram a ser objeto de crescente atenção da pesquisa qualitativa, uma vez que ela não se caracteriza apenas por empregar

determinadas técnicas, mas por se tratar de enfoque com diversas implicações no âmbito lingüístico ou discursivo, que responde pela forma como o sujeito percebe e interpreta o mundo (MARTINEZ; BOSI, 2004, p.40).

O processo saúde-doença-atenção, segundo os autores supracitados é atravessado por aspectos na dimensão física, psíquica, social e ambiental; envolve interpretações individuais, sociais e vivências diferenciadas que poderão ser melhor compreendidas quando se consegue ampliar as referências dessa interpretação, discutindo os aspectos estruturais a elas subjacentes. A pesquisa qualitativa tem facilitado aos profissionais o desvelamento desses aspectos e tem buscado contribuir para abordagem mais inclusiva da complexidade que constitui o objeto da saúde, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde, atribuindo importância à perspectiva não só dos profissionais, mas às percepções, opiniões, representações, significados e experiências de outros atores em torno da promoção da saúde ou da atenção à doença.

A opção por usar o método qualitativo pautou-se, portanto, nesses referenciais e privilegiou-se, neste estudo, duas técnicas de coleta de dados: a observação participante e o grupo focal, complementados pela análise documental dos prontuários.

2.4.1 Observação participante

A técnica de observação participante utilizada foi baseada em Minayo (1994) e é aquela que se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais, em seus próprios contextos.

A importância dessa técnica, segundo a autora, reside no fato de se poder

captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente no seu próprio cenário é possível obter informações no momento que o fato ocorre.

Na observação participante, o pesquisador deixa claro para si e para o grupo suas relações como meramente de campo. Essa técnica foi utilizada como estratégia complementar à técnica do grupo focal e foi importante para a pesquisa por três razões: a-) permitiu a caracterização do contexto da unidade, a apreensão do modo de organização técnica e social do trabalho, a identificação dos recursos humanos e dos aspectos do relacionamento da equipe e usuário e de outros aspectos do cuidado; b-) possibilitou interação contínua com os sujeitos da pesquisa o que contribuiu para a apreensão de suas vivências, de sua linguagem verbal e não-verbal; seu relacionamento com os profissionais, seus comportamentos, e que foram importantes como subsídios para a interpretação dos dados e c-) foi fundamental para captar as “pistas” que permitiram selecionar os sujeitos para a conformação dos grupos focais.

A observação transcorreu no período de 4 de maio a 21 de julho de 2005, diariamente, no período da manhã, e três vezes por semana, às tardes, para acompanhar as visitas, na perspectiva de se estabelecer uma familiaridade também com os familiares e com isso aumentar o vínculo com os usuários.

As anotações de campo foram registradas diariamente em um diário no próprio campo, ou, quando não era possível, imediatamente após a observação fora da unidade. Eram anotadas todas as informações e observações sobre os fatos, situações, falas, acontecimentos julgados merecedores de atenção, sobre as angústias e inquietações relativas aos usuários que estavam sendo acompanhados para a seleção dos grupos, bem como as situações observadas sobre a organização

e processo do trabalho, as observações sobre a oferta de cuidados pelos profissionais, os aspectos do ambiente e as reflexões realizadas sobre essas vivências, descrevendo-as primeiro e fazendo em seguida os comentários críticos, correlacionando-os com o referencial teórico.

Eram registrados também diariamente o dia e a hora que esses fatos aconteciam e os pontos aos quais a pesquisadora deveria voltar a sua atenção no dia seguinte. Triviños (1987) chamou essa fase de permanente “estado de alerta intelectual”.

Nesse período, iniciou-se simultaneamente a seleção dos usuários para os grupos e, dessa maneira, todo usuário que era admitido na enfermaria era acompanhado em todo seu procedimento de rotina de admissão. Nesse momento era registrado no diário os seus dados de identificação, endereço de residência, telefone residencial e comercial, hipótese diagnóstica e o número de internação, quando havia registro na ficha de admissão.

A partir daí, o usuário era acompanhado diariamente com o objetivo de se estabelecer interação e certificar-se se ele preenchia os critérios de inclusão.

As informações complementares sobre a doença, resultados dos exames e tratamento eram monitoradas pela análise documental dos prontuários.

2.4.2 A escolha dos sujeitos e a configuração dos grupos focais

Os critérios de inclusão abrangeram: usuários que permaneceram internados no período mínimo de quatro dias. Esse período foi assim determinado por considerar-se que o indivíduo necessita desse período de adaptação para poder perceber o contexto hospitalar e poder proceder uma avaliação crítica. Entre os

critérios, fizeram, ainda, parte, pessoas adultas residentes do município, que poderiam se comunicar verbalmente, estar orientadas cronologicamente e no espaço e que fossem auto-suficientes quanto à motilidade física.

Uma das primeiras dificuldades para selecionar os participantes para o grupo foi o perfil dos usuários internados nesse período, em sua maioria idosos e necessitando de cuidados semi-intensivos que, de acordo com Fugulin et al. (1994), são doentes sem risco eminente de vida e que requerem assistência médica e de enfermagem permanente.

A outra dificuldade foi a aceitação dos usuários participarem da pesquisa. Houve inúmeras recusas, principalmente quando eram informados sobre a necessidade de se firmar consentimento ou autorização por escrito (APÊNDICE B). Houve casos em que, após a aceitação, quando foi solicitado para assinar o Termo de Consentimento, o usuário se recusou e por esse motivo optou-se por informá-los sobre a pesquisa e os que aceitaram só foram esclarecidos sobre o Termo de Consentimento quando compareceram para os grupos.

Optou-se por trabalhar com os grupos fora do ambiente hospitalar, após a alta dos usuários, por considerar-se que a hospitalização poderia ser um fator de interferência decorrente do receio dos participantes apontarem críticas em relação à produção do trabalho dos profissionais e sofrerem punições no atendimento de suas necessidades e, portanto, as respostas dos grupos poderiam não expressar as suas verdadeiras idéias e sentimentos naquele momento.

Os usuários que preenchiam os requisitos de inclusão eram informados sobre a pesquisa e aqueles que aceitavam participar eram orientados sobre o sigilo das informações e de seu anonimato e, ao receberem alta, eram instruídos que receberiam comunicação sobre o dia, o horário e o local do grupo por telefone e,

para aqueles que não dispunham de telefone, a pesquisadora iria pessoalmente às suas residências para informar.

Dessa maneira, foram formados três grupos, o grupo A, o grupo B e o grupo C. A observação participante manteve-se simultânea à realização dos grupos, buscando-se continuar captando as impressões do campo empírico e foi suspensa, juntamente com o término dos grupos focais, quando se constatou que as informações obtidas tanto no campo através da observação, como nos grupos estavam se tornando repetitivas, atingindo um ponto de saturação.

A opção pela estratégia metodológica de se utilizar o grupo focal se deu por acreditar que o grupo permite amplo processo de vivências e informações.

...o homem é por natureza um ser social, nasce e vive em grupos e a vida em grupo cria a oportunidade de vivenciar experiências que contribuem para o seu conhecimento e crescimento pessoal, a partir de descobertas de si mesmo e dos outros (FILÁRTIGA, 2001, p.13).

Olmsted (1970) pontua que o indivíduo é mais susceptível de ser estimulado quando está com outros do que quando se encontra sozinho, e que o efeito que ele exerce sobre o indivíduo não se limita às funções racionais e ao conhecimento, mas influencia o sentimento e a vida emocional de cada um dos membros. Essas conclusões já haviam sido apontadas na Teoria das Relações Humanas, na Experiência de Hawthorne.

Na área da enfermagem, a utilização de grupos não constitui novidade e, segundo Munari e Rodrigues (1997), “o enfermeiro por natureza é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo em várias situações”.

Entre as muitas modalidades de grupos, “o grupo focal, segundo Dall’Agnol e CIAMPONE (1999), consiste de uma técnica de pesquisa em sessões grupais, como foros facilitadores de debate e de expressão de características psicossociológicas e culturais”.

... Grupo focal é um debate aberto, acessível a todos, os assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de "status" entre os participantes não são levadas em consideração e o debate se fundamenta em uma discussão racional. O debate envolve uma troca de idéias, de pontos de vista e experiências, embora expressos emocionalmente, sem privilegiar indivíduos particulares ou posições (GASKELL, 2002, p.79).

Segundo Morgan (1998), o grupo focal é um método qualitativo de adquirir informações para a pesquisa e constitui maneiras de ouvir e aprender com as pessoas; gera uma linha contínua de comunicação entre o moderador e os participantes, assim como entre eles mesmos.

"Permite reunir os participantes em um espaço favorável à reflexão crítica sobre determinada situação em debate" (SOUZA, 2003, p.36)".

O número de participantes recomendado para o grupo varia de autor para autor, em geral, recomendam de 6 a 8 pessoas (GASKELL, 2002, p.79).

Foi utilizada como estratégia metodológica para a conformação do grupo focal o referencial teórico foi de Dall'Agnoll e Trench (1999). Assim, as sessões tiveram duração de uma hora e meia, foram gravadas e anotadas de acordo com o consentimento dos participantes.

Os locais escolhidos para o trabalho dos grupos foram as Unidades Básicas de Saúde próximas às suas residências, de fácil acesso. Para tal foi solicitado autorização do Secretário de Saúde do Município (APÊNDICE C).

Procurou-se garantir que a sala assegurasse a privacidade dos participantes e com pouco ruído para que não influenciasse a qualidade dos grupos.

As cadeiras foram colocadas em círculo para facilitar a interação face a face de todos.

Os estudiosos que utilizam o grupo focal, assim como Dall'Agnoll e Trench (1999), recomendam *um coordenador*, também chamado moderador, como facilitador do debate e *um observador*, cuja tarefa é registrar tudo o que acontece no

grupo, incluindo os aspectos verbais e não-verbais dos participantes, durante toda a sessão. Colabora com o moderador no controle do tempo e monitora o gravador. A coordenação dos grupos foi realizada pela pesquisadora.

Colaborou nesse papel de observadora uma estudante de enfermagem, que foi previamente orientada para essa função.

Após cada sessão foram realizadas reuniões com a observadora, no sentido de fazer uma leitura de como transcorreu o encontro, eram trocadas impressões e pareceres mútuos sobre o grupo como um todo.

Para cada grupo ocorreram dois encontros e, antes de iniciar as sessões, era promovido um lanche para os participantes, enquanto se esperava a chegada de todos, com o intuito de criar um ambiente agradável e favorecer a interação entre os mesmos.

Foi utilizado um guia de temas, a partir de questões norteadoras e não diretivas que levaram os participantes a refletirem sobre a assistência que receberam dos profissionais durante o período em que estiveram hospitalizados (APÊNDICE D).

A pesquisadora, como moderadora do grupo, abria a sessão na primeira reunião de cada grupo, dando boas-vindas aos participantes, solicitava que cada um se apresentasse e esclarecia acerca do objetivo e finalidade da pesquisa. Eram informados sobre a razão da gravação e da anotação da reunião pelo observador, sobre o sigilo e anonimato das informações e sobre o Consentimento Livre e Informado, como exigência às Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde. O documento era lido junto com eles e em seguida era solicitada sua assinatura (APÊNDICE B).

Para o funcionamento de cada grupo foram estabelecidas as regras

básicas de convivência, o horário, o tempo de duração de cada sessão, foi reafirmado o compromisso assumido de cada um, o sigilo daquilo que era discutido no grupo, era solicitada a colaboração de todos para assegurar o espaço de fala de cada um, sem se interromperem.

Na segunda reunião, era feita uma síntese da reunião anterior para verificar se emergiam outras opiniões e comentários que eles consideravam importante acrescentar e, em seguida, era dada continuidade às questões do tópico que não foram discutidas na primeira reunião.

Para o **Grupo Focal A** foram convidados 10 usuários e compareceram na primeira reunião apenas 5. Os que desistiram não notificaram previamente a pesquisadora.

Fizeram parte desse grupo: Iara, Márcio, Carolina, Ronaldo e Fabrício (nomes fictícios).

No segundo encontro desse grupo, a Iara não pôde comparecer e comunicou previamente sua ausência, devido ao agravamento de seu estado de saúde.

Para o **Grupo Focal B** foram selecionados 10 usuários e compareceram 7 no primeiro encontro.

Fizeram parte desse grupo: Natal, Fábio, Selmo, Ana, Jair, Álvaro e Naldo (nomes fictícios).

Na segunda reunião, compareceram apenas 2 e não houve comunicado prévio sobre as intercorrências que impediram os outros de comparecerem. Foi discutido com os dois participantes presentes e esses chegaram ao consenso de que a reunião deveria ser suspensa e que deveria ser tentado outro contato com os faltosos. Assim, a pesquisadora procedeu e reagendou um novo encontro. Dessa

vez compareceram 6, pois o vizinho de Selmo informou que ele não estava passando bem e havia ido para a casa do filho no sítio, para receber cuidados familiares.

Para o Grupo C foram selecionados outros 10 usuários e compareceram apenas 2. Foi realizada uma reunião com os dois, em atenção às suas disponibilidades, entretanto, esses dados foram excluídos da pesquisa.

Em razão de estar sendo discutido o mesmo tema nos dois grupos e estarem produzindo resultados similares, considerou-se pertinente encerrar a organização dos grupos, uma vez que já havia material suficiente e significativo para a análise.

Dessa maneira, a pesquisa foi constituída por 12 sujeitos.

2.4.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Minayo (2004), a análise temática que busca a compreensão do significado das falas dos sujeitos para além dos limites, daquilo que é descrito e, para a interpretação, foi utilizada a triangulação dos dados.

A análise de conteúdo abrange as seguintes fases: pré-análise, que consiste da organização do material, da definição das unidades de conteúdo e isso requer uma leitura flutuante do material, num contato exaustivo com os dados, para tomar conhecimento de sua estrutura e registrar as impressões sobre o texto.

A segunda fase consiste da exploração do material e da análise do conteúdo das mensagens, através das unidades de registro, que são o resultado da decomposição do conjunto do texto (recortes em uma palavra-chave, frase) ou tema, que é a unidade maior em torno do qual se tira uma conclusão.

Além das unidades de registro, deve-se definir as unidades de contexto, situando uma referência mais ampla.

Escolhidas as unidades de registro e as unidades de contexto, o passo seguinte é a categorização/codificação do material. O objetivo dessa fase é abranger elementos comuns, ou que se relacionam entre si, e alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Utilizar categorias é reunir elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito. As categorias devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas e adequadas ao conteúdo e ao objetivo (DESLANDES; GOMES, 2003, p.4).

A terceira fase consiste do tratamento e interpretação dos dados. Nessa fase, há que se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. É construída a partir dos diálogos entre a dimensão teórica, dos contextos, das questões e dos objetivos.

Para a interpretação dos conteúdos subjacentes foi utilizada, como recurso metodológico, a técnica de triangulação dos dados. Buscou-se triangular as falas provenientes dos grupos focais com os dados dos diários de campo, da observação participante, com o olhar orientado pelo referencial teórico, adotado num processo de aproximação dos dados (GOMES et al., 2005, p.185).

Com base nessa perspectiva de análise foi realizada a transcrição das fitas das falas, na íntegra, pela própria pesquisadora. Os autores das falas foram identificados por códigos, através de nomes fictícios.

Seguindo-se essa seqüência metodológica, procurou-se organizar o material. Iniciou-se pelos dados obtidos das observações, realizou-se a sistematização dos dados na forma de texto. Em seguida, foi organizado o material dos grupos focais.

Nessa fase de pré-análise, após a reunião de todo o material empírico, foi realizada a leitura flutuante do mesmo para se ter uma visão do conjunto, procurando-se explorar exhaustivamente o conteúdo das observações e das falas dos grupos, para se apreender as particularidades presentes.

Ainda nessa fase de pré-análise, procurou-se trabalhar horizontalmente o conjunto de observações e das falas dos grupos, buscando-se uma forma de fazer os recortes, a categorização e a codificação, de acordo com Matumoto (1998) e procurando-se apoiar a leitura nos referenciais teóricos.

Na segunda etapa, realizou-se o recorte das unidades de registro significativo por temáticas, para chegar-se aos núcleos de sentido.

Na terceira etapa, como cita Gomes et al. (2005), foi realizada, na realidade, interpretação das interpretações, ou seja, enquanto os procedimentos de análise quebram, dividem, se descontroem, a interpretação caminha em um movimento de síntese, por meio da construção criativa de possíveis significados, tendo como eixo norteador o quadro teórico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1. Caracterização dos sujeitos

Em relação à ocupação, 50% deles eram aposentados, 16,7% das participantes dedicavam-se às tarefas no lar, 16,7% deles eram operários, 8,3% eram estudantes e 8,3% estavam desempregados.

Entre os sujeitos do estudo, o sexo que predominou foi o masculino, representado por 83,3% da população.

O participante mais jovem tinha 17 anos, e o de mais idade, 79 anos. A média das idades foi, portanto, 54 anos.

Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental 91,7% e apenas 1 dos sujeitos estava cursando o ensino médio.

Esses dados encontrados foram importantes, pois possibilitaram uma visão do nível socioeconômico e cultural dos sujeitos do estudo e permitiram compreender, durante a análise, que, em decorrência desse fator, lhes faltavam conhecimentos de seus direitos de cidadania. Essa percepção sobre os sujeitos foi apreendida durante os grupos, que representaram os espaços coletivos para que pudessem fazer suas reivindicações em relação às suas necessidades de saúde e, também, foi constatado pela pesquisadora *in loco*, pois essa esteve na residência da maioria dos usuários para agendar os grupos, tendo a oportunidade de verificar que vivem em situação de muita pobreza, de tal forma que as condições de hotelaria do hospital, mesmo com suas precariedades, acaba sendo melhor do que as condições de suas moradias, o que contribuiu para que avaliassem satisfatoriamente a internação, conforme se constatará no decorrer da análise.

Assim, com base nas respostas dos participantes, foi realizada a análise de conteúdo dos discursos produzidos e agrupadas as principais idéias e

sentimentos que revelaram as suas percepções sobre a assistência recebida durante a hospitalização.

3.2 Categorias de análise

A análise foi realizada com a ajuda do referencial teórico estruturado no modelo de Donabedian (1985) de avaliação dos serviços de saúde, baseado na estrutura, processo e resultados, enfocando-se também os princípios do SUS e da humanização do cuidado, que serviram de eixo norteador para o entendimento de como eles perceberam a assistência que receberam durante a hospitalização.

Esses temas foram a base para o estabelecimento da ponte analítica entre o conhecimento obtido através das falas e os pressupostos conceituais, que possibilitaram a emergência das categorias de análise.

Dessa forma, da categoria **Estrutura** emergiram os aspectos tangíveis; da categoria **Processo**, emergiram as subcategorias: acesso, cuidado, processo de trabalho, tratamento, diagnóstico e da categoria **Resultados**, emergiram as subcategorias: resolutividade, estratégias na busca da agilização das ações de saúde e o hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários.

Cabe ressaltar que os resultados apresentados são pertinentes à essa população estudada que utilizou os serviços oferecidos pelo SUS de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Tomando por base as falas dos usuários, portanto, no que se refere às categorias Estrutura, Processo e Resultados, bem como suas subcategorias, essas serão apresentadas no Quadro 1, de acordo com os seus significados apreendidos pela pesquisadora, na análise e interpretação das frases temáticas.

Quadro 1 - Análise e significado das falas dos sujeitos com base nos princípios de Donabedian

Categorias	Subcategorias	Significados
Estrutura	Aspectos tangíveis	Inclui os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros. Os recursos humanos abrangem os profissionais, as habilidades, a capacitação profissional e a carga horária.
Processo	Acesso	Adequação do atendimento ao usuário pelo sistema de saúde, disponibilização e a demanda da população, envolve o tempo, a distância, a facilidade de agendamento para consultas e exames, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem ou prolonguem a vida.
	Cuidado	Necessidade humana essencial, exigida para a saúde e sobrevivência. Inclui os atributos como a paciência, a atenção, o carinho, a compreensão, a vontade, a dedicação, obediência, harmonia, colaboração e presteza, o relacionamento interpessoal e as atitudes humanas.
	Processo de trabalho	Inclui as atividades, os aspectos éticos da relação médico, equipe de saúde e usuário, a organização do serviço e produção do trabalho, a prestação e utilização do serviço
	Tratamento	Conjunto de meios (procedimentos, exames e diagnósticos) para curar a doença na perspectiva da dimensão biológica do processo saúde-doença e das questões subjetivas e sociais. Ações, rápidas sobre o problema e atendimento à queixa.
	Diagnóstico	Reconhecimento da natureza de uma doença através de tecnologias que ajudam a melhorar ou prolongar a vida.
Resultados	Resolutividade	Respostas efetivas aos agravos de saúde com resolutividade diagnóstica e terapêutica, no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos e promovendo a recuperação e cura.
	Estratégias na busca da agilização da resolutividade das ações de saúde	Meios para poder consumir a tecnologia de saúde necessária para melhorar as condições de vida ou prolongar a vida.
	Hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários	Busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa está vivenciando.

Assim, com base nesses significados, pôde se apreender que os *aspectos tangíveis* incluiu o ambiente, os recursos humanos, os materiais, equipamentos e a alimentação.

O ambiente exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. Engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem nesse contexto, a sua cultura, o mobiliário, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de espaço (STEFANELLI, 2005, p.37).

O ambiente hospitalar pode se tornar um ambiente mais agradável de convivência para amenizar a dor e o sofrimento, estabelecendo-se um plano terapêutico de humanização do ambiente e acolhimento do usuário.

As falas que emergiram em relação às instalações do ambiente do campo empírico demonstraram as más condições estruturais, como se pôde constatar a seguir.

Precisa pintar e arrumar as janelas, as do nosso quarto estavam todas quebradas (Natal).

Em relação à manutenção da limpeza do ambiente houve opiniões contraditórias, uma vez que os participantes fizeram uma separação entre a limpeza dos quartos e dos banheiros.

A limpeza do ambiente, seja a unidade do usuário individualizada, ou enfermaria, deve proporcionar segurança e bem-estar, daí a necessidade de conservação do ambiente; deve ser realizada primeiramente para remover o acúmulo de sujeira e evitar a propagação de microorganismos que habitam o ambiente hospitalar e, em segundo lugar, para proporcionar um ambiente mais agradável e confortável para os usuários.

Assim, a limpeza dos quartos para os usuários em geral foi considerada boa, como se pôde constatar pela fala de Lara.

Eu achei a limpeza boa, a faxineira limpa toda hora, é bem cuidado (Iara). Quanto à limpeza dos banheiros, as condições foram apontadas como insatisfatórias.

O banheiro das mulheres é muito ruim, tem que tomar banho cinco horas da manhã, se passar das seis horas não dá para tomar não. As faxineiras limpam, mas tem hora que não tem condições de usar (Ana).

Quanto à manutenção do ambiente, as condições dos banheiros foram apontadas como insatisfatórias, com unanimidade entre os participantes.

O chuveiro perto do canto e o do fundo eram os únicos que esquentavam mais, todos dão choque na tomada, tem que pegar com toalha (Natal).

O banheiro é muito apertadinho e chega de manhã é muita gente para tomar banho e aperta demais, sabe. Tem o chuveiro lá da frente e tem que ir lá senão aperta muito, porque há muito pouco chuveiro ali pelo número de pacientes, teria que ter mais chuveiros (Naldo).

Em relação à troca diária e arrumação dos lençóis dos leitos que ajudam a promover o conforto e o repouso adequados, foi reconhecida pelos usuários como sendo satisfatória, expressos pela fala a seguir.

A cama que eu fiquei estava de roupa de cama limpinha e quando cheguei trocaram de novo pra mim, trocavam todo dia (Iara).

As condições da sala de curativo foram apontadas como inadequada, como pôde ser constatado pela fala de Fabrício.

Tem uma sala de curativo que falta metade da maca, um lugar que não pode ter, porque não pode ter contaminação; você senta na maca e um pedaço da maca cai do lado de lá e vão dizer que sou mal-agradecido, que fiquei de graça e sarei. Precisaria trocar tudo, precisa de uma sala de curativo mais adequada, com mais recurso. Um hospital não pode ter uma cadeira quebrada e a gente tem que agradecer, a sala de curativo é importante (Fabrício).

Em relação aos recursos humanos os usuários perceberam a deficiência do quadro de pessoal, que pôde ser constatado pelas falas de Ronaldo, do grupo A, e de Natal, do grupo B.

Fui muito bem tratado, não resta dúvida, os enfermeiros capacitados, atenciosos, só que acho pequeno o número de enfermeiros pela quantidade de pacientes, eles dividem lá acho que quatro quartos para cada dois deles, então ali tem uma hora entendeu que não sobra tempo para eles, eles ficam fatigados, às vezes está na hora do medicamento, daí a pouco é aquela correria, às vezes até deixa de fazer alguma coisa. Acho que deveria ter um número um pouquinho maior para melhorar a qualidade (Ronaldo).

Na minha opinião precisa melhorar tanto para os pacientes quanto para quem trabalha lá, seria mais gente, principalmente no turno da noite, porque tem três funcionários e é muito serviço para pouca pessoa, os coitados correm a noite inteira (Natal).

A avaliação da estrutura inclui, ainda, segundo Vieira (2005), o nível de treinamento e de habilidades dos profissionais, portanto, o significado das falas dos sujeitos, que foram apreendidas nesse aspecto, traduz-se na habilidade técnica da equipe de enfermagem e no saber fazer.

A habilidade técnica resgatada das falas dos participantes relacionou-se ao desempenho técnico e ao comportamento do cuidador.

O desempenho técnico envolveu a maneira de administrar uma medicação injetável, puncionar uma veia, a forma de realizar um banho de leito.

Não tem dificuldade de pegar veia, tem cuidado para fazer injeção e curativo (Naldo).

Percebi que eles são capacitados pela maneira como fazem o serviço, o modo de dar uma injeção, colocar um soro, enfim, o que é o básico do “enfermeiro”, dentro dos padrões deles ali, eles fazem tudo perfeito, percebi isso (Ronaldo).

Hoje a gente vê que todo mundo é capacitado, tem experiência, não tem dificuldade para pegar uma veia, não fica furando o paciente, usam luvas, estão preocupados com contaminação. Eles vão cuidar do paciente, dar uma medicação, não vão arrancando ele e virando para lá e para cá, não, eles vão conversando, a postura mudou (Naldo).

O comportamento do cuidador envolveu os atributos do cuidador, como ilustra a fala de Iara.

Ah, eu vi eles cuidando daquela senhora com carinho, dar o banhozinho nela na cama, molhando o pano com sabonete, passando de levinho, uma funcionária passa, a outra seca com aquele cuidado e, na hora de trocá-la, era aquele cuidado, virando-a, eu achei isso uma coisa muito bonita (Iara).

Eu acho que se eles não fossem capacitados não estariam lá dentro em primeiro lugar, né, quando tinha uma pessoa passando mal toda hora eles estavam ali, acho que eles sabem mais do que a gente (Carolina).

Essas falas demonstraram que a avaliação ficou na dimensão técnica, de maneira muito simplista, porque eles não têm elementos científicos para avaliar se um cuidado é bem feito, ou não, e na dimensão humana através da relação que se estabeleceu entre esses e os profissionais que cuidaram de sua saúde.

Os usuários também apontaram a responsabilidade como fator importante no desempenho técnico do médico e da equipe de enfermagem.

Fiquei internada há quinze anos atrás e hoje tem gente com mais responsabilidade (Ana).

Desde o médico até o mais pequeno lá, que é o “enfermeiro”, são muito responsáveis, cuidam direitinho, com amor (Jair).

A noção de responsabilidade dos profissionais, entretanto, deve ser ampliada para além da dimensão técnica, a partir de uma nova cultura de responsabilidade pela qualidade da assistência prestada no desempenho do trabalho (CECÍLIO, 1997, p. 316).

O hospital deve ter como propósito prestar assistência de forma resolutiva e humanizada; onde o usuário deve ser atendido por uma equipe multiprofissional que se responsabilize por ele durante toda a internação, a partir de projetos terapêuticos, integrando-o como sujeito ativo de seu tratamento (BUENO, 1997, p.175).

... Implica a responsabilização da equipe pelo cuidado integral do indivíduo, permitir que os agentes do processo de produção de ações de saúde sejam sujeitos efetivos. Assim, o processo de objetivação do usuário que o trabalho em saúde produz, ao reduzi-lo a um corpo individual, que porta problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados que presidem a relação, também é um processo de objetivização do trabalhador de saúde, orientando os próprios valores que deverão ser considerados como fundamentais nesta relação trabalhador-usuário. O

modelo liberal-privatista, ao coisificar a relação trabalhador-usuário, reduz o universo das necessidades e dos saberes a um processo estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como meros cumpridores de rituais, empobrecendo a visão de problemas e necessidades, enquanto, o usuário espera que as ações de saúde consigam melhorar sua vida e dar-lhe mais oportunidade para enfrentar os problemas que ele tem diante de si no seu cotidiano (MEHRY, 1994, p.119).

Em relação aos materiais e equipamentos hospitalares, os usuários fizeram sua avaliação em relação ao mobiliário e não mencionaram os equipamentos de apoio diagnóstico, como pôde ser constatado.

Precisa melhorar os chuveiros que estão dando choques e no meu quarto o abajour estava queimado e tinha que acender a luz fluorescente na nossa cara, de madrugada quando os funcionários entravam no quarto para dar o remédio, acendiam a luz e acordavam todo mundo. Precisa pintar e arrumar as janelas, as do nosso quarto estavam todas quebradas (Natal).

Têm alguns leitos ali que estão com as rodinhas enterradas e o funcionário precisa erguer a cama para passar do outro lado quando precisa movimentar o leito então as camas estão tão velhas e enferrujadas que as rodinhas não viram e às vezes tem que arrastar a cama com o paciente e tudo, isso complica para a enfermagem trabalhar (Naldo)

Os colchões são muito finos, é como deitar no ferro (Natal).

Com relação à alimentação, a maioria se mostrou satisfatória e a classificou como boa, em relação à aparência, modo de preparo e quantidade, como se pôde constatar pelas falas de Lara, do grupo A, e Jair, do grupo B.

A comida é boa, oh comida mais gostosa (Lara).

Vem muita comida, antes era um grude que ninguém comia, hoje o arroz é soltinho, o feijão temperadinho (Jair).

Esses resultados mostraram que a estrutura da enfermagem é ruim e isso mostra que o serviço não tem um bom potencial para atender bem seus usuários, identificado por condições mínimas que poderiam ser melhoradas e que fariam a

diferença no atendimento como, por exemplo, resolver o problema dos chuveiros. Entretanto, percebeu-se um conformismo na atitude dos sujeitos do estudo, de acordo com a fala de Fabrício.

Confortável não, básica para um hospital; porque confortável não é. Tem lugar muito melhor lógico. Você vai num apartamento você tem mordomia, na enfermaria você não tem, lá tem o básico (Fabrício).

Como já foi mencionado, o fato de os usuários apresentarem nível socioeconômico e cultural baixo e as condições de moradia serem também muito precárias, contribuiu para esse comportamento, uma vez que a hotelaria do hospital acabava superando as suas expectativas.

Pensar em qualidade e na humanização do cuidado, entretanto, implica também pensar nas condições do ambiente, inclui investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições e renovação de equipamentos e aparelhagens tecnológicas, visando melhor infra-estrutura (BRASIL, 2001b, p.11).

A análise dos significados que configurou o *Processo* permitiu a conformação das subcategorias: acesso, cuidado, tratamento, diagnóstico e processo de trabalho.

Assim, em relação ao resultado da análise dos dados, referentes à questão guia: “Quais foram as dificuldades para conseguir a internação?”, o acesso foi um dos elementos tomados como satisfação pelos participantes e está relacionado à facilidade da internação.

A análise dos dados evidenciou que a maioria dos participantes manifestou satisfação em relação ao acesso e apenas 1 deles relatou ter tido dificuldade de vaga, exemplificados nas falas de Iara e Carolina, do grupo A, e de Jair, do grupo B.

Para mim não, cheguei às 6h 30 da manhã, na hora já foi feito a minha internação, era umas 6 h 50 e eu já estava dentro do quarto, pra mim não teve nenhum problema na internação, não me perguntaram nada, internação na hora (Iara).

Para mim também foi rápida, cheguei eram umas dez horas e às dez e meia já estava dentro do quarto (Carolina).

Apesar dos participantes terem se manifestado positivamente em relação ao acesso, julgou-se importante fazer algumas considerações.

Dos 12 participantes admitidos pelo SUS, 6 foram encaminhados ao hospital por intermédio de consultórios privados, após consulta médica particular, 4 deles foram encaminhados pelo Pronto Atendimento, e apenas 2 foram encaminhados pela Unidade Básica.

Assim, as idéias que foram resgatadas referentes ao acesso permitiram a análise sobre a organização dos serviços de saúde conveniados com o SUS.

Esses devem se organizar de acordo com a proposta de regionalização e hierarquização do sistema, onde a Unidade Básica e o hospital devem estar integrados à rede de serviços públicos de saúde do município, de acordo com o grau de complexidade dos problemas de saúde dos indivíduos, cumprindo o seu papel como retaguarda para as internações e atendimento às urgências, participando do sistema de referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos para o diagnóstico e resolução da doença.

Isso significa que o hospital não está adequadamente integrado à rede de atenção básica, uma vez que o acesso da população à rede deve ocorrer através do nível primário de atenção e os casos que não tiverem solução no nível da Unidade Básica devem ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, ou seja, no caso desses usuários, todos deveriam ter sido atendidos na Unidade Básica primeiramente, de onde deveriam ter sido encaminhados ao

hospital local com a solicitação da admissão.

O acesso deve-se dar prioritariamente pelos serviços de atenção básica próximos ao local de moradia do usuário e o encaminhamento à atenção especializada e hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta os critérios de vulnerabilidade e risco com apoio das centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda.

Como se constatou, para a maioria desses participantes, a Unidade Básica não constituiu a porta de entrada principal para a hospitalização, perdendo esse papel para os consultórios médicos privados e pelo serviço de urgência e emergência. Esses dados permitiram inferir que o Sistema Único de Saúde, na realidade, não dispõe de um controle efetivo da forma como se operacionaliza os sistemas privados e ainda arca com os tratamentos mais complexos, mais onerosos e com as internações dos usuários desses sistemas privados (URBANO, 2003, p.41).

Além disso, a relação de oferta e demanda ao sistema de saúde para essa população foi condicionada à sua situação socioeconômica.

Acredita-se que um dos fatores que leva ao não cumprimento desse princípio seja a crescente proletarização do trabalho médico, imposto pelo modelo liberal privatista e pelo racionamento do serviço público que leva os médicos, para garantirem o *status quo* e os interesses corporativistas e hegemônicos da categoria, a oferecerem resistência ao funcionamento do sistema, não atendendo os mecanismos de referência e contra-referência, como meio de atrair os usuários para os seus consultórios, privados, maneira essa de aumentar o seu poder aquisitivo.

Guedes e Garcia (2001) pontuam que o acesso é um dos primeiros

aspectos que indica o quanto o direito à saúde é universal, ou excludente, em função do quanto o próprio profissional direciona a inclusão, ou exclusão, da população nos serviços de saúde públicos.

É, portanto, um contra-senso falar em equidade e acesso universal e atender pelo Sistema Único de Saúde os indivíduos que vieram de encaminhamentos de serviços particulares, burlando o sistema público, práticas essas consideradas inconstitucionais, além do que a saúde pública, como cita Carvalho (1993), não combina com lucratividade e não pode se sujeitar às regras do mercado livre.

O acesso está relacionado ainda ao acolhimento de todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, assumindo sua função de escutar, de dar respostas positivas e capazes de resolver seus problemas de saúde.

Segundo Franco et al. (1999), entretanto, há inúmeros ruídos que se apresentam no dia-a-dia do hospital, através de usuários que, diante das dificuldades de acesso ao hospital, constroem uma rede paralela para internação através do Pronto Atendimento, como tentativas de manipulação pelo usuário, a fim de garantir seus interesses e direitos.

Como se pôde constatar apenas um dos usuários teve dificuldade de internar diretamente pelo Pronto Atendimento e só conseguiu a vaga quando a filha foi até o consultório médico privado, conversou com o médico sobre a situação de seu pai e conseguiu a internação.

Eu passei pelo Pronto-Socorro, estava morrendo de dor, tomei soro, injeção, fiquei deitado lá na cama e depois o médico me deu alta para ir embora. Eu não conseguia sentar na cadeira de roda para ir para o carro da minha filha. Ela foi lá no consultório do ortopedista para ele me internar e ele disse que não poderia internar porque não tinha vaga, aí ficou esse chove e não molha e eu tentando levantar, porque eu queria ir embora, mas não dava mesmo, aí minha filha foi novamente e conversou com outra médica e ela deu ordens para internar e eu internei (Jair).

Essa fala permite inferir que os outros usuários também procuraram primeiramente os consultórios privados, porque, em algum momento de suas vidas, vivenciaram alguma situação semelhante e aprenderam que esse é um dos canais para se conseguir uma vaga pelo SUS, confirmando as afirmações de Franco et al. (1999).

Em relação ao cuidado os resultados expressaram que, na opinião dos usuários, o cuidado deve ir além do procedimento e consiste na tomada da essência humana e da valorização de suas necessidades mais essenciais (MATUMOTO, 1998, p.168).

Dessa maneira, as atitudes do cuidador, segundo as falas significativas dos usuários, devem ser permeadas pelos atributos: calor humano, carinho, amor, dedicação apreendidos pelos participantes na relação com os cuidadores.

Esses atributos apresentam como instrumentos que operam o trabalho vivo em ato que se faz em ação e na ação do atendimento (MEHRY; ONOCKO, 1997, p.120; LIMA, 1998, p.166).

Este elemento pode ser identificado na fala de Iara, do grupo A.

Eu vou colocar aqui uma coisa que dá vontade de falar, porque tem muita gente que acha que o hospital é um lugar frio, que as pessoas estão trabalhando ali, cuidando só por obrigação e o que eu vi lá foi muito diferente, tem uma coisa que eu tenho vontade de falar porque foi o que eu senti lá, eu vi ali gente humana cuidando de seres humanos, com carinho, com amor, sabe eu fiquei sensibilizada, eu, eu...fiquei emocionada de ver pessoas que estão ali ganhando para fazer um trabalho, mas eles não estão fazendo aquele trabalho ali só por obrigação, porque estão recebendo por isso, eu vi carinho, dedicação dos enfermeiros, das enfermeiras cuidando das pessoas, dos pacientes, dos pacientes necessitados (Iara).

E emerge na fala de Álvaro, do grupo B.

Fui muito bem tratado (Álvaro).

O processo de cuidar representa a forma como o cuidado ocorre e envolve o comportamento de cuidar (interesse, atenção, consideração), cujos objetivos incluem o alívio, o conforto, apoio, a promoção da recuperação, fazendo com que o indivíduo se sinta como um ser humano digno (WALDOW, 1998).

Como se percebe, esses cuidados simples, de respeito para com o outro, demonstraram ser importantes na satisfação do atendimento, porque resgatam a humanização e não aparecem como rejeição aos aspectos técnicos, mas como uma forma criativa, intuitiva e afetiva que compõe o lado profissional da enfermagem, de acordo com Waldow (1999), reforçando a definição de que a enfermagem é uma profissão que integra a ciência e a arte no cuidado do ser humano.

O cuidado, aqui, portanto, é tomado a partir do resgate do homem e da satisfação de suas necessidades mais essenciais e, segundo Mehry (1998), quando um usuário procura um serviço de saúde não está somente atrás de exames, mas à procura de ajuda.

Essa atitude requer, segundo os autores, um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor, uma nova postura ética.

Assim, o objetivo dos cuidadores de enfermagem é o de ajudar a habilitar o indivíduo a desenvolver suas capacidades e habilidades para a vida, uma vez que o processo de cuidar envolve não só as ações, como também uma reflexão sobre as necessidades dos sujeitos, visando a melhoria das condições físicas, psíquicas e sociais (SCHIMITT, 2003, p.51).

Esses dados sustentaram os argumentos de Waldow (1999) sobre a qualidade da assistência na percepção do usuário, de que a qualidade está mais associada à humanização do cuidado e às atitudes do cuidador.

Bittes Júnior (1996) pontua que, ao se executar um procedimento com paciência e calma, se passa ao usuário a sensação de que o cuidador não está com pressa; o estar disponível e interessado em atender as suas necessidades pode ajudar a amenizar o seu desconforto, o usuário sente-se bem tratado e avalia o cuidado positivamente.

O bom cuidado, o inicial de tudo é a atenção né, acho que a atenção é mais (...) às vezes tem determinado tipo de problema que se você não dá uma atenção especial, você vai sair mais decepcionado ainda, você já tem um problema, se você se decepciona, vai tudo liquidar você né, o meu ponto de vista é esse, não sei se está dentro dos conformes (Fabrício).

O cuidado também emergiu das falas dos sujeitos relacionados ao gênero na enfermagem. A prática do cuidar na história da enfermagem sempre esteve relacionada à figura feminina. A institucionalização do cuidado se deu a partir do trabalho de uma personagem histórica do sexo feminino: Florence Nigthingale.

Segundo Waldow (1999), vários mitos estão ligados à prática de enfermagem com predomínio do sexo feminino. Um dos fatores refere-se à característica de fecundidade e, o outro, ao fator religioso, que advém do início da história da enfermagem, prática essa exercida por religiosas e, posteriormente, com a reforma da igreja e com a expulsão das religiosas dos hospitais e instituições de abrigo, os doentes passaram a ser atendidos por mulheres de baixo nível moral.

Dessa forma, segundo a autora, mesmo com os avanços e a expansão profissional da enfermagem, a ampliação do elemento feminino na profissão não conseguiu superar alguns desses mitos.

Assim, pôde-se constatar, pela fala de Natal, do grupo B, que o gênero no cuidado tem uma representação social do arquétipo feminino para esses participantes.

Fui muito bem tratado, adorei as meninas e os rapazes, só que eu vou confessar uma coisa, na minha opinião, as mulheres cuidam um pouquinho melhor que os enfermeiros, com mais carinho (Natal).

Essa questão, na instituição, se torna mais presente devido à presença de religiosas no contexto hospitalar, o que resgata a vocação na enfermagem, entendida como atitude pessoal, orientada pelo ideal de servir (LOPES, 2001, p.26) e que vai ao encontro da representação acerca de gênero.

Esses traços coincidem, dessa maneira, com as características de ajuda atribuídas à enfermagem, de acordo com o modelo religioso/vocacional, onde está presente a atenção, o amor ao próximo, a compreensão, a compaixão, a dedicação, bondade, enquanto atributos necessários à missão de apoio moral a quem sofre, revelando-se a origem religiosa da profissão (LOPES, 1994, p.10; RODRIGUES, 2001, p.80).

A subcategoria processo de trabalho foi elaborada a partir da análise dos dados obtidos através das falas significativas dos usuários nos grupos e da observação participante e pôde-se dizer que essa última constituiu importante instrumento de análise, pois permitiu apreender a organização do trabalho na instituição, também a partir do olhar da pesquisadora, servindo de referência para balizar as informações trazidas pelos usuários, estabelecer comparações e fazer uma reflexão crítica sobre a realidade concreta do campo empírico.

Assim, através da observação pôde-se apreender que a organização do trabalho nessa instituição segue o modelo funcional da abordagem científica da administração, numa concepção de trabalho hegemônica e racional.

O trabalho não ocorre em equipe, cada profissional é responsável pelas suas atividades, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, de acordo com Peduzzi e Ciampone (2005, p.114).

O trabalho é parcelado e perde sua articulação com o processo de trabalho e a divisão do trabalho reflete um conjunto de práticas rotineiras, repetitivas e mecanizadas (ROZENDO, 2000, p.77).

Dessa maneira, o trabalho é realizado de modo a garantir a realização da atividade médica e determina a relação de poder e autoridade do médico em relação aos demais profissionais.

Além dessa divisão técnica da equipe de enfermagem, há divisão do trabalho dos enfermeiros em funções administrativa e assistencial. Como há um enfermeiro em cada turno de trabalho na unidade, essa ocorre na direção principalmente da função administrativa, onde ele coordena o trabalho realizado pela equipe de enfermagem e se articula entre as ordens médicas e a transmissão dessas informações aos auxiliares e técnicos de enfermagem e repetem a prática gerencial da lógica capitalista, de fazer o serviço funcionar, configurando a alienação do processo de trabalho, atendendo mais os interesses da administração e do serviço médico do que da equipe de enfermagem e do usuário, no seu cotidiano, exige produtividade da equipe de enfermagem, contudo, sem estabelecer metas que priorizem a qualidade da assistência, a humanização das condições de trabalho e a satisfação dos trabalhadores com o trabalho (LUNARDI FILHO, 1995, p.66).

O trabalho se organiza com base em acentuada divisão social e técnica, numa dissociação entre o cuidar e o curar, sendo o curar trabalho intelectual de natureza médica, e o trabalho de cuidar executado pela equipe de enfermagem (LOPES, 2001, p.165).

As atividades assistenciais são realizadas principalmente pelo pessoal de nível médio, sendo que o enfermeiro se ocupa dos cuidados relativos a exames,

procedimentos que são de sua atribuição exclusiva, prepara e auxilia procedimentos médicos e realiza punção venosa e procedimentos técnicos para ajudar a equipe de enfermagem quando necessário.

A supervisão do trabalho, pelo que se constatou, se restringe predominantemente à distribuição do pessoal, em verificar se os cuidados foram realizados e no acompanhamento da evolução de curativos, porque desenvolve trabalho em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH, além da articulação do trabalho de enfermagem com o serviço médico, a supervisora faz a articulação com os outros profissionais e com os outros setores do hospital.

A maioria dos registros de enfermagem são feitos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e a sistematização de enfermagem, ainda não foi implantada na unidade. As normas e rotinas de enfermagem encontram-se padronizadas num manual de enfermagem.

Segundo Casate e Correa (2005), um trabalho como esse, racionalizado, mecanizado, excessivamente burocratizado e com sobrecarga de atividades, não oferece condições para que os trabalhadores possam exercer suas funções de forma mais humanizada.

Além do mais, não há espaços intercessores para a discussão do trabalho para que os profissionais possam se sentir como sujeitos ativos no processo terapêutico e se responsabilizarem pelo objeto final de sua intervenção, pela recuperação do usuário, conforme cita Campos (1997), e quando não ocorrem esses espaços coletivos a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, leva, segundo o autor, o profissional a comprometer-se apenas com a execução do procedimento e ponto final, o que acarreta prática profissional altamente

burocratizada.

Segundo o autor, não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares; o trabalho com essas características se torna insuportável e provoca a alienação e despersonalização do trabalhador.

Os próprios trabalhadores freqüentemente se queixavam das condições de trabalho, como se pôde evidenciar pela fala expressa por um dos técnicos de enfermagem, em caráter de desabafo.

Não agüento mais de dor nas pernas, como é duro ser pobre e ter que trabalhar tanto.

... o trabalhador de enfermagem está exposto constantemente a cargas físicas e emocionais que geram processos de desgaste físico e psíquico, que a longo prazo pode determinar o aparecimento de doença, que fazem parte do perfil patológico desse grupo social, que é decorrente dessa forma de organização do trabalho (FELLI; TRONCHIN, 2005, p.89).

Para exemplificar melhor essa questão, nesse período de observação de campo, houve uma reunião de orientação sobre os riscos biológicos, coordenada pelo técnico de segurança do trabalho. No final dessa, foi cobrado maior responsabilidade técnica da equipe de enfermagem quanto ao descarte de materiais perfurocortantes.

Um dos técnicos de enfermagem presente reagiu, argumentando que eles são muito exigidos pela organização, enquanto essa não está atenta às suas condições de trabalho, listando uma série de queixas que iam desde a estrutura, citando as condições dos banheiros, que dificultam o desenvolvimento de suas atividades até à deficiência de recursos humanos e sobrecarga de trabalho.

Tem hora que você está atendendo um usuário ou fazendo medicação e tem familiar de outro pedindo para trocá-lo, o serviço é tanto, que tem hora que você não sabe o que fazer, às vezes acho que vou ficar louca, porque se fica alguma

atividade sem fazer para o serviço noturno, os funcionários do plantão reclamam, às vezes saio tão nervosa do trabalho que não consigo nem dormir à noite de cansaço e preocupação.

Acrescenta-se a esses fatores a desvalorização do homem no processo de trabalho, principalmente os auxiliares e técnicos de enfermagem, com baixos salários e, por vezes, com atraso, dados esses obtidos dos relatos informais dos funcionários.

A falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem também foram apreendidas pelos usuários e apontadas nos grupos, como pôde ser constatado pelas falas de Ronaldo, do grupo A, e Natal, do grupo B.

Fui muito bem tratado, não resta dúvida, os enfermeiros capacitados, atenciosos, só que acho pequeno o número de enfermeiros pela quantidade de pacientes, eles dividem lá acho que quatro quartos para cada dois deles, então ali tem uma hora entendeu que não sobra tempo para eles, eles ficam fatigados, às vezes está na hora do medicamento, daí a pouco é aquela correria, às vezes até deixa de fazer alguma coisa. Acho que deveria ter um número um pouquinho maior para melhorar a qualidade (Ronaldo).

Na minha opinião precisa melhorar tanto para os pacientes quanto para quem trabalha lá, seria mais gente, principalmente no turno da noite, porque tem três funcionários e é muito serviço para pouca pessoa, os coitados correm a noite inteira (Natal).

Fábio, do grupo B, discorda da opinião de Natal e argumenta.

Do jeito que está, está bom. Já tem seis funcionários que dão conta muito bem, é só querer, se não quiser...se colocar mais vão atrapalhar (Fábio).

Ainda Fabrício, do grupo A, faz as seguintes observações sobre o trabalho de enfermagem.

No meu quarto tinha quatro pacientes, dois partiram (foram a óbitos). É complicado, você olha de um lado e tem um morrendo, olha do outro tem outro morrendo, daí eu pensei naquelas enfermeiras que ficam lá direto, se ficar todo dia, dá para ficar mais doente que os próprios pacientes que estão lá, por isso eles têm que dar aquela revezada um dia sim, um dia não. Exige muito do físico, como do mental, por isso que às vezes os enfermeiros dão uma dura assim (...) porque quem precisa de por a mão na massa igual eu vi lá (...) (Fabrício).

A única coisa que eu fiquei chateado foi com um enfermeiro lá que eu não lembro o nome dele, no dia em que meu amigo faleceu, ele colocou o corpo dele lá no quarto de isolamento e como estava em cima da hora dele ir embora, ele largou o meu amigo lá em cima da maca pelado, deitado lá, não forrou a cama, não forrou nada, num frio. Aí chegou o irmão dele e viu ele naquele estado e foi lá brigar, xingou a enfermeira que tinha acabado de entrar e não tinha culpa de nada (Natal).

São situações que demonstraram as percepções dos usuários sobre a qualidade de vida no trabalho do pessoal de enfermagem e, ao mesmo tempo, a falta de atenção desses, em relação aos cuidados mínimos de enfermagem, o que descaracteriza um cuidado humanizado demonstrado pela insensibilidade com que alguns funcionários desempenham suas ações de enfermagem.

Essas atitudes levam à necessidade da gerência em resgatar os valores éticos que fundamentam o atendimento em saúde, através da capacitação permanente do pessoal para atualização de conhecimentos específicos, aprimoramento e revisão de suas posturas éticas, para a transformação de suas práticas.

Outro aspecto importante que merece ser ressaltado diz respeito à falta de flexibilidade das rotinas de enfermagem. Em todo ambiente hospitalar, as ações de enfermagem são dirigidas por rotinas que, em geral, são rígidas e inflexíveis e que dificultam ainda mais a adaptação do usuário nesse contexto. O modo como é organizado o processo do trabalho parece uma linha de montagem, hora do banho, do curativo, da medicação, dos sinais vitais e assim por diante, não havendo nem responsabilização, nem construção de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário (ROLLO, 1997, p.323).

A fala de Fabrício, do grupo A, a seguir, ilustra essa falta de flexibilidade.

Já vai naquela dificuldade tomar um banho, leva um choque, cai aquele mundo de água gelada, ah, espera aí, está abusando, vai dar uma gripe brava, porque com esse frio chega a “enfermeira” e fala bom dia, a hora que fala aquele bom-dia, com aquele frio (...) vem acordar e gritar “bom dia”, me acorda às 6 h da

manhã. Podia falar até bom-dia que eu escondia debaixo do lençol. Teve um dia que eu estava deitado de costas e coberto, quando bateu nas minhas costas e falou bom-dia eu virei com tudo e falei o que é (...) era minha médica, a própria que estava ali. É complicado, estava frio (Fabrício).

Como se verifica, esse modelo de trabalho racional taylorista supervaloriza os procedimentos em detrimento do usuário e os profissionais passam a ser responsáveis pelo procedimento e não pelo usuário.

Olhando para o trabalho, da forma como está organizado, pode-se afirmar com base nesses resultados, que essa instituição não tem um projeto terapêutico de humanização da assistência e de produção do acolhimento do usuário e que o atendimento das necessidades desses, centra-se na assistência técnica e, por mais que os participantes tenham feito referências a um relacionamento interpessoal produzido pela equipe, observou-se que a atenção, a disponibilidade, a escuta se constituem em atributos pessoais de alguns profissionais e não fazem parte de mecanismos institucionais que permitem o envolvimento de todos, com a elaboração de novas maneiras de fazer a instituição funcionar, como prática que garanta o vínculo entre os profissionais e usuário e valorize a sua subjetividade, como recomenda CAMPOS (1997, p.235).

Constatou-se em todas as falas apresentadas que os usuários, ao avaliarem o atendimento, valorizaram-no enquanto trabalho centrado na tecnologia leve, que envolve a tecnologia das relações de produção de vínculos e esperam dos profissionais sensibilização com o seu sofrimento, que esses sejam menos impessoais e rompam com a dureza com a qual interagem com os mesmos, como cita ROLLO (1997, p.329).

Para que o processo de trabalho se desenvolva nessa perspectiva, a organização precisa dar maior autonomia para que as equipes multiprofissionais

elaborem e realizem as atividades, se responsabilizem pelos projetos terapêuticos, pelo acompanhamento dos usuários e pelo seu processo de cura, segundo as necessidades desses e não de acordo com os seus interesses.

O cuidado, segundo a literatura, é da responsabilidade da equipe de enfermagem e essa não pode assumir uma posição de submissão, de apenas cumpridora de deveres e se manter alheia a todo o processo que envolve a doença e o usuário. Olhar o processo de trabalho de outra forma exige a flexibilização das normas e rotinas do serviço, uma vez que o foco da assistência passa a ser o usuário e a resolução de seus problemas (MATUMOTO, 1998, p.205).

Segundo Stefanelli; Carvalho; Arantes (2005), quando o profissional não puder atender o usuário no momento, ele deverá esclarecê-lo e, se for urgente, solicitar que outro profissional o atenda. Quando o profissional demonstra desatenção, o usuário poderá sentir-se inferiorizado, rejeitado, assim como apresentar sentimentos de raiva, o que pode levá-lo à participação passiva no seu processo de cura.

Eles precisam dar mais atenção, desmembrar aquela obrigação com uma atenção mais espontânea e não aquela coisa forçada, faz porque é funcionário e tem que fazer, quer dizer pra cuidar bem, teria que dar mais atenção, mais carinho, mais dedicação precisa ter mais equilíbrio entre o enfermeiro e o paciente, não só falar com a gente, sentar na cadeirinha e escrever, têm que ter mais atenção. Vocês falaram que eles dão atenção, mas é mentira, tem hora que eles falam assim (...) aquele tio enche o saco, larga ele lá, certo. O objetivo não é a atenção, eles têm que ir lá dez vezes. Ah, mas encheu o saco, não interessa, a função deles é essa, entendeu (Fabrício).

Vocês falaram que dá atenção, mas é mentira, tem hora que eles falam assim... "aquele tio enche o saco, larga ele lá, certo". Mas o objetivo não é a atenção, tem que ir lá dez vezes. Ah, mas encheu o saco, não interessa, a tua função é essa, entendeu (...). E o almoço tem que ver, tem que ter controle né, você está almoçando aqui, quando você vê o enfermeiro já tá limpando o paciente ali, eles ficam esperando duas horas para trocar o paciente, a hora que você vai almoçar eles resolvem trocar. Acho que no meu caso eles faziam assim meio de propósito. Aí eu ia almoçar lá na sala de TV, não que eu tenha nada assim de tá vendo porque é normal, entendeu, quem tá na água é para molhar, mas também não precisa exagerar (Fabrício).

Essa fala contradiz outras falas anteriores sobre o cuidado, que reforça também o que já se pontuou sobre a satisfação, que ela não é estática e pode ser modificada, porque a percepção individual também sofre influências em razão de uma situação.

É importante ressaltar ainda que a crítica às normas e rotinas hospitalares não tem o objetivo de extingui-las, pois são necessárias à organização do trabalho, mas as atividades não podem ser colocadas como essenciais em detrimento da subjetividade dos usuários (ROLLO, 1997, p.324).

O acolhimento, como já foi apontado, constitui aspecto essencial do cuidado, e o significado que emergiu nas falas dos participantes está relacionado à atitude do profissional para o atendimento de suas necessidades de saúde, como pôde ser constatado na fala de Fabrício.

Apoiar mais o paciente, ele não está acostumado lá dentro, os primeiros dias que você chega você fica assim meio cambaleando pra lá e pra cá, se a pessoa atende com bastante atenção, orienta, assim como você está, você se sente mais feliz. Tem que esquecer um pouco que está trabalhando e fazer só a minha obrigação, porque é obrigado, não é isso, eu acho que teria que ter um pouquinho mais de dedicação, independente do trabalho, sabe, já que você está na função de vamos dizer assim (...) qualquer função dentro do hospital, mas à vontade, que dê mais liberdade para o paciente se orientar (Fabrício).

A fala do usuário vai ao encontro da percepção apreendida durante a observação participante, onde se constatou que o usuário na unidade é recepcionado, na maioria das vezes, apenas pela escriturária e quando esse é internado pela primeira vez apresenta dificuldades de se situar no ambiente e de se adaptar nesse espaço como foi expresso.

Observou-se que os profissionais não se apresentavam aos usuários recém-admitidos e não explicavam as rotinas da unidade de internação, bem como a de visita, que constitui uma expectativa inicial dos mesmos. Percebeu-se que a

preocupação imediata dos profissionais é a de preparar e administrar os medicamentos, preparar o usuário para algum exame, demonstrando que o foco é a concepção do processo saúde-doença biologicista e não a pessoa, não se considerando os seus aspectos subjetivos e não abrindo espaço para a escuta.

Algumas vezes foi observada a visita das enfermeiras aos usuários recém-admitidos e constatou-se que as entrevistas tinham o caráter exclusivo de colher informações sobre o uso de medicamentos. Essas chegavam, não se apresentavam e o diálogo era limitado às informações necessárias.

Essa forma de executar o trabalho não favorece o acolhimento, uma vez que a relação estabelecida tem como foco principal o ato padronizado e não o usuário e suas necessidades; essas situações demonstram que a realização do procedimento parece ser a preocupação fundamental dos agentes, com rigor no cumprimento de rotinas maior do que a preocupação em acolhê-los bem (LIMA, 1998, p.151; MATUMOTO, 1998, p.104).

Essa postura confirma as idéias de Rollo (1997) de que essa forma reducionista de abordar o doente valoriza apenas a dimensão biológica do processo saúde-doença e considera externo ao corpo tudo que não é visível aos olhos e à tecnologia diagnóstica.

Em vista de todas as considerações que foram apresentadas, verifica-se que a gerência precisa valorizar as necessidades dos usuários e dos trabalhadores para assegurar a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade do ser humano (BAKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006, p.133).

É necessário mudar os paradigmas de assistência na instituição, através de um conceito de humanização, que desenvolva um modelo de gestão que reflita a

lógica desse processo, criar espaços de comunicação que facilitem a livre expressão do diálogo entre a gerência, trabalhadores e usuários e a gestão participativa, segundo Moura et al. (2003), é um poderoso instrumento para construir a eficácia, a eficiência e uma diretriz ético-política fundamental para esse processo.

Sobre a questão se os usuários conseguiram identificar quem eram os profissionais que prestaram o cuidado de sua saúde e como eles avaliaram o desempenho desses, percebeu-se que os sujeitos identificaram principalmente o profissional médico e de enfermagem e o atendimento médico foi considerado satisfatório por unanimidade, ressaltando a pontualidade do atendimento como fator importante.

Desde o Pronto-Socorro até o hospital foi ótimo, teve quatro doutores cuidando de mim, um atrás do outro, foi ótimo e tudo pelo SUS; não paguei nada. Precisa saber conversar, às vezes a pessoa não sabe conversar e perde ponto; a minha filha não me deixava ficar sozinho, às vezes a minha língua enrola e não dá para conversa (Márcio).

O atendimento médico foi muito bom, a doutora é muito boa, muito atenciosa, ia de manhã e à noite me ver (Ana).

A única que cuidou de mim foi a doutora, pessoa muito simples, eu não conhecia ela não mas, ela cuidou muito bem de mim (Jair).

Eu gostei muito da pontualidade do meu médico, todo dia sete, sete e meia ele estava lá me vendo, querendo saber como eu estava, todo dia, não falhou nenhum dia, era um dos primeiros a chegar todo dia (Natal).

Culturalmente, os usuários sabem que os médicos detêm esse poder e que, portanto, a definição sobre as suas condições de saúde-doença estará em suas mãos.

Por outro lado, a permanência do usuário no hospital pode ser percebida muitas vezes como uma experiência desagradável, quando ele está com dor, por ter que ficar longe de casa, dos familiares e por ter que dividir o espaço do quarto com

usuários em estado terminal.

Todos esses fatores contribuem para a expectativa da visita médica e, portanto, quando o médico mantém frequência diária e pontualidade, isso é percebido pelo usuário como dedicação, respeito, atenção e sensação de estar sendo cuidado, o que contribui para aumentar a confiança no profissional e no seu processo de cura.

Com base nesses resultados e pautando-se na observação participante, achou-se pertinente fazer algumas considerações. Assim, quando na organização do trabalho hospitalar, essa se centra na relação do poder médico, a responsabilidade do diagnóstico, da informação sobre o prognóstico da doença e da decisão sobre as condutas terapêuticas se constitui em atos exclusivos desse profissional.

Embora os participantes tenham avaliado satisfatoriamente o serviço médico, foi possível capturar o trabalho vivo em ato e apreender que o processo de trabalho não opera na perspectiva da tecnologia leve, na dimensão relacional, onde está presente o vínculo, a valorização da subjetividade e, sim, na dimensão da tecnologia dura, através da realização de condutas totalmente normatizadas.

O atendimento médico na instituição ocorre, de acordo com Carapinheiro (1993), baseado na relação de poder, apresentado como *doente do hospital* e *doente do médico*.

Cabe ao médico a posição central devido ao seu saber e à sua responsabilidade pela elaboração do diagnóstico e tomada de decisão no processo terapêutico, desencadeando as ações dos outros profissionais de saúde (LIMA, 1998, p.128).

Na realidade, os médicos dessa instituição disponibilizam um tempo muito

curto na visita médica para obter informações sobre o quadro clínico do doente e para informá-lo a respeito dos resultados diagnósticos, de tal forma que não se cria um espaço para a prática da produção da subjetividade.

Além disso, esse modelo de atenção médica baseia-se na obediência à autoridade médica em função do conhecimento que esse detém para curar as doenças (CARAPINHEIRO, 1993, p.210; LIMA, 1998, p.119).

O usuário se mantém numa posição de submissão e de passividade, como receptor dos cuidados médicos, atitude essa de alienação frente aos seus direitos de tornar-se sujeito ativo no processo terapêutico (MEHRY; ONOCHO, 1997, p.327).

“Para mudar essa realidade é necessário que o usuário assuma a posição do sujeito que fala, deseja e julga, sem o que não se estabelecerá uma relação profissional e usuário adequada” (CAMPOS, 1994, p.53).

Considerou-se como doentes do hospital aqueles que foram encaminhados para internação pela Unidade Básica e Pronto Atendimento e, os doentes dos médicos, aqueles provenientes dos consultórios médicos privados.

No primeiro caso, a relação médica era limitada e centrada no exame clínico e na prescrição médica.

Ela não passava todo dia porque já tinha definido o meu problema, aí fiz o tratamento com a enfermagem e depois ela me deu uma avaliada, achei tudo normal (Fabrício).

No segundo caso, o médico se mostrava mais zeloso, fazia visitas mais de uma vez ao dia, era mais comunicativo, como se pôde constatar pelas falas abaixo.

O médico até contava piada pra gente, à noite juntava os melhores lá no nosso quarto para conversar, contar piada, ele também entrava, contava piada, então quer dizer que né (...) anima quem está doente (Álvaro).

O atendimento médico foi muito bom. A doutora é muito boa, muito atenciosa, ia de manhã e à noite me ver (Ana).

A prática clínica deve contribuir para que os usuários estabeleçam uma relação mais madura com a doença, com a prevenção da saúde, com os dispositivos tecnológicos e com os profissionais, e não reduzi-la apenas à dimensão biológica do processo saúde-doença, empobrecendo a prática que acaba ficando limitada à doença, ao diagnóstico e ao tratamento. Deve-se criar condições para que o usuário se torne sujeito do seu processo de cura. O clínico necessita conhecer a subjetividade de seu usuário quando tem como critério valorativo o restabelecimento integral do usuário (CAMPOS, 1994, p.51; MEHRY; ONOCKO, 1997, p.327).

Quanto ao *atendimento de enfermagem*, os participantes demonstraram certa desinformação e confusão em relação à categoria profissional. Quando se referiram ao enfermeiro, na realidade estavam se referindo aos profissionais de nível médio e, quando foram questionados se havia supervisão do serviço de enfermagem, foram capazes de associar a função de supervisão ao profissional enfermeiro.

Os enfermeiros são todos antigos (Jair).

Os “enfermeiros”, dos “enfermeiros” da noite tinha um mulatinho e de dia era a irmã que ficava me vigiando pelo buraco da porta pra ver se eu não fumava na cama (risos) ... (Jair).

Teve os enfermeiros, o padre, a irmã também (Natal).

Tem supervisão, conheci, conversei com a supervisora da manhã e à tarde e à noite também tem (Ronaldo).

Enfermeiro padrão é o enfermeiro chefe (Ana).

Tem enfermeiro padrão que toma conta da área da enfermagem, as irmãs que passam pra ver se precisa de alguma coisa (Naldo).

Essas falas demonstram que a representação social que as pessoas têm do enfermeiro relaciona-o às atividades administrativas, principalmente no controle do pessoal de enfermagem e das atividades inerentes à área e não o associam ao seu desempenho técnico e terapêutico.

Aproveitou-se esse momento dos grupos para esclarecer aos participantes as funções de cada categoria profissional da equipe de enfermagem.

Esses resultados decorrem do fato do enfermeiro não ocupar seu espaço como agente terapêutico e por não colocar o usuário como centro de sua abordagem. Quando o enfermeiro está preocupado só em cumprir as ordens médicas, ou as determinações da instituição, e não tem bem claro qual é o papel que deve desempenhar junto a outros profissionais e ao usuário é muito difícil seu posicionamento profissional; ele perde a sua identidade profissional e fica numa posição indefinida, conforme se constatou e como cita FUREGATO (1999, p.16).

Compartilha-se, aqui da concepção da autora que o enfermeiro, quando for capaz de colocar o usuário no centro de sua atenção profissional, seu desempenho poderá resultar em maior objetividade, maturidade, segurança e criatividade e, aí, estabelece-se como profissional respeitado, trabalhando em nível de colaboração profissional.

Essa postura não significa abrir mão de sua função administrativa da assistência de enfermagem, mas privilegiar uma postura humanista, onde o cuidado direto é o meio pelo qual se pode determinar uma assistência não centrada no médico, nem na própria enfermagem, mas nas necessidades reais do cliente.

Com relação ao *atendimento de fisioterapia*, 4 deles mencionaram ter

presenciado os dois fisioterapeutas na unidade fazendo atendimento a outros usuários e apenas 1 deles foi atendido por esse serviço.

No meu quarto foi a fisioterapeuta e ela me atendeu duas vezes e o outro também (Fábio).

Quanto ao *Serviço de Nutrição e Dietética*, apenas 1 deles mencionou que a nutricionista foi uma vez no seu quarto conversar sobre dieta com outro usuário e diariamente passava a auxiliar do serviço de nutrição, verificando as preferências de alimentação e dietas e distribuindo as refeições.

Isso demonstra que não há preocupação desse serviço em estabelecer um programa de educação alimentar para os usuários internados. O período da hospitalização poderia constituir um espaço para que ele e seus familiares fossem orientados quanto à dieta a ser seguida, às características básicas dessa, importância na terapia dele, tipos de alimentos que podem compor a dieta. Essas orientações podem garantir a sua aceitação e o seu compromisso de segui-la na alta (SANTOS; LACERDA, 1999, p.49).

A fala de Ronaldo, do grupo A, e de Natal e Jair, do grupo B, ilustram esses dados.

Eu fui atendido por enfermeiro, médico, vi pessoas sendo atendido por fisioterapeuta e vi a nutricionista conversando com determinada pessoa lá no meu quarto (Ronaldo).

A única que passava perguntando o que a gente queria comer era a auxiliar que entregava a refeição. Elas tratam muito bem a gente (Natal).

Passava a auxiliar da cozinha, a nutricionista acho que não passou nenhuma vez por lá. A fisioterapeuta foi lá só uma vez (Jair).

Por várias vezes os usuários não entenderam o significado daqueles questionamentos e tomavam-nos como críticas negativas ao serviço e percebia-se que eles não se sentiam bem, como se pode constatar.

Eu não tenho nada do que me queixar não (Álvaro).

Então, ele era esclarecido que não se tratava de uma crítica no sentido destrutivo, mas que o objetivo da pesquisa era verificar como eles perceberam o atendimento e que a pergunta que a pesquisadora gostaria que eles respondessem era “quais foram os profissionais que prestaram o atendimento e o que acharam do atendimento”?

Álvaro então responde:

Pra mim foi tudo bom, teve o médico, os enfermeiros, a irmã que ia lá conversar comigo (Álvaro).

O tratamento, como subcategoria apreendida pelos usuários, incluiu a ação de cuidar e a terapêutica medicamentosa.

A ação de cuidar, apresentada pelos grupos, está relacionada à atitude do cuidador em relação ao usuário e à frequência da visita médica, ilustrada pela fala de Iara, do grupo A, e Álvaro, do grupo B.

O meu atendimento foi excelente, a minha doutora não ficou nem um dia sem passar visita, ia até duas vezes por dia (Iara).

Pra mim teve muito bom, me trataram muito bem, o médico ia duas ou três vezes por dia me visitar, não tenho nada que me reclamar (Álvaro).

O efeito dos medicamentos foram avaliados satisfatoriamente, enquanto ação terapêutica, como expressa a fala de Márcio, do grupo A, e Fábio, do grupo B.

*Os medicamentos foram bons, melhorei (Márcio)
De bom teve o tratamento, os remédios, o doutor (Fábio).*

Esses resultados estão centrados no modelo biológico da medicina que, segundo Campos (1992), concebe o corpo doente como uma máquina que precisa de conserto.

O tratamento da doença corresponde, portanto, à eliminação dos sintomas, que precisam ser extintos do corpo/máquina, através da medicalização. Em decorrência dessa visão, que foi passada pela medicina ao indivíduo sobre o processo saúde-doença-cura, a visita médica cria grande expectativa nos usuários, pois, a partir delas serão tomadas decisões sobre seu tratamento, permanência no hospital ou sobre a sua alta.

O usuário, ao longo de sua vida, aprendeu a ser tratado pelo médico pautado nesse modelo, embora, na maioria das vezes, esse tratamento alivie os sintomas, não resolve a causa, porque suas necessidades de saúde vão além do cuidado da doença.

Essa visão mecanicista do saber clínico impõe, segundo Campos (1992), uma camisa-de-força à abordagem do objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo.

O exame físico, a comunicação e a escuta foram apontados como aspectos relevantes do atendimento médico, como mostram a fala de Lara, do grupo A, e Natal, do grupo B.

Para mim foi excelente. Não fiquei nenhum dia sem visita médica, até duas vezes por dia. Ela foi me examinar, olhar o olho, olhou o inchaço do rosto. Não foi assim chegou, tudo bem, virou as costas e foi embora. Examinou meu olho, examinou o inchaço do rosto, conversou, perguntou, então (Lara).

Eu achei ótimo, tava tratando lá na Unidade Básica e pedi uma benzetacil e o médico de lá disse que eu não podia tomar por causa da minha pressão e foi só chegar no hospital, o médico viu minha perna e a primeira coisa que ele passou pra mim foi a benzetacil (Natal).

Isso reforça a necessidade da clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais; onde a consulta médica não deve se restringir só ao corpo biológico, aos recursos diagnósticos e aos medicamentos, ou seja, não tem que explorar apenas o uso das tecnologias duras e leve-duras, mas desenvolver ações através das tecnologias leves, da dimensão relacional (MEHRY; ONOCKO; 1997, p.120; CAMPOS, 2003, p.57).

... o trabalho médico orientado por este modelo assistencial é todo voltado para a produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura, gerando maior necessidade de produção de procedimentos e leva à morte das tecnologias leves nos seus processos clínicos, o que gera uma relação usuário e trabalhador marcada por um processo de alienação e despersonalização, (MEHRY, 2000, p.198).

Durante a observação do campo empírico, percebeu-se que o atendimento médico muito freqüentemente deixava a desejar, pois o tempo que ele disponibilizava para prestar o atendimento era insuficiente para estabelecer essa relação.

Segundo Romano (2002), “não basta o conhecimento tecnológico, é preciso conciliar o técnico com o humano. É fundamental uma relação entre o médico e o usuário para a maior adesão do usuário ao tratamento”.

Essa forma de operar o trabalho em saúde distancia o atendimento de uma relação mais humanizada que ultrapassa os limites das tecnologias duras e leve-duras e vai de encontro à reconstrução do conhecimento de cura que, de acordo com Campos (1994), significa centrar os esforços terapêuticos na ampliação do coeficiente de autonomia, aumentando a capacidade dos indivíduos lidarem com as dificuldades impostas pela doença e oferecendo recursos para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença.

Isso exige dos profissionais informações adequadas e suficientes para

melhorar o seu entendimento sobre o seu funcionamento orgânico, da doença, dos medicamentos, de suas relações com o meio social, aumentando as suas possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida.

Esse processo amplia as responsabilidades do olhar clínico, uma vez que a cura e a promoção da saúde dependem sempre do meio social e, portanto, as ações clínicas não podem se restringir à mera utilização de medicamentos.

Na pesquisa, a maioria dos participantes afirmou ter sido orientada sobre o tratamento, embora pôde-se perceber que essas foram insuficientes, como ilustra as falas de Lara, do grupo A, e de Jair, do grupo B.

A minha médica disse que no meu caso era necessário ficar internada por causa das reações do remédio (Lara).

A doutora pediu os exames e me falou que o “negócio” estava bem complicado e que ia fazer um tratamento e fez, desinflamou, mas a dor não pára. Estou tomando diclofenaco de manhã, ao meio-dia e à noite (Jair).

Apenas um dos participantes do grupo A demonstrou desagrado em relação à falta de informação médica sobre o medicamento que lhe foi prescrito, contrariando o direito do usuário de receber todas as informações referentes ao seu tratamento.

A única coisa que eu achei meio estranho é que eu nunca tive dificuldade de dormir nem nada, mais me deram um calmante antes de dormir, eu achei estranho, fiquei uns três dias assim (...) depois que saí de lá sabe. (...). Eu não sei, lá antes de sair o enfermeiro falou assim o médico passou esses remédios aqui, o mirtax de dez miligramas e esse calmante. Ué, mas eu não bebo calmante. Ele falou esses dias todos você bebeu. (...). Eu falei pôxa vida. Aí é que eu vi que eu fiquei uns três dias com a cabeça assim meio (...) porque é duro, porque você não está acostumado com isso. Foi só isso também, não teve mais nada (Ronaldo).

O SUS assegura aos usuários o direito de informações apropriadas sobre o uso de medicamentos, riscos, benefícios e inconveniências das medidas terapêuticas, bem como a duração do tratamento proposto (BRASIL, 2006, p.3).

Esses resultados levam a concluir que as doenças continuam o objeto do trabalho médico e que a mudança desse paradigma requer ampliação do objeto de saber e de intervenção médica e a inclusão do sujeito e do seu contexto como objeto das práticas clínicas.

O diagnóstico foi outra subcategoria que compôs a categoria *processo*, e segundo as falas dos usuários, os motivos de suas internações foram as doenças clínicas, sendo que três deles (Ronaldo, Jair e Naldo) internaram para tratamento de hérnia de disco, Márcio para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva, Fabrício para tratamento de erisipela, Natal de úlcera varicosa, Fábio foi admitido para tratamento de acidente vascular cerebral, Selmo devido a bronquite e diabetes, Ana para tratamento de urolitíase, Álvaro para tratamento de pneumonia, Carolina para controle da diabetes tipo I e Lara estava em tratamento de neurocisticercose.

Em nenhum dos casos havia risco eminente de morte e esse fator foi apontado como satisfatório por eles. Durante a primeira sessão dos grupos, Ana, Fabrício, Ronaldo e Naldo relataram melhora do quadro; Márcio, Fábio e Álvaro, apesar de referirem alívio dos sintomas, continuavam em tratamento medicamentoso, Natal mencionou melhora da úlcera varicosa e continuava com os curativos na Unidade Básica, Jair queixou-se que continuava com dor na coluna, Carolina saiu de alta descontente porque, mesmo com a internação, não conseguiu controlar a glicemia e queixou-se dos sintomas de hiperglicemia, Lara referiu pouca melhora do quadro e Selmo queixou-se que não estava bem devido à diabetes e que teve dificuldade para ir à Unidade Básica para o encontro.

Estou com um cisto enorme na cabeça, fiquei sabendo na véspera do carnaval, o tratamento é muito forte e a doutora achou melhor eu ficar internada uma semana por causa da reação do remédio. Eu internei na segunda-feira às 6h30 da manhã e saí no domingo às 6h da tarde. O tratamento foi com muita injeção na veia, muito medicamento. Na parte do equilíbrio está um pouquinho melhor,

mas estou com muita fraqueza nas pernas, e tô conseguindo virar dos lados, coisa que não conseguia antes, mas essa fraqueza nas pernas (...) tô com dificuldade de subir e descer degrau. Vou procurar saber se é do medicamento, remédio forte né (...). Mas lá no hospital não tive nenhuma das reações que a doutora afirmou que eu com certeza teria. Inchei um pouquinho, mas não tive vômitos, me alimentei normal. Não tive aquelas reações que ela falou que eu provavelmente poderia ter. Meu problema agora é a firmeza nas pernas (lara).

Internei para fazer exames e ver se a diabetes normalizava, mas não consegui, o médico disse que preciso fazer dieta, mas mais do que estou fazendo (Carolina).

Apesar dos usuários demonstrarem alguma informação sobre a doença, percebeu-se que, mesmo os que necessitavam dar continuidade ao tratamento, não foram encaminhados para seguimento nas Unidades Básicas de referência e suas falas expressaram certa preocupação em como fazer.

A fala de Carolina, por exemplo, demonstra essa inquietação, inclusive porque ela poderia ter sido encaminhada para a nutricionista da Unidade Básica para educação alimentar, o que poderia contribuir para o controle de sua glicemia.

Apenas Natal estava freqüentando a Unidade Básica para fazer curativo. O diagnóstico, sob o olhar só da doença, está, portanto, muito centrado nos procedimentos e tecnologias duras. Para a reformulação desse processo de trabalho é necessário olhar além da doença, é necessário que os médicos e a equipe multiprofissional se sensibilizem com o sofrimento do usuário e de seus familiares e criem espaços para que possam expressar seus sentimentos e apreensões quanto à doença.

Como cita Campos (1994), os profissionais de saúde deveriam ajudar o usuário a melhor utilizar os seus próprios recursos, partindo sempre do desejo de cura de cada um e dos recursos para melhorar as condições individuais de defesa contra a doença; recursos esses que deveriam estar voltados para aumentar a sua capacidade de autonomia para melhorar o seu conhecimento sobre a doença e como tratá-la. O tratamento deveria combinar as tecnologias medicamentosas com

ações voltadas para ajudar as pessoas a lidarem com o próprio corpo e com a doença.

Os resultados dos serviços de saúde são os efeitos dos programas ou intervenções sobre a saúde dos usuários dos serviços e, segundo as falas dos sujeitos dos grupos, pôde-se constatar que a maioria deles demonstrou satisfação com os resultados do serviço ofertado.

Dessa maneira, a resolutividade apareceu em suas falas como a capacidade do hospital ter dado respostas efetivas aos seus problemas de saúde, como cita Rollo (1997), em consequência da disponibilidade da tecnologia do hospital, do tratamento e do relacionamento interpessoal e demonstrou ser um componente essencial na avaliação da qualidade da assistência, como foi constatado na fala dos participantes.

Eu posso resumir assim, internei, fiz o tratamento, foi ótimo, saí, não tenho do que reclamar, o objetivo foi atendido (Fabrício).

Eu fiquei satisfeito porque se o médico não tivesse me internado sei lá, acho que eu estava até correndo o risco de perder a perna. (...). Em uma semana que eu fiquei lá eu vi melhora; me orientaram como fazer o tratamento, eu vi que estava fazendo completamente errado, hoje eu sei como tem que ser feito, eu estou indo fazer o curativo todo dia, para mim foi ótimo por causa disso, eu não sabia e do jeito que estava fazendo ao invés de melhorar estava só piorando, piorando, acho que se demorasse mais uma semana eu ia ter que acabar amputando a perna (Natal).

Fiquei satisfeito porque cheguei carregado e sai andando. Ainda estou com dor, mas é assim mesmo, não sara, só vai passar lá para outubro depois que passar esse inverno (Jair).

Apenas Carolina, do grupo A, demonstrou insatisfação, porque o seu caso não teve resolutividade.

Não fiquei satisfeita porque eu internei para resolver o meu problema e saí do mesmo jeito, não tive melhora (Carolina).

Ainda outras falas emergiram dos sujeitos e expressaram suas idéias e sentimentos em relação ao resultado da atenção do serviço do hospital, permitindo as subcategorias: estratégias na busca da agilização da resolutividade das ações de saúde e o hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários.

Nesse sentido, a subcategoria estratégias na busca da agilização da resolutividade das ações de saúde foi resgatada tomando por base que a integralidade da atenção coloca como questão que os serviços de saúde atendam os problemas individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde, e não apenas sejam capazes de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida, (BRASIL, 2000a, p.102).

A reorganização do Sistema Único de Saúde requer o controle e avaliação das redes assistenciais do SUS, através do monitoramento da oferta de consultas médicas e da realização de exames complementares e laboratoriais, bem como adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde garantindo a qualidade e a resolutividade necessárias para o adequado funcionamento dos serviços de saúde.

As falas dos participantes, entretanto, demonstraram que a rede pública do município local não está organizada para a adequação da oferta de serviços de saúde ágeis e resolutivas para as necessidades de saúde de sua população.

Eu fiquei satisfeito com a internação porque adiantou todos os meus exames (Márcio).

Quando você interna, aí faz logo os exames, mas marcando demora dois, três meses e depois demora mais dois, três meses para procurar lá, eu não sei porque isso se já está pronto porque a demora para procurar o Raio X dois, três meses (Álvaro).

Precisaria ampliar o serviço, comprar mais aparelhos para diminuir o tempo de espera (Naldo).

Pôde-se apreender dessas falas que o órgão de saúde do município não está garantindo o compromisso de efetivação da política pública de saúde, de regular e facilitar o acesso aos serviços públicos, evitando-se o congestionamento da demanda com as filas de espera e com o grande contingente de exames (BRASIL, MS, 2002, p.64).

Se o município estivesse organizado sob essa lógica não haveria necessidade do hospital constituir-se em alternativa para essas situações, como se constatou.

O hospital local deveria estar integrado à rede de serviços públicos do município, como retaguarda para as internações e atendimento às urgências e participar do sistema de referência e contra-referência e não ser a porta de entrada do sistema, conforme argumenta OLIVEIRA (1997, p.339).

Concluiu-se, portanto, que o hospital demonstrou baixa integração com a rede básica, porque ficou claro que o sistema de referência e contra-referência não funciona e, pelo atendimento discriminatório, uma vez que a metade dos usuários, admitidos pelo SUS, possuíam algum tipo de plano ou puderam pagar a consulta médica antes.

Eu fiz a ressonância em Ribeirão Preto, paguei a metade (duzentos e sessenta e oito reais) e o Sistema Único de Saúde pagou a outra metade (Jair).

... caberia à esfera municipal criar e implantar sistema de avaliação da qualidade da atenção à saúde para o nível local e proceder estudos das necessidades e do potencial da rede de serviços, fiscalizar e promover punições cabíveis quando da cobrança por fora nos atendimentos de média e alta complexidade, na rede conveniada do Sistema Único de Saúde, implantar e investir nos mecanismos de controle, avaliação e auditoria em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, de modo a assegurar o controle da qualidade, a acessibilidade e a integralidade. Criar mecanismos de avaliação do grau de satisfação do usuário, incluindo as demandas de média e alta complexidade, (BRASIL, 2000, p.121).

Como se verifica, embora as falas dos usuários tenham apontado a

internação como aspecto positivo na resolução de suas necessidade, o objetivo da internação contraria os princípios de organização pelo Sistema Único de Saúde e de seus mecanismos de gestão. Essas situações ocorrem porque os serviços de saúde não respeitam esse processo e porque não há um controle social efetivo das práticas de saúde articulado ao Conselho de Saúde do município para fiscalizar, com maior rigor, a aplicação dos recursos públicos, as atividades realizadas e exercer maior controle das consultas e disponibilização de vagas.

Isso ocorre porque há supervalorização do hospital enquanto espaço de produção de conhecimentos, da falta de controle pelo sistema das internações dos usuários pelo Pronto Atendimento e devido à deficiência de informações e comunicação entre o hospital, Pronto Atendimento e a rede básica.

A outra subcategoria o hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários remete a análise, aos primórdios do hospital, inicialmente como uma instituição de assistência aos pobres e de exclusão social e a partir do Renascimento, este espaço se transformou num projeto de recuperação e cura dos doentes. Embora o hospital moderno constitui um local para dar respostas às necessidades de saúde do indivíduo e deve manter o papel de retaguarda para o atendimento das Unidades Básicas e do Programa de Saúde da Família, em muitos momentos ele ainda contribui mesmo que indiretamente para atender às situações de vida da população, decorrentes dos determinantes sociais.

Pôde-se perceber durante a observação participante, que, a unidade que serviu como campo empírico da pesquisa, como já foi mencionado, atende a usuários que apresentam um baixo nível socioeconômico e, houve vezes, que os funcionários reclamaram dos acompanhantes de alguns dos idosos que

demonstravam pouco interesse pelo usuário e, em geral, iam ao hospital no horário das refeições só para as refeições.

Em outra situação, quando os usuários viviam sozinhos, tinham mais dificuldades para se cuidarem e nesse caso a internação foi avaliada como satisfatória, como pode ser apreendida pelas falas de Selmo e Natal:

A internação foi boa para mim, porque eu vivo sozinho em casa, tenho que fazer as coisas, eu que lavo minha roupa e faço minha comida, tem que fazer, quem vai fazer pra mim, minhas filhas moram longe e têm as obrigações delas, como vou fazer repouso? (Selmo).

É por isso que eu não queria ter tido alta, queria ter ficado lá mais alguns dias. (Natal).

É complicado morar sozinho. (Selmo)

Assim, o hospital disponibiliza recursos para atender às necessidades de saúde através dos recursos terapêuticos e de meios para atender às situações de vida, pois a doença como um fenômeno social necessita que o processo terapêutico esteja voltado para melhorar o entendimento do indivíduo do seu próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social, com a finalidade de ampliar as suas possibilidades de sobrevivência e de sua qualidade de vida; uma vez que a cura e a promoção da saúde dependem dos determinantes sociais e da história de vida de cada um (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p. 19) e (CAMPOS, 1994, p. 51).

Em vista de todos os resultados e considerações apresentadas, pode-se dizer que os usuários, no geral, mostraram-se satisfeitos com o atendimento que receberam na internação, confirmando a literatura, quando, mostra que, a satisfação dos usuários gira em torno da estrutura, da dimensão técnica e da relação humana, porque faltam-lhes elementos técnicos, consciência crítica e nível cultural para fazer uma avaliação das condições reais do atendimento. Em decorrência desses fatores, o grupo se mostrou passivo e ofereceu resistência para o aprofundamento das

discussões.

Como se constatou, embora a satisfação deva constituir o objetivo final de todo serviço de saúde, recomenda-se não tomá-la como único instrumento na avaliação da qualidade, porque é necessário considerar-se os limites inerentes à percepção das pessoas, decorrente da interferência de múltiplos fatores como culturais, socioeconômicos, idade, condições de vida, experiências anteriores de internação e estado de saúde.

Na opinião da pesquisadora, portanto, não dá para tomar esses resultados e dizer que a equipe de saúde dessa instituição ofertou uma assistência com qualidade, uma vez que, através da observação participante e das falas do sujeitos, constatou-se que a organização do trabalho é racional, centralizadora, fragmentada, não permitindo o desenvolvimento do potencial criativo dos profissionais e ainda anula a presença desses na instituição, ou seja, não há espaços para a articulação dos profissionais discutirem e aprofundarem suas propostas de trabalho.

O poder central está no médico que, por sua vez, centra sua atenção na concepção de saúde biologicista, excluindo de sua prática clínica os fatores sociais.

O processo de trabalho está voltado para a produção e principalmente para os procedimentos de enfermagem, na busca da manutenção dos cuidados mínimos de enfermagem, como se constatou.

A deficiência do quadro de pessoal impossibilita atenção mais humanizada e acolhedora.

Não há discussão dos casos clínicos, de modo que cada profissional é responsável pelas suas atividades específicas, impedindo a elaboração de programas que visem o melhor atendimento e a valorização das necessidades dos usuários.

Falta um programa de capacitação permanente para promover o

desenvolvimento e aprimoramento da equipe de saúde e um programa de humanização que contemple o hospital como um todo, considerando as necessidades de adequação da unidade para a melhoria da qualidade do atendimento e da humanização das condições de trabalho para os profissionais de saúde.

O hospital não privilegia a integração com a rede básica, não respeitando os princípios de universalização do acesso, equidade e regionalização.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade tem sido considerada importante para assegurar a melhoria das ações e programas dos serviços de saúde e a opinião do usuário tem sido importante indicador dessa avaliação, valorizando a participação do cidadão em relação a seus direitos de saúde. Dessa maneira, a satisfação tem constituído valioso instrumento que possibilita uma reflexão das gerências sobre o processo de produção e organização dos serviços de saúde.

O objetivo desse estudo foi avaliar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades de saúde durante o período de internação, enquanto um elemento para se avaliar a qualidade.

A metodologia utilizada foi a qualitativa e para a coleta de dados utilizou-se de duas técnicas: **a observação participante e o grupo focal**. A análise foi realizada tomando por base os princípios de Donabedian (1985), que compreende a Estrutura, o Processo e o Resultado.

A categoria *Estrutura* abrangeu os aspectos tangíveis, considerados como o ambiente, os recursos humanos, materiais, equipamentos e as habilidades.

A categoria *Processo* incluiu as subcategorias acesso, cuidado, processo de trabalho, tratamento e diagnóstico.

A categoria *Resultados* englobou a resolutividade, as estratégias na busca da agilização da resolutividade das ações de saúde, e o hospital atendendo algumas necessidades de vida dos usuários.

Apreendeu-se, pelas falas dos participantes, que eles apontaram os elementos significativos que expressaram a sua satisfação com o atendimento e que se restringiram basicamente a alguns ítems da *estrutura*, *ao processo* no que tange ao cuidado, a partir da dimensão técnica e da boa relação com os profissionais e *ao resultado*, uma vez que consideraram que houve resolutividade

das ações terapêuticas, que traduziram a qualidade do atendimento, desvelando a interface da satisfação e a qualidade.

Pode-se concluir, dessa maneira, que como a satisfação é um indicativo de qualidade, é necessário que as organizações hospitalares que tenham por meta o alcance da qualidade tomem esses elementos como fundamentais para assegurar a efetividade e a eficácia na implantação de programas de qualidade.

Esses dados confirmaram o pressuposto de que a qualidade total como um modelo racional, capitalista e mecanicista, que visa a produtividade e utiliza-se de ferramentas e técnicas impessoais para avaliar a qualidade, não contempla a subjetividade das pessoas e, portanto, não responde pelo atendimento das necessidades de saúde dos usuários e às necessidades dos trabalhadores.

Os resultados obtidos permitiram concluir, ainda, que esses usuários exercitam muito pouco os seus direitos, principalmente o direito de serem atendidos pelos serviços públicos, colocando-se numa situação de submissão frente à instituição de saúde, como se estivessem recebendo dessa um favor e não a entendendo como um direito seu de saúde. Esse processo de alienação face à realidade social leva à suposição de que eles estão tão carentes em suas necessidades sociais que, mesmo com as contradições que apresentaram em relação ao atendimento, se mostraram satisfeitos com a hospitalização.

A forma de olhar o cuidado numa perspectiva mais ampliada, levou a pesquisadora, partindo de sua vivência de observadora do campo empírico, a considerar que a forma de organização do processo de trabalho do hospital não privilegia a preocupação com a qualidade do atendimento em saúde, e pensa ser pertinente elaborar algumas ponderações que poderão contribuir para a reflexão da instituição para a mudança na cultura do seu atendimento em saúde.

Em primeiro lugar, acredita ser necessário agregar à eficiência técnica um compromisso que considere e respeite as necessidades dos usuários, através do deslocamento do foco de atenção do processo saúde-doença, centrado na doença, para a produção de saúde centrada no sujeito, uma vez que não é possível produzir qualidade quando o trabalho é fragmentado, individualizado e hegemônico.

Em segundo lugar, é necessário organizar o trabalho em equipe multiprofissional e permitir que essa se responsabilize por todo o acompanhamento do doente internado, elaborando projetos terapêuticos específicos para cada um deles. Isso requer mudança na forma de gerenciar o trabalho e essa mudança de paradigma exige capacitação tanto das gerências como dos profissionais para maior autonomia com responsabilidade para organizar o trabalho, maior interação entre os mesmos e criação de espaços coletivos de participação no poder de decisão sobre as atividades a serem programadas, desenvolvendo-se uma relação de cooperação e complementaridade para compor o processo terapêutico.

O terceiro ponto é que o modo de organização do serviço deve pautar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde de equidade, universalidade do acesso, integralidade, regionalização e hierarquização, participação e controle social e resolutividade, como diretrizes norteadoras para a busca da qualidade do serviço. Deve-se incluir, ainda, a noção de vínculo, de acolhimento, da escuta e de humanização na produção do cuidado (MEHRY, 1994, p.117; CECÍLIO, 1997, p.300; MEHRY; ONOCKO 1997, p.121).

O quarto item é que a qualidade do atendimento de saúde depende de uma atitude ética que permeie todas as atividades profissionais para tratar o doente como um ser digno, portanto, introduzir no serviço essa lógica é ir ao encontro da construção da cidadania.

Em quinto lugar, para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e sua condição humana, dentre outros, necessitam manter sua condição humana também respeitada, serem valorizados de forma a trabalhar em condições adequadas, receberem remuneração justa e reconhecimento pelas suas iniciativas (BAKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006, p. 134).

Os trabalhadores precisam ser estimulados a buscar maior envolvimento e interesse pelo trabalho, o que requer a sua valorização, a humanização do ambiente e das relações de trabalho e implica em desenvolver ações que vão ao encontro não só dos gestores e usuários, mas também desses agentes que cuidam e ao mesmo tempo precisam ser cuidados pela organização.

O hospital não contempla as considerações da 9ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda que os modelos assistenciais não devem ficar limitados à assistência individual e curativa, mas deve contemplar programas que visem o trabalho em grupos, as ações de educação em saúde, a formação permanente do pessoal e a garantia de condições de trabalho favoráveis a todos os profissionais de saúde.

É importante ressaltar que a gerência de enfermagem da instituição está preocupada com a qualidade do serviço de enfermagem e está planejando a capacitação do pessoal, envolvendo o tema humanização e tem solicitado a colaboração da investigadora para esse trabalho. Entretanto, percebe-se o não reconhecimento de que a humanização não se restringe só à capacitação do pessoal através da educação permanente, mas envolve mudanças políticas institucionais, de gestão e de investimento em recursos humanos e físicos para melhorar as condições de trabalho e o atendimento ao usuário. Contudo, a

pesquisadora já se comprometeu, após a defesa de Tese, a apresentar os resultados da pesquisa e disponibiliza-se para contribuir na construção do processo de melhoria da qualidade do serviço, se a instituição de fato desejá-la.

...O programa de humanização hospitalar exige a formação de um grupo de trabalho, que se constitui de espaço coletivo, organizado, participativo e democrático, que funciona como um colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Faz parte desse grupo lideranças indicadas pelas próprias chefias dos diversos departamentos técnicos e setores, médicos, enfermeiros e pessoal de apoio. No sentido geral, o papel desse grupo é conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito e a dignidade humana. O programa inclui um conjunto de medidas apoiadas por portarias do Ministério da Saúde, para dar ao programa de humanização e ao grupo de trabalho um amparo jurídico formal e deve ainda estar referenciado à Rede Nacional de Humanização, que tem como objetivo conectar pessoas que executam ou articulam projetos para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Caracteriza-se por uma diversidade de projetos e de experimentos na área da saúde que buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor (BRASIL, MS, 2001b, p.46).

O sexto ponto que merece ser destacado é a importância do grupo focal que, apesar das dificuldades para a sua configuração, permitiu capturar os significados das vivências dos indivíduos, possibilitou maior integração entre eles, a oportunidade de compartilharem experiências em relação à doença, tratamento e cuidado e criou-se espaço para refletirem sobre os seus direitos de saúde e de formarem opiniões e atitudes na interação entre si. Foi importante também porque incentivou a expressão dos mesmos, uma vez que demonstraram ser sujeitos passivos, sendo que, em alguns momentos, se percebeu que eles concordavam ou discordavam das opiniões através de gestos e movimentos de cabeça que confirmavam ou não essas atitudes.

No início das primeiras sessões mostraram-se inseguros e desconfiados, mas, à medida que o tempo transcorria, percebeu-se que eles ficaram mais à vontade para opinarem sobre os temas em discussão. O grupo também permitiu

desvelar as ambigüidades das falas dos sujeitos, importante para a compreensão e interpretação do que estava por trás dessas mensagens. Outro aspecto importante que se apreendeu e que merece ser apontado diz respeito à forma de organização do trabalho de saúde do município e sua articulação com o hospital.

A sétima consideração se baseia na constatação de que a instituição como outras tantas no país vem enfrentando dificuldades de manter-se com os cortes crescentes de verbas públicas, o que resulta no quadro representado por recursos humanos limitado, deficiência de recursos materiais, condições insalubres de trabalho, que favorecem a insatisfação no trabalho. Para solucionar esses problemas, é necessário desenvolver programas de melhorias e buscar formas de incentivos financeiros junto ao Ministério da Saúde para a implantação desses programas.

O oitavo ítem a ser refletido mostra que os dados obtidos também revelaram que o hospital está funcionando desarticulado da rede básica, não estando integrado à proposta de regionalização, hierarquização e ao sistema de referência e contra-referência. A forma como os usuários foram admitidos demonstrou que as Unidades Básicas não se constituíram na porta de entrada principal dos usuários ao hospital, evidenciando também que os gestores do SUS municipais não têm assegurado o cumprimento efetivo da legislação e normatização do sistema de saúde no município, constatado pelas falas dos sujeitos da pesquisa que afirmaram ter sido internados para a agilização de exames, pois se dependessem da rede levariam meses para realizá-los e obter os resultados, demonstrando a ineficiência do sistema.

Isso ocorre também porque o município não vem incentivando e implementando formas de participação dos trabalhadores e usuários nos Conselhos

de Saúde para o pleno desenvolvimento do controle social do SUS.

Finalmente, considera-se importante que as universidades introduzam a qualidade e a satisfação do usuário como conteúdo de suas disciplinas de administração em saúde e desenvolvam outras produções de conhecimento sobre esse tema, devido à escassez de artigos nessa linha de pesquisa na literatura brasileira, e que o relacionamento interpessoal e a comunicação sejam determinantes na formação dos alunos para o desenvolvimento de habilidades interpessoais, como requisito indispensável no desenvolvimento de suas competências profissionais.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. p. 128.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. Ribeirão Preto: Cortez, 1997.

ALVAREZ, M. E. B. **Administração da qualidade e da produtividade**: abordagens do processo administrativo. São Paulo: Atlas, 2001. 484 p.

ANTONIO, E. R. **Desvelando a (in) satisfação de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial**. 2001. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. 1997. 246 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BAKES, D.S; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p.132-135, jan./fev. 2006.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, 1985. 326 p.

BELLATO, R. **A vivência de hospitalização pela pessoa doente**. 2001. 210 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BERNARDES, A. **Gestão colegiada**: a visão da equipe multiprofissional. 2005. 194 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BEZ JUNIOR, A. **A necessidade de saúde e a prática de enfermagem no âmbito da extra-internação**: revisitando os significados em saúde coletiva. 2002. 133 f.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BITTAR, O J. N. V. **Hospital: qualidade e produtividade**. São Paulo, Sarvier, 1997. 137 p.

BITTES JÚNIOR, A **Cuidando e dês-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente**. 1996. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BOHOMOL, E. Administrar medicamentos requer atenção do profissional de enfermagem. Erros sem notificações podem ser fatais. **Rev. do COREN**, São Paulo, n. 49, p. 4-5, jan./fev. 2004.

BRASIL. Instituto Nacional de Metrologia. **Normalização e qualidade industrial**, Brasília, 1973. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/inmetro/oque.asp>. Acesso em: 07 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 15-19 dez. 2000 a. 199 p.

_____. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001a. 128 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001b. p. 60.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 72. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Rede de informações para a saúde: RIPSAs. **Indicadores de dados básicos**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004.matriz.htm>. Acesso em: 10 de março 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 8. (Série E. Legislação de Saúde).

BROCKA, B.; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994. 420 p.

BUENO, W. S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 339- 352.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. A. Política e saúde coletiva: uma reflexão sobre a produção científica. Rio de Janeiro, (1976-1992). **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.3, Julho./set.1998. Disponível em:<<http://www.Scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 de jun. 2006.

CADAH, C. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes**. 2000. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CAMPOS, F. E. **Uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. 1988. 261 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

_____. Consideração sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 1, p. 29-27.

_____. **A clinica do sujeito: por uma clinica reformulada e ampliada**. Campinas, 1997. (mimeografado).

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CAMPOS, R.T.O O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ci. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n.1, p.197-207, 2001.

CARÂP, L. J. **A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual sua real dimensão nos serviços de assistência médico hospitalar: a experiência do Hospital Orêncio de Freitas**. 1997. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993. 295 p.

CARVALHO, I. G. Da gratuidade das ações e dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n. 39, p. 34-47, 1993.

CARVALHO, M. A. Indicadores de avaliação de desempenho em estabelecimentos assistenciais de saúde. In: **FÓRUM PERMANENTE E INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE**, 2003, Unicamp. Campinas, 2003. (mimeografado).

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: produção científica na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 329. p.

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 293-319.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

_____. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. UNICAMP, nov. 2001. Disponível em: <<http://143.106.46.20/departamentos/preventiva/revista/artigo-cecilio.htm>>. Acesso em: 01 maio 2006.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: Campus, 2000. 700 p.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CORREA, A. K. **Método funcional na organização do trabalho em enfermagem**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001. 6 p. (mimeografado).

DALL´AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H.T. Grupos focais como estratégia metodológica e pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1991. 55 p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ci. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Análise de conteúdo**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. p. 1-10. (mimeografado).

DINIZ, S. A. **A medida da satisfação dos usuários com um serviço público municipal de saúde mental**. 2001. 210 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

DONABEDIAN, A. **The methods and findings os quality assessment and monitoring: an illustrated analysis**. Michigan: Health Administration Press, 1985. 528 p.

_____. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, São Paulo, v. 114, p. 1115-1118, nov. 1990.

DRACHLER, M.L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 476- 470, 2003.

_____; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 8, p. 89-107.

ERDMANN, A L; MELLO, A L.S.F; MEIRELLES, B.H. S.; MARINO, S.R A As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.4, p. 467-71, jul./ago.2004.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 1, p. 1-13.

_____ ; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.8, p. 89-107.

FERRAZ, C. A. **Planejamento em saúde**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987. 15 p. (mimeografado).

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. 506 p.

FILÁRTIGA, V. A. Dinâmica na dinâmica dos grupos. In: TATAGIBA, M. C.; FILÁRTIGA, V. (Org.). **Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro, 2001. p. 13- 20. (mimeografado).

FORSTER, R. A C. **Sistema Único de Saúde: histórico, legislação e descentralização**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998. 11 p. (mimeografado).

_____ **Regionalização e níveis de atenção**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999. 6 p. (mimeografado).

_____ Epidemiologia e políticas de saúde. In: FRANCO, L.J.; PASSOS, A D. C. (Org.). **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 19, p. 319-335.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 296 p.

FRANCO, J. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: FRANCO, J. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. 1999. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

FREITAS, M. E. A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M. R. B. **O modelo funcional de distribuição do trabalho na enfermagem: interferência na visão global da assistência**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. (mimeografado).

FRIEDMANN, G. **O trabalho em migalhas: especialização e lazeres**. São Paulo: Perspectiva, 1972. 287 p.

FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. HU-USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 63-68, jan./dez. 1994.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo 2000b**. Brasília, 2000. Disponível em:<[http:// www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)>. Acesso em: 5 jun.2004.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. 137 p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 515.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBEUSSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 312 p.

GOMES, E. L. R. **Saber gerir e gerir com saber: a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros**. 1999. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 244.

GUEDES, D. G. M.; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 40- 49, set./dez. 2001.

HALEY, I. F.; ALMEIDA, M. S. O Sistema Único de Saúde: e a qualidade dos serviços prestados à população. **Hospital, Administração e Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 29-33, jan./fev. 1994.

JUNQUEIRA, A. P. L.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cad. FUNDAP**, São Paulo, n. 19, p. 59- 78, jan./abril 1996.

JURAN, J. M. **Juran planejando para a qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990. 394 p.

LEBOW, J. L. Consumer assessments of the quality of medical care. **Med. Care**, v. 12, n. 4, p. 328-337, 1974.

LEITÃO, R. E. R. **A qualidade nos serviços de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática**. 2002. 161 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LIMA, M. A D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LOPES, G. M. **A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar**. Coimbra: Quarteto, 2001. 221 p.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995. 288 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade, gestão: para trabalhadores da área de saúde e outros interessados**. São Paulo: Senac, 1996. 38 p.

MARTÍNEZ, F. J. M.; BOSI, M. L. M. A pesquisa qualitativa (em saúde): entre o interesse e o questionamento. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607 p.

MATSUDA, L. M. **Satisfação Profissional da equipe de enfermagem de uma UTI - adulto: perspectivas de gestão para a qualidade**. 2000. 240 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MAXIMIANO, A. C. **Teoria geral da administração**: escola científica na competitividade na economia globalizada. São Paulo: Atlas, 1997. 530 p.

_____. **Teoria geral da administração**: da Escola Científica à Competitividade na Economia Globalizada. São Paulo: Atlas, 2000. 371 p.

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 3, p. 117-160.

_____. ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde** em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Abrasco, 1994. 278 p.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS, Tomo I.** Salvador: Casa de Qualidade, 2001a. 135 p.

_____. **Os grandes dilemas do SUS, Tomos II.** Salvador: Casa de Qualidade, 2001b. 167 p.

MEZOMO, J. C. A melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. **Hosp. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 17-21, jan./fev. 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1994. 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisas qualitativas em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

- MOLLER, C. **O lado humano da qualidade**: maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento humano. São Paulo: Pioneira, 1997. 185 p.
- MORGAN, D. L. **The focus group guidebook**. London: Sage, 1998. 103 p.
- MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 22ª ed. São Paulo: Pioneira, 2002. 230 p.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 1256 p.
- _____. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 42 p.
- MOURA, A H. et al. Projeto paidéia de saúde da família- Campinas 2001: análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários do hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, W. S. C (Org.). **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 167-185.
- MUNARI, D. B.; RODRÍGUEZ, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: Editora AB, 1997. 100 p.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 155 p.
- OLIVEIRA, R. C. Assistência hospitalar pública em Betim: mais um passo em defesa da vida. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 339- 352.
- OLMSTED, M. S. **O pequeno grupo social**. São Paulo: Herder/EDUSP, 1970. 186 p.
- OUCHI, W. **Teoria Z**: como as empresas podem enfrentar o desafio japonês. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro, 1982. 293 p.
- PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentos do Ministério da Saúde. **Anais...** Brasília, 17-21 de março, 1986. Brasília, 1987. p. 45- 59.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e o processo grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 9, p. 108-124.

PORTO, S.; TRAVASSOS, C. Equidade em saúde: financiamento dos sistemas de saúde e uso de serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 29 julho- 02 agosto 2003, Brasília. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/Congresso % 20 sc/ Oficinas/ Equid. pdf](http://www.abrasco.org.br/Congresso%20sc/Oficinas/Equid.pdf)>. Acesso em: 19 abril 2005.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 76-82, nov./dez. 2001.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público ? In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

ROMANO, B. W. Humanização no atendimento médico e paciente. **Rev. Saúde Bras.** , São Paulo, ano 1, n. 2, out./nov. 2002. Disponível: em < http://www.saudebrasilnet.com.br/revista_saude/saude2capa.asp>. Acesso em: 17 jun. 2006.

ROZENDO, C. A. **A liderança no cotidiano da enfermagem hospitalar: entre luzes e sombras**. 2000. 228 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SANTOS, S. R.; LACERDA, M. C. N. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 43-53, jan./março 1999.

SANTOS, C. S. C. S.; FORTES, V. L. F. Percepção do usuário internado quanto ao ambiente hospitalar. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 56º. Gramado, 24-29 outubro 2004. (mimeografado).

SARPE, R. Incompetência e qualidade total. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 10-19, julho/dez. 1996.

SCHIMITT, C. A. **Concepções e práticas de um cuidado humano no cotidiano de uma organização**: uma configuração ética e estética de vida no espaço laboral. 2003. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVA, M. J. P. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 4, p.47-61.

SOUZA, T. M. **O gerenciamento no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. Cap.3, p. 28-46.

_____; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 1, p. 1-8.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. 251 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TAYLOR, C. M. **Manual de enfermagem. Psiquiatria de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 465.

TEIXEIRA, M. B. et. al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 154.

TRAVELBEE, J. **Intervention em enfermagem psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1982. 282 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KUCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 7, p.75-88.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003. p. 221.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L.J.; PASSOS, A D. C. (Org.). **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 20, p. 337-353.

WAIMAN, M. A. P.; STEFANELLI, M. C. Comunicação e estratégias de intervenção familiar. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 8, p.118-137.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998. 120 p.

_____. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2ª ed. Porto Alegre: 1999. 202 p.

YÉPEZ, M. T.; MORAIS, N. A. Reinvidicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004

APÉNDICES

APÊNDICE A- Solicitação para obtenção de parecer do comitê de ética e pesquisa

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição

Prezados Senhores,

Venho, por meio desta, solicitar a esse Comitê a apreciação do projeto de pesquisa (em anexo) intitulado **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação**, com o objetivo de promover reflexão dos gestores e trabalhadores de saúde em relação à qualidade do atendimento prestado aos usuários e à necessidade de mudanças na formação e nas práticas de saúde, de reconhecer a necessidade de reorganizar os serviços para atender as necessidades da população, gerando melhoria da qualidade, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, gostaríamos de solicitar autorização para a realização deste projeto, esclarecendo que as informações e opiniões colhidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus aos informantes e à instituição e que, em qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de interesse a continuidade do trabalho, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Caso haja permissão, informamos que o estudo será realizado através de entrevistas que serão realizadas após a alta hospitalar, no domicílio do usuário. As entrevistas serão gravadas em fita cassete e anotadas por escrito em cadernos para este fim para análise dos conteúdos.

O início da pesquisa está previsto para o mês março deste ano.

As determinações estabelecidas pela Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde serão rigorosamente cumpridas.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgarem necessária.

Atenciosamente

Dra. Elizabeth Laus Ribas Gomes

Profa. Associado. do Departamento Geral e Especializado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Telefone para contato (16) 6023417
Orientadora

Sônia Maria Alves de Paiva

Pós-graduanda junto ao Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Telefone para contato (19) 36565890
Pesquisadora do Projeto

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Informado

Prezado (a) Sr.(a): _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação**, com o objetivo de promover reflexão dos gestores e trabalhadores de saúde em relação à qualidade do atendimento prestado aos usuários e à necessidade de mudanças na formação e nas práticas de saúde, de reconhecer a necessidade de reorganizar os serviços para atender as necessidades da população, gerando melhoria da qualidade, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, gostaríamos de solicitar autorização para a realização deste projeto, esclarecendo que as informações e opiniões colhidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus aos informantes e à instituição e que, em qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade do trabalho, haverá possibilidade de retirar este conhecimento.

Caso haja sua permissão, informamos que o estudo será realizado através de discussões em grupos, que serão gravadas em fita cassete e anotadas por escrito em cadernos para análise do conteúdo.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Dra. Elizabeth Laus Ribas Gomes

Profa. Associado. do Departamento Geral e
Especializado da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto-USP

Telefone para contato (16) 6023417

Orientadora

Sônia Maria Alves de Paiva

Pós-graduanda junto ao Programa de
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Telefone para contato (19) 36565890

Pesquisadora do Projeto

Eu _____,
aceito participar da pesquisa em data e local marcados antecipadamente e estou
ciente de que a entrevista será gravada e anotada, tendo seus resultados tratados
sigilosamente. Caso queira desistir de participar da investigação, tenho liberdade de
retirar este consentimento.

_____, ____ de _____ de 2005

Assinatura

**APÊNDICE C- Solicitação de autorização para realização de reuniões nas
Unidades Básicas**

Ilmo. Sr.

Secretário Municipal

Eu, Sônia Maria Alves de Paiva, Enfermeira, Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP, venho por meio dessa solicitar sua autorização para realizar reuniões nas Unidades Básicas de Saúde com os pacientes selecionados para a realização de minha pesquisa, de acordo com as determinações da Resolução nº, 196/96 do Ministério da Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, em anexo.

As Unidades Básicas foram escolhidas porque a maioria dos pacientes que preencheram os critérios de seleção são moradores desses bairros e adjacências. As reuniões serão realizadas em horário previamente estabelecidos com as enfermeiras responsáveis pelas Unidades Básicas, de modo que não interfira no funcionamento do serviço.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação.

Atenciosamente

Sônia Maria Alves de Paiva

Pós-Graduanda junto ao Programa de Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Telefone para contato (19) 3656.5890

APÊNDICE D- Guia de temas

- 1- Quais foram as dificuldades para conseguir a internação ?
- 2- Quais foram os profissionais que prestaram o cuidado e o que achou do atendimento?
- 3- Que informações recebeu sobre a doença e o tratamento ?
- 4- Como avaliou se uma assistência é boa ?
- 5- Como percebeu se o pessoal é capacitado para o cuidado?
- 6- O que faltou e que poderia ser feito para melhorar a assistência ?
- 7- Como percebeu a supervisão do serviço de enfermagem ?
- 8- Quais as situações que o deixou satisfeito com a internação?

ANEXO

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 038/2005

Ribeirão Preto, 17 de março de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 73ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de março de 2005.

Protocolo: nº 0523/ 2005

Projeto: Qualidade da Assistência Hospitalar: Avaliação da Satisfação dos Usuários Durante seu Período de Internação

Pesquisadores: Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
Sônia Maria Alves de Paiva (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP