



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Departamento de Saúde Coletiva – DSC
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Natasha Amin Santos

A relação da categoria unidade hospitalar e profissionais de saúde na pesquisa de satisfação do usuário em um Hospital Público de Brasília

Brasília, 2014

Natasha Amin Santos

A relação da categoria unidade hospitalar e profissionais de saúde na pesquisa de satisfação do usuário em um Hospital Público de Brasília

Relatório técnico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva, na Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Éverton Luis Pereira

Brasília, 2014

Agradecimentos

Esse relatório técnico representa um marco na minha vida, tanto pessoal quanto acadêmica. Foi muito difícil articular minhas atribuições e ao mesmo tempo dar atenção a família, ao namorado e aos amigos. Desde o início da minha graduação muitas pessoas me incentivaram outras acharam uma loucura realizar duas faculdades concomitantes, mas principalmente, me apoiaram nos meus mais loucos sonhos, me aconselharam e caminharam comigo nessa árdua jornada. Por esses motivos, agradeço especialmente:

A **Deus** que ilumina e guia o meu caminho.

Aos **meus queridos Pais** que sempre me apoiaram incondicionalmente e me deram um puxão de orelha quando necessário.

Ao **Leonardo** meu namorado que me deu força, apoio e incentivo durante esse percurso.

Aos meus irmãos **Diego e Yago** que pegaram no meu pé durante toda a graduação.

A minha amiga **Ana Letícia** que esteve ao meu lado nos momentos que mais precisei.

Aos **meus amigos e colegas da II turma de Gestão em Saúde Coletiva – UnB** e da **III turma de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS** os quais passamos boa parte do curso juntos, construímos uma bela amizade e vivemos momentos inesquecíveis.

Aos meus queridos **professores** que contribuíram com o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu orientador **Éverton** o qual acreditou e me incentivou nessa longa jornada de conclusão de curso.

A **Ouvidoria do Hospital de Base de Brasília** pelo aprendizado adquirido enquanto estagiaria.

Em especial gostaria de agradecer a **Myrtes e o Roberto** pela significativa colaboração para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus **amigos e familiares** que muitas vezes a distância sei que torcem por mim.

“Muda, que quando a gente muda o mundo muda com a gente
A gente muda o mundo na mudança da mente
E quando a mente muda a gente anda pra frente
E quando a gente manda ninguém manda na gente
Na mudança de atitude não há mal que não se mude nem doença sem cura
Na mudança de postura a gente fica mais seguro
Na mudança do presente a gente molda o futuro”

Gabriel, o pensador – “Até quando?”

Resumo

A Ouvidoria Ativa é uma estratégia de fortalecimento da participação social, desenvolvida por meio da Pesquisa de Satisfação do Usuário, onde pode ser avaliada a dimensão subjetiva da percepção do usuário sobre os serviços prestados pelas unidades de saúde. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e retrospectivo com abordagem qualitativa e quantitativa de base territorial com coleta de dados secundários. O presente estudo colheu os dados referentes ao período de Abril a Julho de 2014, a respeito da Pesquisa de Satisfação do Usuário, fornecido pela Ouvidoria do HBDF, sendo disponibilizados 188 questionários, dos quais 120 responderam a parte discursiva referente ao conteúdo do campo de sugestões e observações. Este trabalho objetiva analisar o resultado da pesquisa de satisfação do usuário realizado pela Ouvidoria do HBDF, baseado nas unidades hospitalares relacionando com o atendimento profissional prestado. Buscou-se também, identificar os aspectos positivos e negativos em relação às variáveis: (i) unidade Hospitalar, (ii) profissionais de medicina, enfermagem e nutrição; categorizar as livres manifestações a respeito da atuação profissional da medicina, enfermagem e nutrição; e construir uma proposta de gestão de pessoas. Concluímos com essa pesquisa que a qualidade do atendimento executado pelos profissionais da área de saúde que atuam no setor de internação do Hospital de Base do Distrito Federal foi conceituada como ótimo, de modo geral. Entretanto, na parte subjetiva houve manifestações positivas e negativas.

Palavra-chave: Participação Social; Humanização; Ouvidoria; Ouvidoria Ativa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA.....	12
2.1 ORIGEM DA OUVIDORIA.....	12
3.2 O PAPEL DA OUVIDORIA NO SUS.....	13
3.3 IMPORTÂNCIA DA OUVIDORIA NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA GESTÃO DO SUS.....	14
3.3.1 Modelo de assistência à Saúde.....	15
3.3.2 As instituições hospitalares no SUS.....	16
3.3.3 A ouvidoria em um hospital.....	17
4 MÉTODOS.....	18
4.1 Tipos de estudo.....	18
4.2 Local.....	19
4.3 Procedimentos de coleta e análise de dados.....	20
4.4 Procedimentos Éticos.....	21
5 RESULTADOS.....	23
5.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	23
5.1.1 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.....	23
5.1.2 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	27
5.1.3 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À EQUIPE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA HOSPITALAR.....	32
5.2 DADOS QUALITATIVOS.....	38
6 DISCUSSÃO.....	39
6.1 Qualidade do atendimento.....	39

6.2 Atendimento médico	41
6.3 Atendimento da equipe de enfermagem	42
6.4 Nutrição e dietética hospitalar	44
6.5 Avaliação do questionário.....	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	49
ANEXO	54

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do processo histórico, a participação popular buscou meios de reagir à repressão e à indiferença das classes sociais mais favorecidas, oriundas da sociedade capitalista. As camadas populares sofriam pela invisibilidade do Estado para com as suas demandas (SCLIAR, 2012). Desta forma, o Brasil discutiu a garantia da participação social no Decreto nº 7508 de 2011 o qual propõe o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) como ferramenta de sua melhoria (MACHADO, 2009).

Um dos desafios para a melhoria da atenção a saúde da população no âmbito da gestão federal do SUS é o fortalecimento da gestão democrática e do controle social. A política “Participa SUS” aborda que a gestão participativa deve se constituir como estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, e o seu desafio é realizar mais que o controle social representado pelos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2004).

Uma ferramenta que proporciona a participação social, na perspectiva filosófica discutida por Ayres (2005), é a humanização. Esta, por ser um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, permite a mútua compreensão entre os usuários e a construção consensual dos valores, deveres e verdades que reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural (AYRES, 2005).

A Ouvidoria é um instrumento que garante a humanização dos serviços de saúde e exerce uma forma de controle social, e também é um canal de escuta permanente das opiniões e demandas da população (BRASIL, 2004). Desta forma, estabelece um canal direto de comunicação com o usuário do SUS, onde é possível obter informações úteis a respeito do conhecimento da qualidade dos serviços de saúde do sistema, auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde, na tomada de decisões dos gerentes e gestores

públicos e melhorar as características do atendimento prestado (BRASIL, 2010).

O conceito de Ouvidoria Ativa é a promoção de estratégias eficazes de escuta ao cidadão, não somente pelos canais de acesso, mas também por meio da busca ativa de informações subsidiando, desta maneira, a gestão e o controle social (BRASIL, 2010).

A Pesquisa de Satisfação do Usuário é uma das estratégias utilizadas para implementar a Ouvidoria Ativa (BRASIL, 2010). Os estudos de Satisfação dos Usuários foram desenvolvidos no Brasil a partir da década de 90, em virtude do fortalecimento do controle social que ampliou a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação do SUS (ESPERIDIÃO, 2006).

É necessário, para o desenvolvimento do estudo, abordar o conceito de satisfação como sendo o grau de contentamento – ou de alcance de expectativa – de uma pessoa frente à determinada situação, serviço ou mesmo outros indivíduos. Assim sendo, satisfação não é um conceito fixo para a população, ela pode ser diferente para cada indivíduo. Além disso, a satisfação pode ser um elemento importante para a reflexão nas esferas de consolidação da gestão em saúde. Por um lado a satisfação aponta a posição do sujeito frente a determinadas expectativas e por outro mostra, mesmo que de forma unilateral, a avaliação de um serviço de saúde.

No contexto da saúde, a satisfação tem como costume avaliar diversos aspectos em relação ao acesso, qualidade, atendimento recebido pelos profissionais, estrutura física e organizacional. Outro aspecto avaliado pela satisfação, a qual verifica o canal de comunicação, é a interação entre profissional e usuário (BRASIL, 2010; ESPERIDIÃO, 2006).

Nesse sentido, a Ouvidoria do hospital público que foi campo de estudo deste trabalho utiliza um formulário específico (ANEXO), que serve como instrumento de pesquisa de satisfação. Esse formulário é dividido em cinco campos de preenchimento: (i) identificação da unidade hospitalar avaliada, (ii) classificação dos setores, (iii) classificação do atendimento prestado pelos

profissionais de saúde (medicina, enfermagem e nutrição), (iv) espaço para observações e sugestões, por último, (v) espaço opcional de identificação. A Ouvidoria é responsável pela distribuição, coleta, armazenamento e análise do formulário visando contribuir para a gestão hospitalar.

A Ouvidoria Ativa é uma estratégia de fortalecimento da participação social. Ela busca analisar a dimensão subjetiva da percepção do usuário a respeito do serviço prestado, por meio da Pesquisa de Satisfação do Usuário fortalecendo, desta forma, a participação do cidadão e o controle social (BRASIL, 2010).

Este estudo surgiu a partir da demanda de aprimoramento dos dados referentes a Pesquisa de Satisfação implantada pela Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal. O presente trabalho objetiva analisar a pesquisa de satisfação do usuário da ouvidoria, baseado nas unidades hospitalares relacionando como o atendimento profissional prestado. Buscou-se também, identificar os aspectos positivos e negativos em relação às variáveis (i) unidade Hospitalar, (ii) profissionais de medicina, enfermagem e nutrição; categorizar as livres manifestações a respeito da atuação profissional da medicina, enfermagem e nutrição; e construir uma proposta de intervenção. Este relatório aponta que os usuários do setor de internação do Hospital de Base do Distrito Federal classificam de modo geral a qualidade da atenção dos trabalhadores de saúde como ótima.

Venho com este relatório técnico, auxiliar na construção de uma base para orientar o gerenciamento hospitalar e contribuir com a qualidade do atendimento prestado ao usuário.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 ORIGEM DA OUVIDORIA

No século XVII, surgiu na Suécia a moderna concepção de ouvidoria, criada para receber queixas e reclamações e fiscalizar a aplicação das leis por parte dos funcionários públicos em virtude da ampliação dos direitos do cidadão diante do poder do Estado. Nasce a primeira expressão formal, *Ombudsman*, ou seja, ombud que significa procurador ou representante e *man* (homem), possui o mesmo significado de ouvidor (NORÕES, 2002).

No Brasil a figura do “ouvidor” remete ao período colonial, o qual reportava a coroa portuguesa os acontecidos da colônia¹. (MINAS GERAIS, 2008).

O tema a respeito do papel do ouvidor volta a ser debatido apenas em 1960, com as discussões visando o estabelecimento de canais de escuta da população, principalmente nas áreas de saúde e previdência social¹. Entretanto, com o começo da ditadura militar, em 1964, houve a opressão da voz do cidadão (MINAS GERAIS, 2008).

De forma lenta e gradual ressurgem os primeiros sinais de abertura democrática e, com isso, retoma o debate a respeito da concepção dos canais de comunicação entre a estrutura de poder e a população. Sendo assim, as ouvidorias ressurgiram como reflexo do processo de redemocratização e abertura dos canais de comunicação entre a população e as instituições. A década de 80 foi um marco da democracia, do respeito aos direitos sociais e do desenho do organograma do sistema de saúde brasileiro com a Constituição Federal em 1988, conhecida também como Constituição Cidadã (COHN, 2009). Posteriormente, houve a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, lei nº 8080/90 e nº 8142 de 1990, originando o Sistema Único de Saúde, definindo as diretrizes – descentralização, regionalização, hierarquização – e os princípios – universalidade, integralidade, equidade e participação social (VASCONCELOS & PASCHE, 2006).

¹ site: <http://ouvidoria.mp.ms.gov.br/portal/oquee.html>

Foi a X Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1996 que emitiu um parecer favorável para a criação das ouvidorias. Em 2003, a XII CNS contribuiu para a construção da política nacional de ouvidoria do SUS. Esta refere-se à implementação do processo de escuta continuada nas três esferas do SUS visando ao fortalecimento do controle social e da participação na gestão (CARVALHO, 2009).

No Brasil a implantação da ouvidoria na área da saúde ocorreu tanto no âmbito governamental quanto institucional. Compreende-se a ouvidoria como uma forma de inovar a administração das organizações permitindo a descentralização e desenvolver a democratização local (PEREIRA, 2002).

Desta maneira, a Ouvidoria em Saúde foi criada com a missão de assegurar um canal que possibilita ouvir as manifestações do cidadão acerca do atendimento prestado, buscando a qualidade na prestação dos serviços de saúde e a participação na gestão (PEREIRA, 2002).

3.2 O PAPEL DA OUVIDORIA NO SUS

O Sistema Único de Saúde é um arranjo organizacional que pode ser entendido como uma “Política de Estado” materializada por meio da Constituição Cidadã ao considerar a saúde como um “direito de cidadania e um dever do Estado”. Então cabe ao Estado a responsabilidade política e social para melhorar as condições de vida da população por meio da promoção, da proteção, da recuperação e da reabilitação a saúde (VASCONCELOS & PASCHE, 2006; PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) incorporou na sua base jurídico-legal a concepção ampliada de saúde² explicito no artigo 196 de 1988, que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desta forma, a RSB originou o Sistema Único de

² O conceito ampliado de saúde envolve o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e na formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos.

Saúde baseado no conceito ampliado de saúde (VASCONCELOS & PASCHE, 2006; PAIM, 2008).

Um dos instrumentos que incorpora o conceito ampliado de saúde e zela por canais democráticos de comunicação é a Ouvidoria do SUS, tanto para usuários dos serviços de saúde públicos como usuários do serviço privado.

Esse instrumento garante ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde. Ele permite repensar as práticas cotidianas e atua como um canal direto de comunicação entre o cidadão e os produtores dos serviços (trabalhadores de saúde e gestores) (TEIXEIRA, 2011).

Diante disso, as ouvidorias representam uma ferramenta que devem estar organizadas de modo a apoiarem os princípios e diretrizes do SUS, assim como, atender, de forma gratuita, as demandas de todo cidadão (PEREIRA, 2002). Acrescenta-se ainda, que essa alternativa eficiente de informação e escuta da população fortalece o SUS e a defesa do direito à saúde permitindo melhorar a qualidade na prestação dos serviços de saúde, a participação social e a gestão participativa (BRASIL, 2009).

3.3 IMPORTÂNCIA DA OUVIDORIA NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA GESTÃO DO SUS

A ampliação de espaços públicos e coletivos é uma maneira para promover a participação social efetivando a gestão participativa³. A ouvidoria é uma alternativa para a escuta da população, contribui com a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, sendo assim, é uma forma de qualificar a gestão do SUS através da ampliação dos canais de comunicação. É um meio que possibilita a participação individual e subsidia as políticas de saúde no nível local de ação que caracteriza a gestão participativa (CARVALHO, 2009; COELHO, 2012).

³ A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS (BRASIL, 2011).

Desta forma, a ouvidoria visa o atendimento das necessidades da população de maneira transparente garantindo que a demanda dos usuários contribua para o reconhecimento das falhas institucionais (problema de racionalidade, de ética e de comportamento funcional), possibilitando auxiliar na gestão da atenção a saúde e o acesso a transparência no SUS (CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009).

3.3.1 Modelo de assistência à Saúde

O sistema de atenção à saúde é oriundo de respostas sociais às necessidades de saúde da população baseada na situação de saúde, demográfica e epidemiológica. De acordo com a portaria nº 4279 de 2010, o modelo assistência é um sistema lógico que organiza o funcionamento da Rede de Atenção a Saúde (RAS) permite uma organização poliárquica (vinculada por uma missão e objetivo comum), ação coordenada pela Atenção Básica a Saúde, humanização e responsabilidade sanitária e econômica (MENDES, 2010).

Este sistema desenhado em RAS possui três eixos de atenção: primária, secundária e terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) – termos empregados aqui como sinônimos - caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde objetivando desenvolver uma atenção integral (BRASIL, 2012). Já a atenção secundária a saúde são serviços ambulatoriais com especialidades clínicas e cirúrgicas, apoio diagnóstico e terapêutica. Por último, a atenção terciária são serviços hospitalares de alta complexidade (de caráter regional, estadual ou nacional) (CECILIO, 1997).

3.3.2 As instituições hospitalares no SUS

Historicamente, ocorreu a supervalorização do modelo hospitalocêntrico, por esse, representar uma proposta médico hegemônico e curativo produtor de procedimentos com elevados custos centrado no interesse do mercado. Nesta perspectiva, a atenção hospitalar desconsiderava os determinantes e os condicionantes sociais do processo saúde-doença, dessa maneira, esse modelo era incapaz de prestar uma atenção contínua a população (LÓPEZ, 2004; MALTA & MERHY, 2010).

No aspecto organizacional, o resultado dessa supervalorização das instituições hospitalares acarreta um isolamento dessas em relação ao sistema de saúde, “tanto no que se refere ao dimensionamento e adequação da sua oferta de serviços, quanto às medidas de regulação do sistema e de avaliação dos resultados obtidos e da sua eficiência” (LÓPEZ, 2004, p. 13).

Atualmente as instituições hospitalares são caracterizadas como: “uma Instituição complexa, com a presença de diversos pontos de atenção, voltada para o manejo de eventos agudos com incorporação tecnológica compatível com a sua atuação, eficiente, eficaz, dotado de ambiência física compatível com suas funções e acolhedora para seus usuários” (CONASS, 2013, p. 3).

Um dos principais temas de debate acerca da assistência a saúde brasileira é a Atenção Hospitalar e, esta, faz íntegra a RAS, quer pela oferta de seus serviços de média e alta complexidade, quer pelo elevado volume de recursos humano, tecnológico e financeiro. Conclui-se, portanto, que a Atenção Hospitalar é relevante para a organização poliarquica da RAS, coordenada pela Atenção Básica, que visa pela melhoria da saúde da população (MENDES, 2010; LÓPEZ, 2004).

3.3.3 A ouvidoria em um hospital

A ouvidoria no âmbito hospitalar é uma conquista democrática, em decorrência das lutas sociais que “possibilitou ao usuário sair do anonimato e estabelecer a comunicação entre este e a gestão do hospital, promovendo a participação da sociedade nas políticas públicas” viabilizando a identificação dos problemas e melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade do atendimento prestado (PEREIRA, 2011, p. 16).

As ouvidorias hospitalares foram implantadas como uma das formas pelas quais os hospitais podiam auscultar os “dizeres” sobre a qualidade de seu atendimento. Constitui-se, portanto, uma modalidade institucional para verificar as suas falhas.

Nesse sentido, a Ouvidoria é um instrumento que reafirma os princípios e diretrizes do SUS e aprimora o atendimento aos usuários. Com isso, integra a participação social e a gestão hospitalar ao processo de Humanização do SUS.

4 MÉTODOS

4.1 Tipos de estudo

Este foi um estudo exploratório-descritivo-retrospectivo com abordagem qualitativa e quantitativa de base territorial com coleta de dados secundária, realizado nos meses de Julho a Agosto, referente aos meses de Julho a Agosto, na Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Este trabalho surgiu a partir da demanda de aprimoramento dos dados desse setor na realização do Estágio Curricular Obrigatório II do curso de Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2010), visa explicitar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema, o qual, o pesquisador busca um maior conhecimento a respeito do tema em estudo. A pesquisa descritiva, de acordo com Rudio (2003, p. 71), “está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”, revelando-se, portanto, coerente com os objetivos deste estudo. Neste trabalho buscou-se expor as características que compõe a pesquisa de satisfação.

O estudo classifica-se, ainda, como qualitativa e quantitativa. A parte qualitativa uma vez que não se vale de instrumentos estatísticos no processo de análise de seu problema sendo adequado para o conhecimento de um fenômeno social, haja vista, que o pesquisador coleta os dados da realidade pesquisada, para posteriormente, analisá-los de forma indutiva. Paralelamente, realizou-se a pesquisa quantitativa a qual utiliza recursos e técnicas estatísticas, possibilita maior possibilidade de colher informações (TURATO, 2005).

Foi realizada a coleta de dados secundários, o qual é caracterizado por ser proveniente de materiais informativos disponíveis. Este é o caso da pesquisa em questão que utiliza os dados relativos à Pesquisa de Satisfação do Usuário realizado pela Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal.

4.2 Local

O local de pesquisa escolhido para este trabalho foi a Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal.

O Distrito Federal possui uma rede de serviço de saúde orientado pelo Plano de Assistência à Saúde desde 1979, o qual preconiza um sistema regionalizado e hierarquizado composto de Postos de Saúde, Centros de Saúde, Hospitais Regionais, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paulo, Instituto de Saúde Mental, Diretoria de Saúde do Trabalhador, Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica, Laboratório Central de Saúde Pública e Central de Radiologia de Taguatinga, interligadas por um Sistema de Referência e Contra-Referência (BRASÍLIA, 2012).

Atualmente este hospital atende a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade, por se tratar de um hospital terciário⁴. Antes da implantação da ouvidoria o Hospital buscava acolher as reclamações dos usuários e resolve-las imediatamente sem protocolar e nem ter um espaço físico para o desempenho, desta função. Em 2008, houve a reestruturação da ouvidoria do HBDF, criando os protocolos de funcionamento.

A Ouvidoria pactuou com a Diretoria Geral do HBDF a construção e implantação da pesquisa de satisfação do usuário iniciada em abril de 2014 visando à melhoria do serviço prestado pelo hospital. Essa pactuação garantiu, dessa forma, a construção do instrumento para a coleta de dados a respeito da satisfação do usuário.

A Ouvidoria coordena a distribuição desse formulário aos pacientes e acompanhantes nas unidades hospitalares de internação. O formulário é entregue pessoalmente pelos funcionários em nome da ouvidoria, no período matutino, de segunda-feira a sábado, distribuídos cerca de 1470 formulários, no período de abril a julho de 2014. O depósito do formulário, após o

⁴ <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html>

preenchimento, é feito pelos próprios respondentes em uma urna central e o armazenamento dos dados ocorre semanalmente, através da coleta dos questionários por parte dos profissionais da Ouvidoria. Esta maneira de coleta possibilita o anonimato do sujeito garantindo-lhe a opção de se identificar ou não no instrumento.

4.3 Procedimentos de coleta e análise de dados

Para este estudo a amostra foi composta por 188 formulários pesquisa de opinião dispostos em um aplicativo do Windows, Microsoft Office Excel 2007, na ouvidoria do HBDF. Entre os dados fornecidos pela Ouvidoria do HBDF⁵, utilizaremos os campos referentes à identificação da unidade hospitalar, ao atendimento pelos profissionais de medicina, da equipe de enfermagem e de nutrição, e o campo de sugestões e observações.

O formulário criado pela Unidade utilizado como instrumento de coleta de dados, é composto por 5 campos. O primeiro identifica a unidade hospitalar avaliada. Posteriormente, as respostas poderão ser classificadas como excelente, bom, regular e ruim nos campos relativos a classificação dos setores e do atendimento prestado pelos profissionais de saúde. O campo de classificação dos setores analisa a internação, hotelaria, higienização, segurança, padoleiro, serviços de apoio. Já o campo de atendimento prestado analisa o atendimento pelos profissionais de medicina, da equipe de enfermagem e de nutrição. No próprio questionário há uma parte descritiva um espaço destinado para o campo de sugestões e observações e, por último, um campo optativo de identificação (ANEXO).

Os dados referentes à parte quantitativa foram transferidos do aplicativo do Windows fornecido pela Unidade para o aplicativo do Microsoft Office Excel, por ser uma ferramenta utilizada para análises estatísticas e manuseio de dados, geração de gráficos e tabelas. Relacionaremos as seguintes variáveis:

⁵ Este relatório técnico foi construído a partir da demanda da Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal.

(i) unidade Hospitalar e (ii) profissionais de medicina, enfermagem e nutrição. Nessa relação, identificaremos os aspectos positivos e negativos respondidos pelos usuários na pesquisa de satisfação em relação.

Em relação à parte qualitativa referente ao campo de sugestões e observações, foram analisadas as livres manifestações de conteúdo de acordo com a proposta por Bardin (1977), seguindo as seguintes etapas: a) Exploração do material transcrito; b) Tratamento dos resultados; c) Inferência e Interpretação. Na exploração, ocorreu a leitura exaustiva, onde serão feitos recortes de conteúdos – em que os relatos foram decompostos e em seguida recompostos para melhor expressar sua significação, constituindo unidades de análise. Haverá o cuidado de preservar as unidades de registro com suas respectivas unidades de contexto.

A partir dos resultados obtidos foi proposto um plano de intervenção visando aprimorar a gestão de pessoas do HBDF.

4.4 Procedimentos Éticos

Este estudo surgiu a partir da interação entre ensino, pesquisa e trabalho, a qual identificou uma demanda do próprio setor. A pesquisa utilizou dados secundários e promoveu o sigilo de possíveis identificações ou a exposição de outras informações confidenciais dos documentos analisados, garantindo a confidencialidade de nomes dos usuários e/ou profissionais. Desta maneira, o estudo não acarretou risco para a instituição fornecedora dos dados coletados, nem mesmo para os sujeitos que responderam o questionário de satisfação do usuário.

Para garantir o anonimato das informações fornecidas pelo Hospital de Base do Distrito Federal as unidades de internação serão denominadas por letra do alfabeto e a identificação de profissionais e/ou usuários será omitida.

De acordo com a resolução 466/12 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – FS/UnB com

parecer favorável, número 714.440 e ao CEP– FEPECS/SES-DF com parecer favorável, número 737.789.

O resultado desta pesquisa será utilizado, restritamente, para fins acadêmicos e também para contribuir com o aprimoramento da gestão hospitalar com a apresentação dos dados da pesquisa no Colegiado Gestor do HBDF.

5 RESULTADOS

O presente estudo colheu os dados a respeito da Pesquisa de Satisfação do Usuário fornecido pela Ouvidoria do HBDF dos meses de Abril a Julho de 2014. Foram disponibilizados e analisados 188 questionários (N=188). Este trabalho avaliou por meio de dados secundários a percepção dos usuários nas unidades hospitalares com relação ao atendimento dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar.

Para favorecer a compreensão dos dados dividiu-se a análise em duas frentes a primeira diz respeito à parte quantitativa e a segunda refere-se à parte qualitativa. Por conseguinte, os dados quantitativos foram agrupados em três grandes temas referentes ao atendimento médico, da equipe de enfermagem e de nutrição e dietética hospitalar.

Por fim, os dados referentes à parte qualitativa do formulário auxiliarão na leitura e análise da resposta da parte quantitativa do questionário, qualificando-as quando for possível.

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

De modo geral, o atendimento do profissional médico relacionado ao tempo de espera foi considerado ótimo ou bom por cerca de 64% dos questionários respondidos. Em contrapartida, aproximadamente 29% considerou regular ou ruim. A maioria dos formulários classificou como ótimo tanto a atenção prestada pelo(a) médico(a) durante a internação quanto a qualidade das explicações dos procedimentos, respectivamente, 55,9% e 50% (Figura 1).

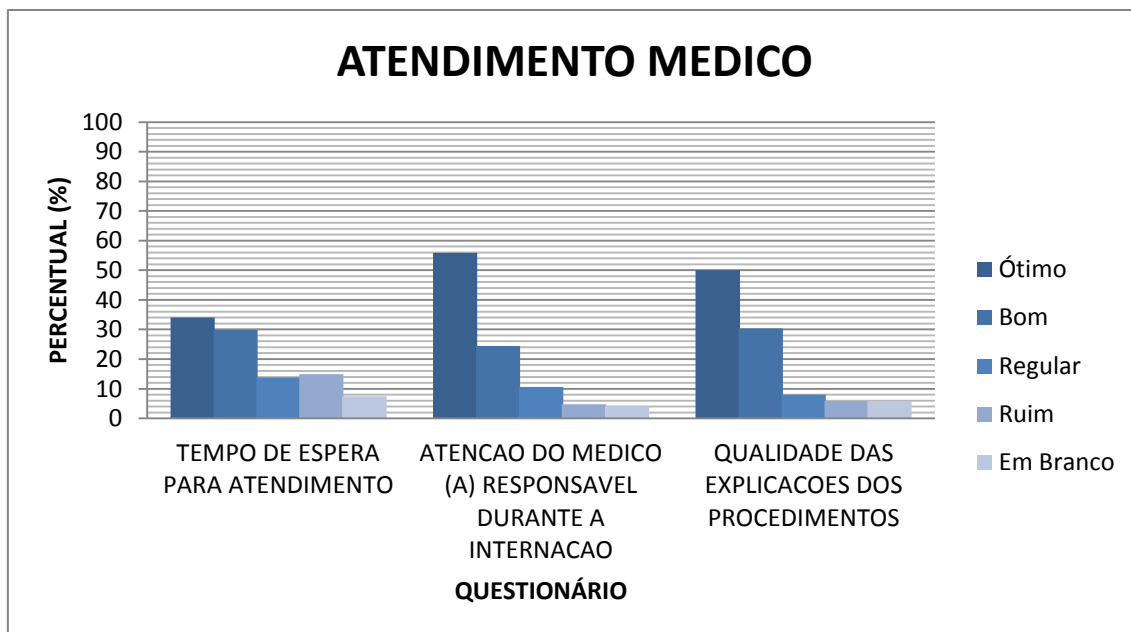


Figura 1 – Disposição dos itens relacionados ao atendimento médico referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

No que tange o tempo de espera para atendimento médico classificados por unidade de internação, as maiores frequências de avaliações “ótimo” e “bom” foram das unidades de internação do A, C, E, G e J, respectivamente: 75%, 78%, 68,8%, 69,2% e 60%. As unidades de internação do B, D e F obtiveram porcentagens elevadas de respostas regular e ruim, sequencialmente: 40%, 44,4% e 50%. A unidade de internação H obteve 100% de frequência para respostas de ótimo e bom, entretanto esse dado pode não refletir a realidade do setor, pois o número absoluto de questionário referente a este andar foram quatro. Já a unidade de internação I obteve elevado percentual para a classificação ruim (21,4%), em contraponto, ao percentual de respostas categorizadas como bom (35,7%) e ótimo (28,6%) (Figura 2).

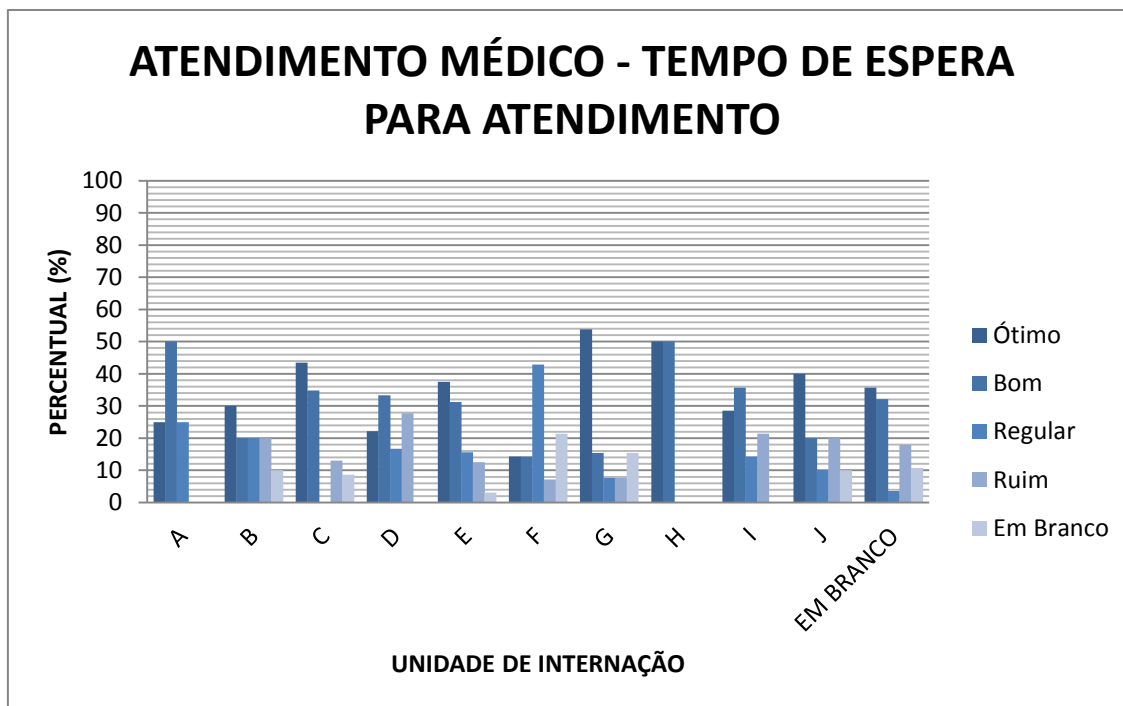


Figura 2 – Disposição dos itens relacionados ao tempo de espera para atendimento médico por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Já em relação à atenção dada pelo médico responsável durante o período de internação, figura 3, todas as unidades hospitalares obtiveram um elevado percentual de resposta “ótimo” e “bom”: A (66,6%), B (65%), C (91,3%), D (72,2%), E (87,5%), G (92,3%), H (100%), I (78,6%) e J (100%).



Figura 3 – Disposição dos itens relacionados à atenção do médico (a) responsável durante internação por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Por último, analisaram-se as respostas relacionadas à qualidade das explicações dos procedimentos médicos e observou-se, novamente, que a prevalência das frequências das respostas classificações “ótimo” e “bom” – A (83,3%), B (75%), C (91,3%), D (83,3%), E (84,4%), F (50%), G (84,6%), H (100%), I (85,7%) e J (100%) (Figura 4).

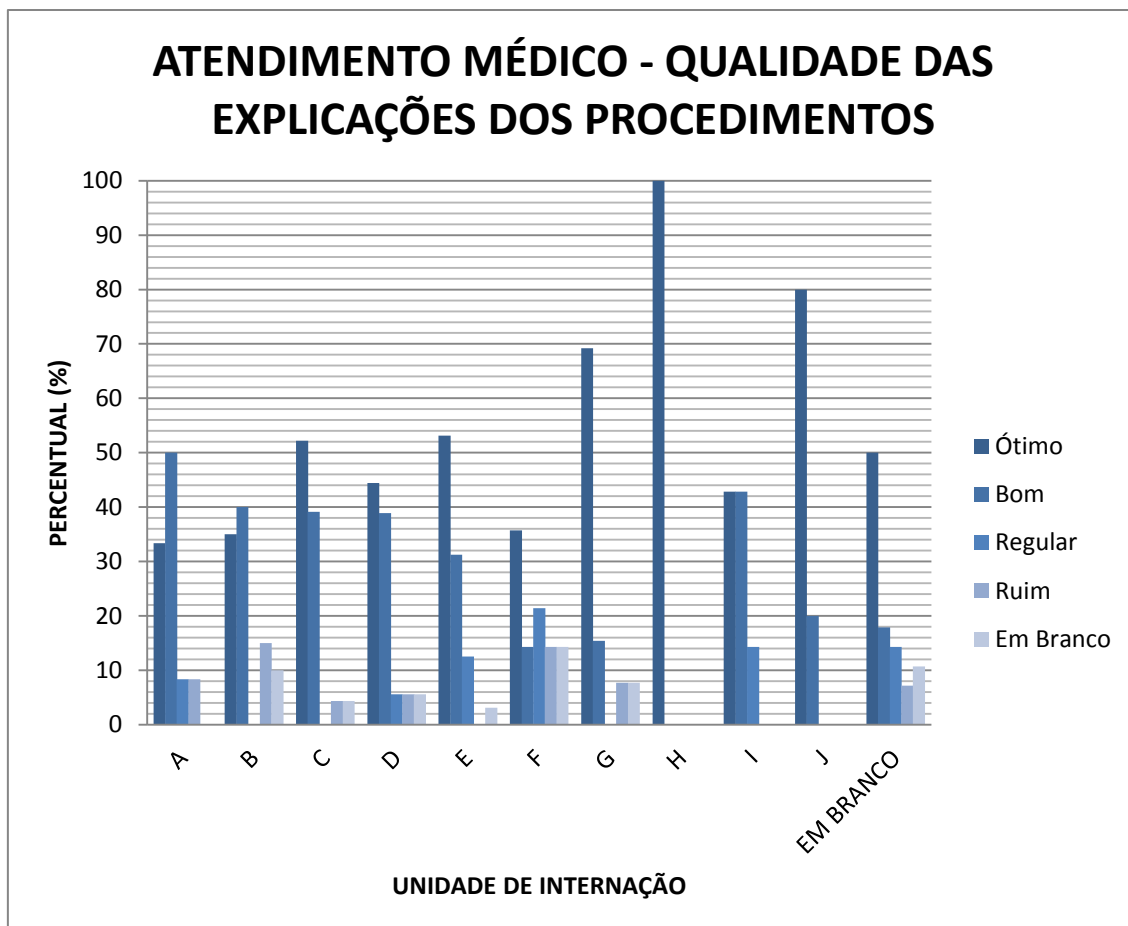


Figura 4 – Disposição dos itens relacionada à qualidade das explicações dos procedimentos pelos profissionais médicos durante a internação por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

5.1.2 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

A figura 5 diz respeito às indagações investigadas sobre a equipe de enfermagem atentando, de modo geral, para os seguintes eixos: cortesia dos técnicos e auxiliares de enfermagem, tempo de atendimento ao chamado, qualidade da explicação dos procedimentos e atenção dada pelo enfermeiro responsável pela clínica. Como resultado obteve-se um elevado índice de respostas “ótimo” e “bom” para cortesia dos técnicos e auxiliares (75,6%), tempo de atendimento ao chamado (67%), qualidade da explicação dos

procedimentos (72,9%) e atenção dada pelo enfermeiro responsável pela clínica (75%).

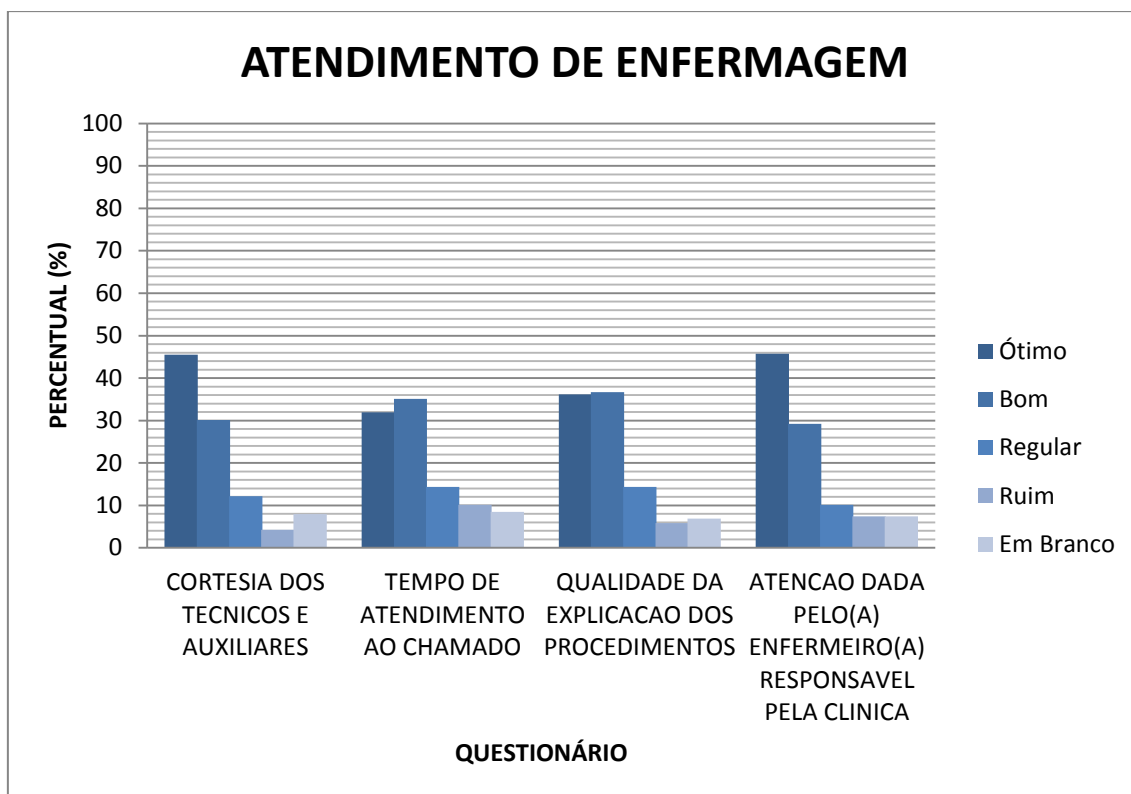


Figura 5 – Disposição dos itens relacionados ao atendimento de enfermagem referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Salienta-se ainda, que a cortesia dos técnicos e auxiliares de enfermagem obteve uma elevada porcentagem de respostas “ótimo” ou “bom” na maioria das unidades de internação, como: A (100%), B (70%), C (87%), D (77,8%), E (81,8%), G (84,6%), H (100%), I (78,6%) e J (100%). Porém a unidade de internação F apresentou 50% das respostas “regular” e “ruim” (Figura 6).

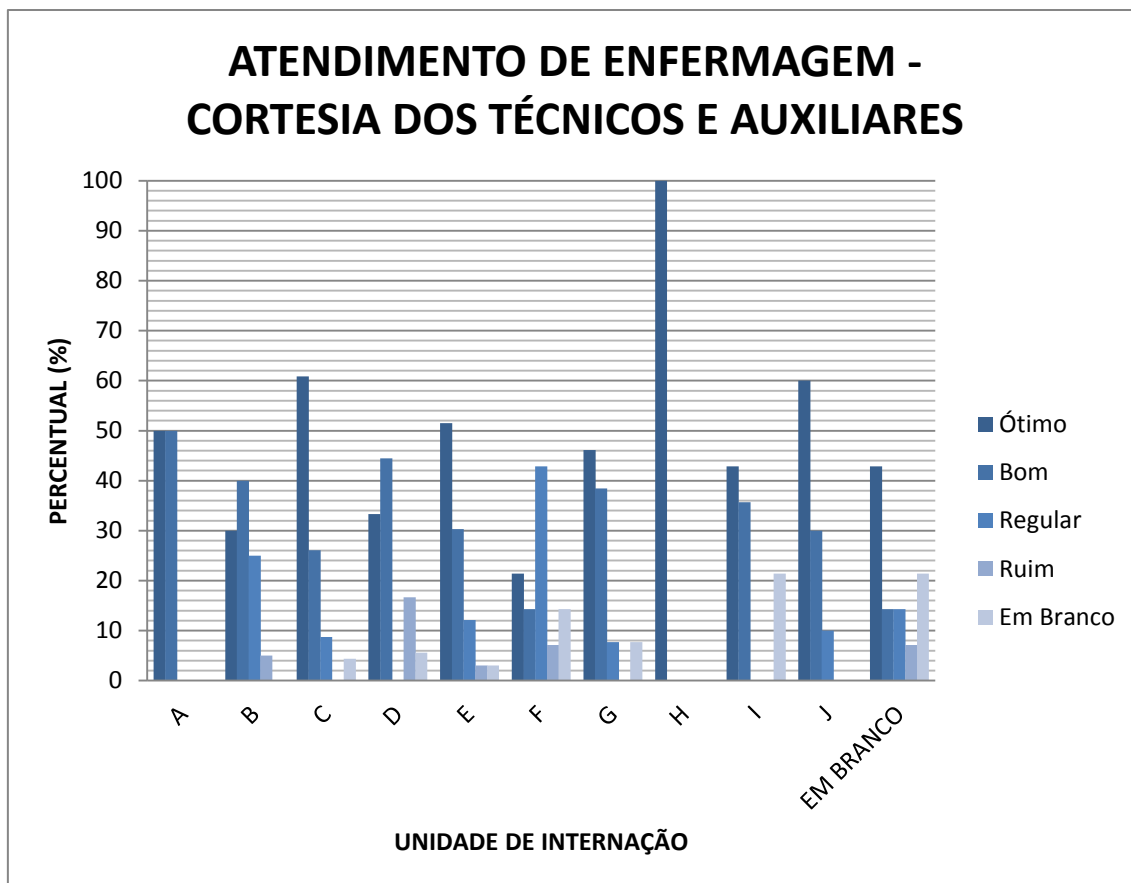


Figura 6 – Disposição dos itens relacionados à cortesia dos técnicos e auxiliares de enfermagem por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Em relação ao tempo de atendimento da equipe de enfermagem ao chamado, as unidades de internação que obtiveram maior porcentagem de respostas “ótimo” e “bom” foram: A (100%), B (55%), C (82,6%), D (50%), E (68,8%), G (92,3%), H (100%), I (64,3%), J (80%). Entretanto, a unidade de internação F apresentou maior porcentagem de respostas “regular” e “ruim” com 64,3% (Figura 7).

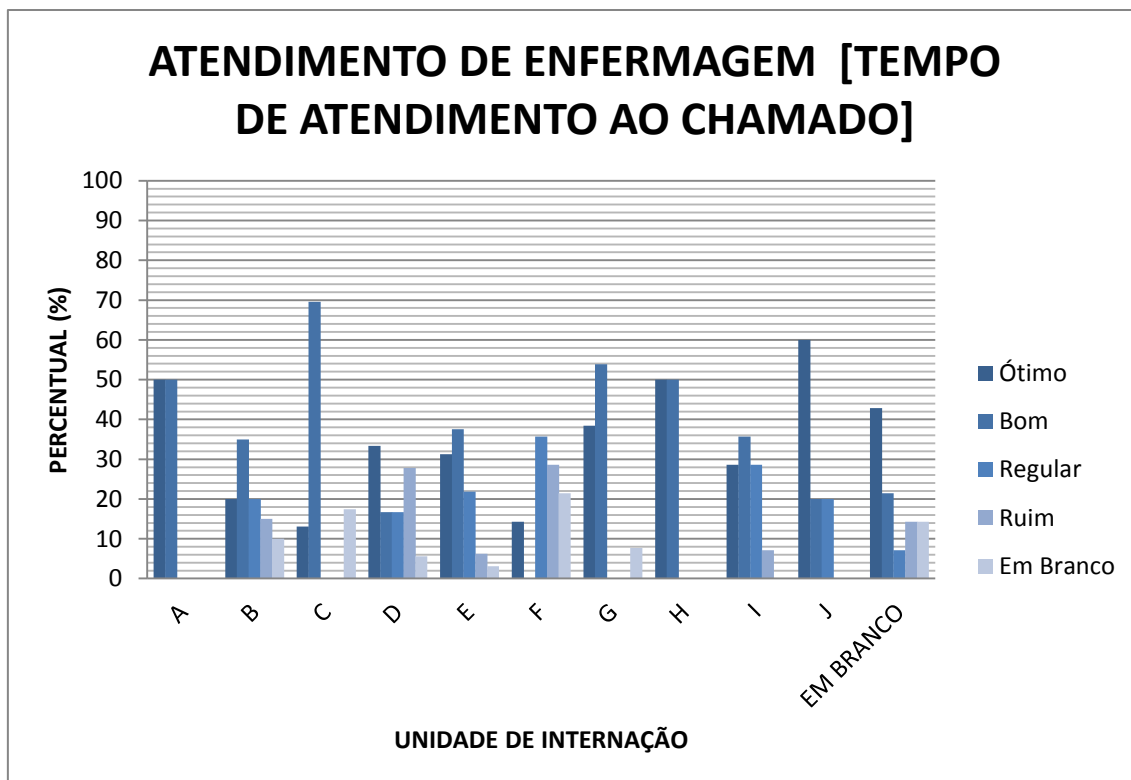


Figura 7 – Disposição dos itens relacionados ao tempo de atendimento de enfermagem ao chamado por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

A qualidade das explicações dos procedimentos executado pela equipe de enfermagem, figura 8, foi classificada na maioria das unidades de internação “ótimo” e “bom”: A (91,7%), B (60%), C (69,6%), D (77,8%), E (84,4%), G (84,6%), H (100%), I (64,3%), J (80%). Contudo, a unidade de internação F obteve maior porcentagem de frequência de respostas “regular” e “ruim” com 57%.

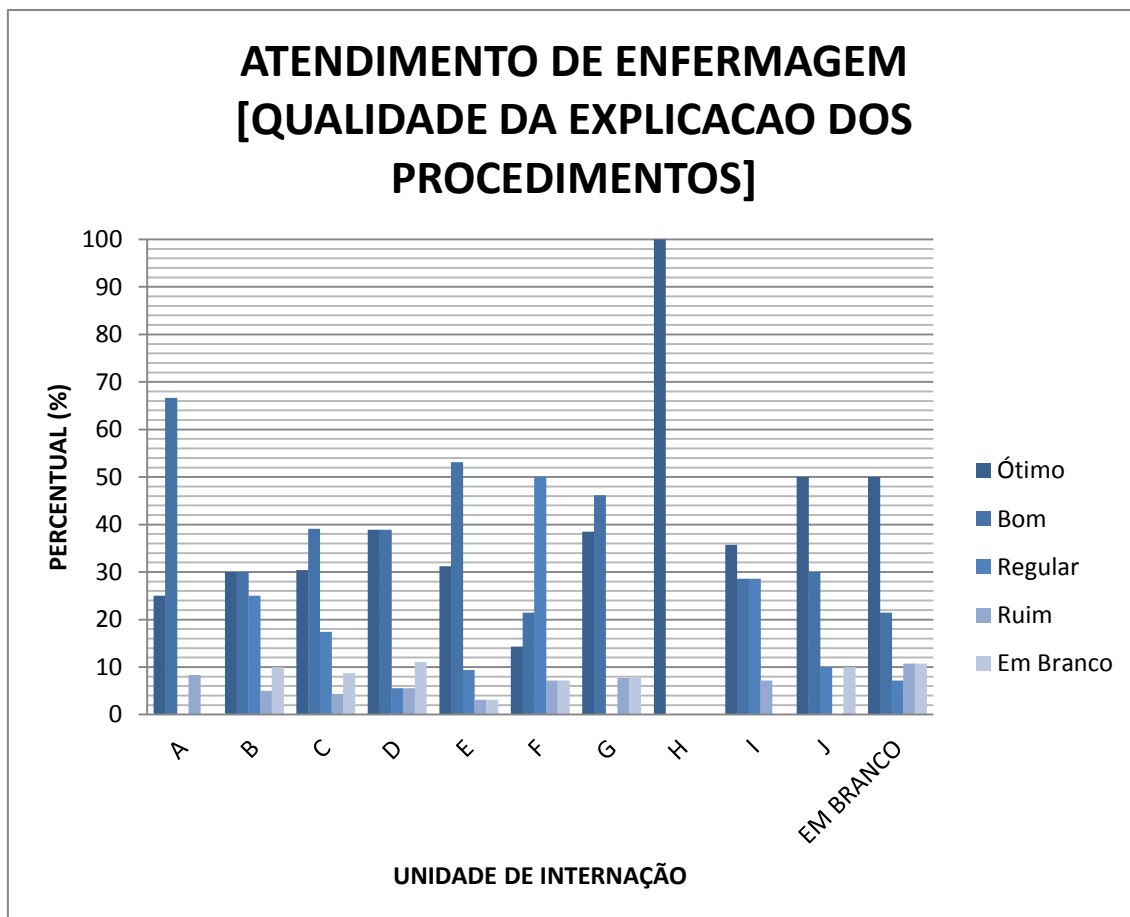


Figura 8 – Disposição dos itens relacionados à qualidade da explicação dos procedimentos de enfermagem por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

No último eixo de avaliação do atendimento de enfermagem, encontra-se disposto o gráfico, a seguir, relativo à avaliação da atenção dada pelo(a) enfermeiro(a) responsável pela clínica por unidade hospitalar. Os resultados apontam para um elevado percentual de respostas agrupadas como “ótimo” e “bom” nas unidades de internação A (100%), C (69,6%), D (83,3%), E (87,5%), F (80%), G (84,6%), H (100%), I (71,4%), J (100%). No entanto, a unidade de internação B maior porcentagem de frequência de respostas “regular” com 35%, seguida por “ótimo” (30%), “bom” (15%), “ruim” (10%).

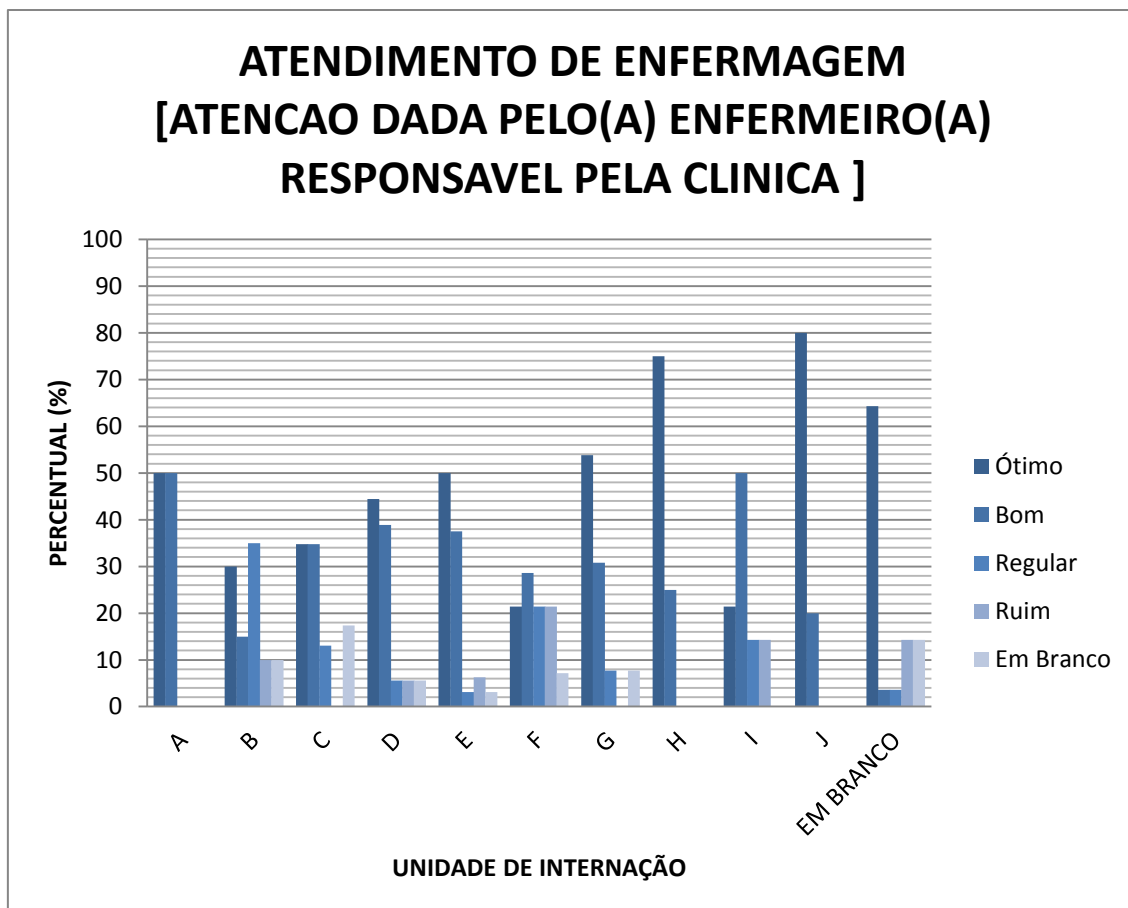


Figura 9 – Disposição dos itens relacionados à atenção dada pelo(a) enfermeiro(a) responsável pela clínica por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

5.1.3 AVALIAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À EQUIPE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA HOSPITALAR

De forma geral a avaliação do atendimento da equipe de nutrição e dietética hospitalar, ilustrado a seguir (figura 10), aponta para maior percentagem de frequências de respostas classificadas como “ótimo” e “bom” relacionada com a orientação da nutricionista, o cumprimento dos horários das refeições, a apresentação das refeições e o atendimento das copeiras e serviço de copa para os acompanhantes com valores respectivamente de 80,9%, 79,8%, 72,9% e 83,5%.

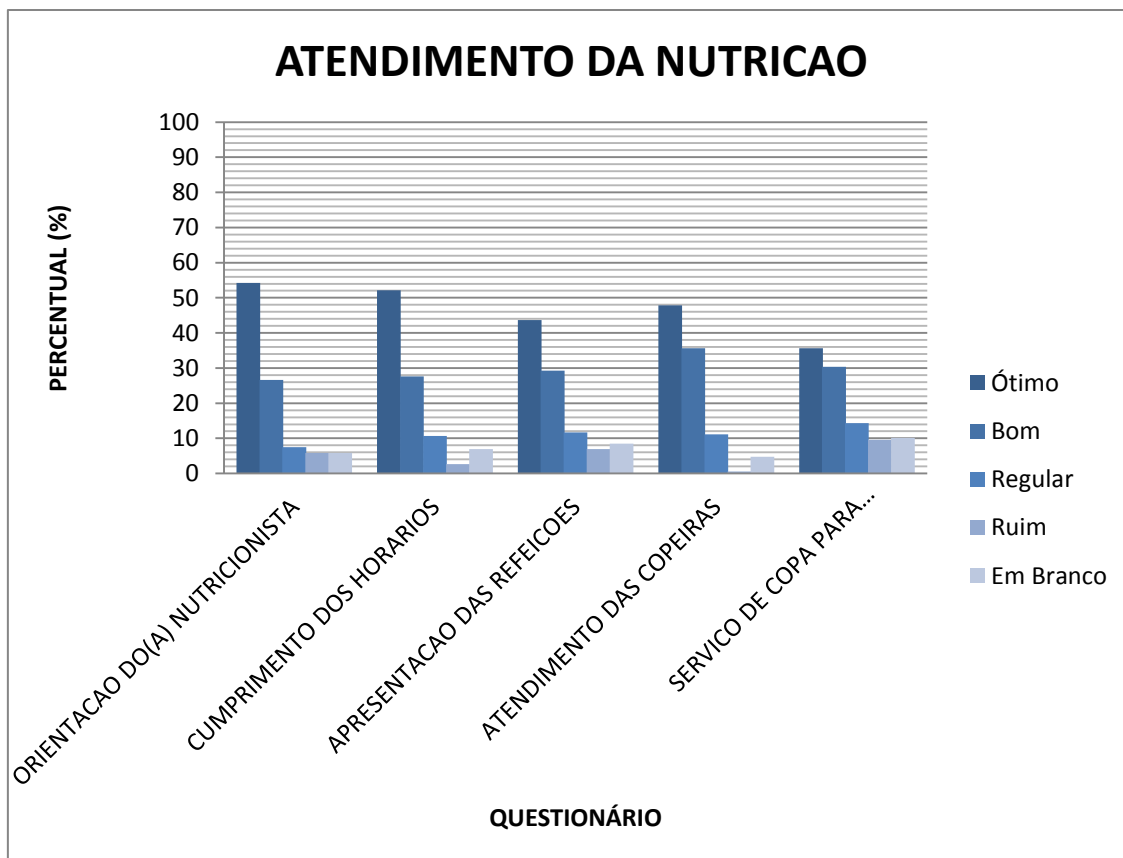


Figura 10 – Disposição dos itens relacionados ao atendimento da nutrição referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Além disso, verificou-se a avaliação em relação à orientação do(a) nutricionista nas unidades de internação hospitalar. Os resultados apontam para uma maior frequência de avaliação “ótimo” e “bom” nas seguintes unidades de internação: A (91,2%), B (80%), C (78,3%), D (83,3%), E (84,4%), G (92,3%), H (100%), I (78,6%) e J (90%). No entanto, a unidade de internação F apresentou maior percentual de respostas “ótimo” (35,7%), seguida por: “regular” (28,6%), “ruim” (14,3%) e “bom” (7,1%) (Figura 11).

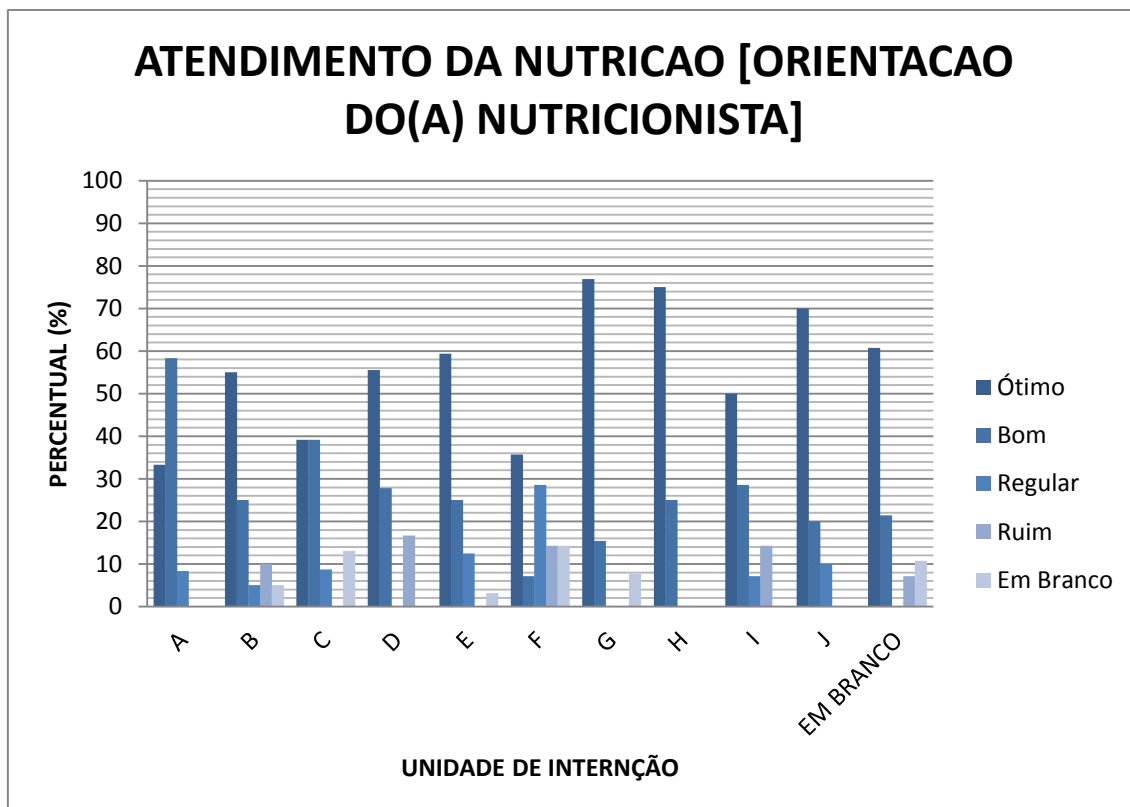


Figura 11 – Disposição dos itens relacionados à orientação do(a) nutricionista por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Já em relação ao cumprimento dos horários das refeições por unidades de internação hospitalar, os resultados sugerem que as unidades A, B, C, D, E, F, G, H, I e J consideram o percentual de respostas “ótimo” e “bom”, respectivamente: 100%, 85%, 95,7%, 55,7%, 92,3%, 75%, 85,7% e 100% (Figura 12).

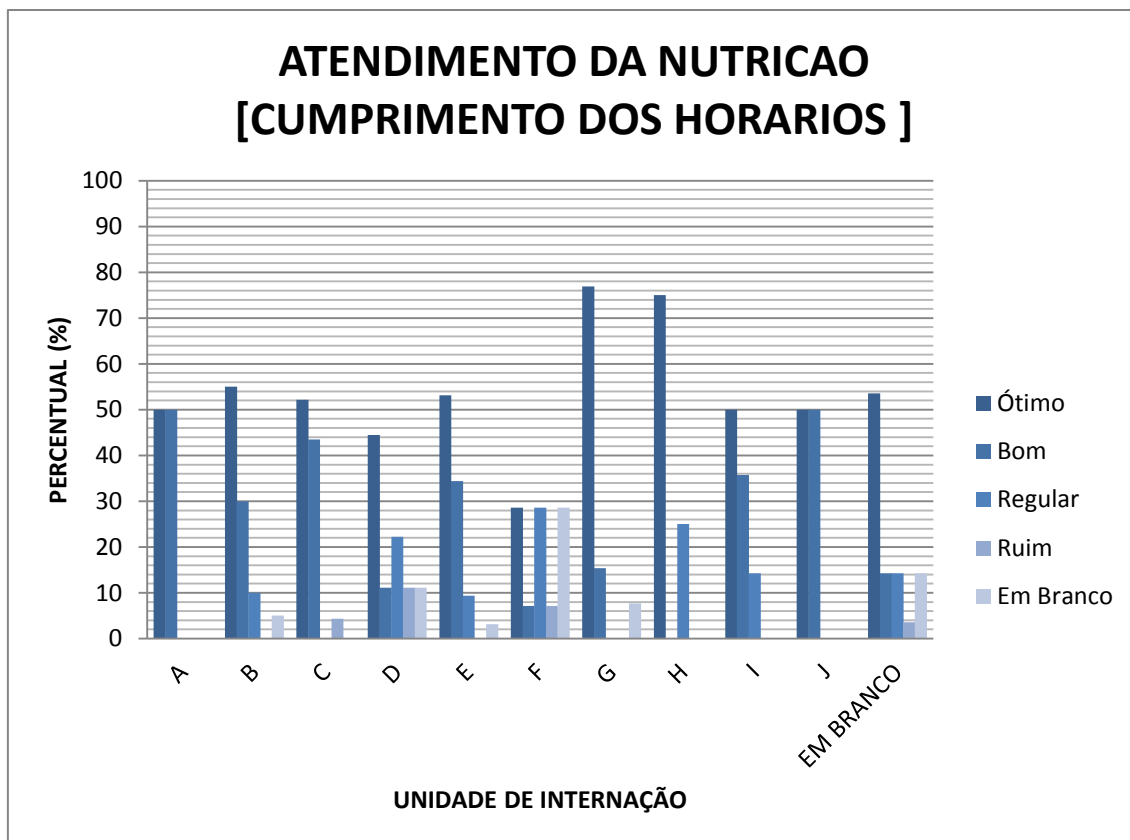


Figura 12 – Disposição dos itens relacionados ao cumprimento dos horários por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Averiguaram-se também as respostas em relação à apresentação das refeições em relação à unidade de internação, como ilustrado na figura 13. Percebe-se que a grande maioria das unidades de internação – A (92,7%), B (85%), C (82,6%), E (75%), G (84,6%), H (75%), I (78,6%) e J (100%) – obtiveram um elevado percentual de avaliações “ótimo” e “bom”. Todavia na unidade D o maior percentual foi na classificação “regular” com 33,3%. Já na unidade F as respostas foram classificadas como “bom”, “ruim”, “ótimo” foram de 21,4% cada.

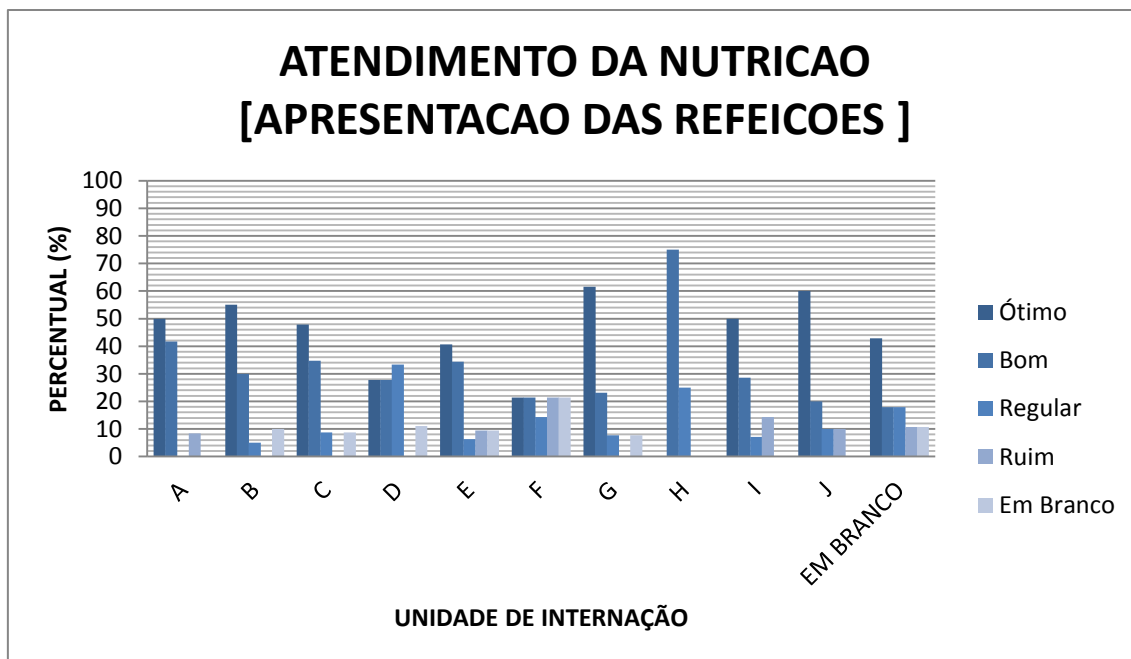


Figura 13 – Disposição dos itens relacionados à apresentação das refeições por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Pode-se perceber que a análise dos resultados do atendimento realizado pelas copeiras aponta a um elevado percentual de respostas “ótimo” e “bom” na totalidade das unidades de internação – A (91,7%), B (80%), C (91,3%), D (77,8%), E (93,8%), F (71,4%), G (76,9%), H (100%), I (78,6%) e J (90%) (Figura 14).

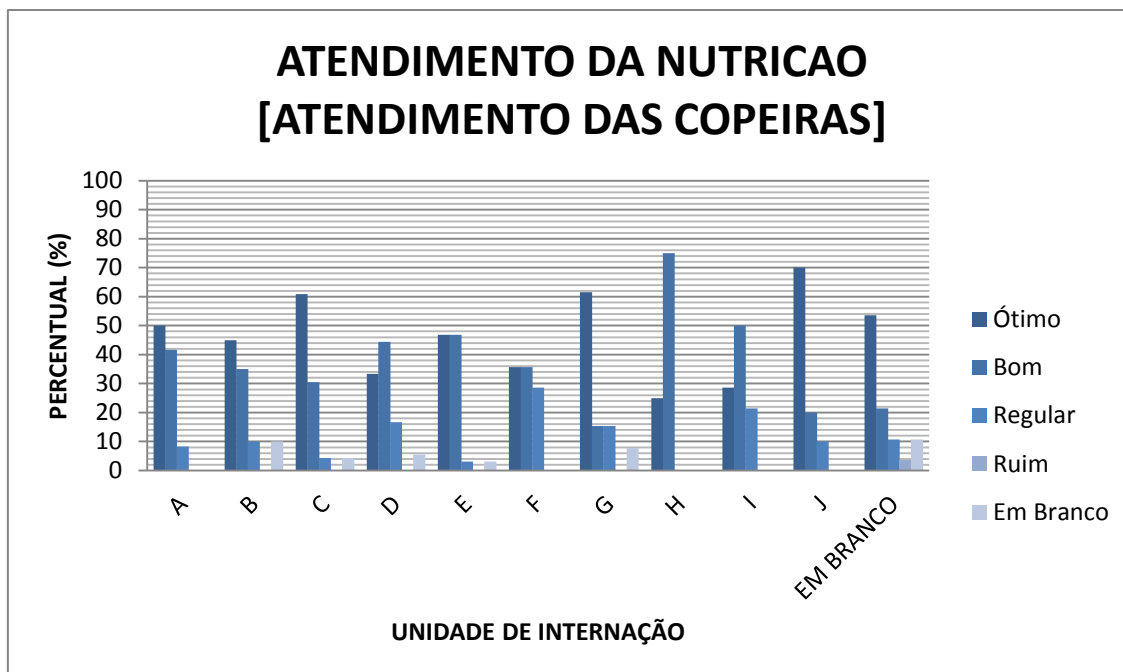


Figura 14 – Disposição dos itens relacionados ao atendimento das copeiras por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

Por fim, verificou-se o serviço de copa para acompanhantes que a maioria das unidades de internação – A (66,7%), B (70%), C (65,2%), E (71,9%), F (50%), G (61,5%), I (78,6%) e J (80%) – considerou esse serviço “ótimo” ou “bom”. Entretanto, as respostas da unidade D foram: “ótimo” com 27,8%, “bom” e “regular” com 22,2% cada e ruim com 11,1%. Acrescenta-se ainda, que a unidade H apresentou o mesmo percentual de classificação para “regular”, “bom” e “ótimo” com 25% (Figura 15).

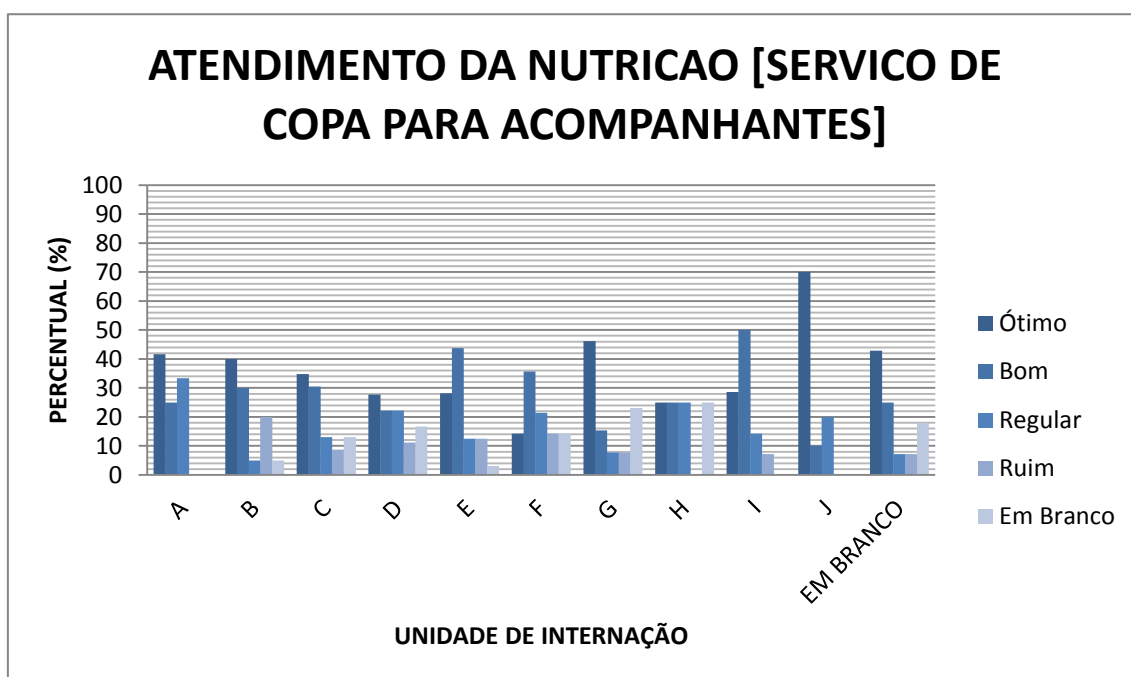


Figura 15 – Disposição dos itens relacionados serviço de copa para acompanhantes por unidade hospitalar referente à análise dos dados secundários da Pesquisa de Satisfação do Usuário do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, 2014.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

Ao analisar os depoimentos contidos no formulário, identificou-se a presença de opiniões positivas e negativas em relação ao atendimento dos trabalhadores da área da saúde.

Os dados qualitativos irão colaborar com a discussão dos dados quantitativos, trazendo pontos convergentes e divergentes. Optamos por não trazer todas as falas em virtude de julgarmos mais relevante a discussão dos tópicos em contraposição aos dados quantitativos. Dessa forma, os dados qualitativos servirão para auxiliar na leitura das respostas quantitativas dadas aos questionários, qualificando-as quando for possível.

6 DISCUSSÃO

Nesta etapa do trabalho buscou-se comparar os resultados da parte quantitativa com a qualitativa das informações fornecidas pela Ouvidoria do Hospital de Base do Distrito Federal.

6.1 Qualidade do atendimento

Os resultados da pesquisa da parte quantitativa apontam que o atendimento prestado pelos profissionais (médicos, equipe de enfermagem e nutrição) do HBDF foi considerado, em sua grande maioria, “ótimo” em seus eixos temáticos. O que condiz com os elogios colhidos no campo de sugestões e observações, dispostos a seguir:

F57: *“Estou satisfeita com todos os funcionários médicos, enfermeiros, copeiras, nutricionistas, colegas da limpeza.”*

F48: *“Quando a equipe do hospital não vejo nenhuma reclamação. Apenas pelo elogio que levo as equipes médica e de enfermagem. Devo muito a eles. Obrigado!”*

F67: *“Obrigada, fui muito bem atendida que continue assim o atendimento.”*

F100: *“Só tenho a agradecer pelo cuidado que tiveram comigo!! Muito obrigado.”*

F142: *“Gostaria também de agradecer todos os médicos e técnicos do (...) pela paciência e dedicação.”*

F179: *“A enfermagem (...) é ótima, os médicos são atenciosos, simpáticos e muito profissionais. Agradeço a todos em nome de minha mãe.”*

Nas falas apresentadas e nos dados quantitativos pode-se identificar a positividade sobre o referido atendimento e esta pode ser associada ao bom atendimento e atenção dispensada pelos profissionais aos usuários. A relação profissional estabelecida com os pacientes e/ou acompanhantes é um motivo de contentamento expressa em parte dos formulários.

Segundo estudos, é de extrema importância a postura adotada pelos profissionais de saúde favorecendo a adesão ao tratamento de pacientes (BARROS, 2008). Como se pode evidenciar pelo relato abaixo:

F41: *“Quero parabenizar a equipe médica que atendeu ao meu irmão, que contribuiu e muito para o bem estar dele hoje.”*

Surgem em contraposição, ponderações negativas a respeito do atendimento dispensado por parte do atendimento dos profissionais que atuam no HBDF, como disposta a seguir:

F74: *“Precisa melhorar muito mais o atendimento na área hospitalar e no atendimento dos funcionários.”*

De acordo com alguns autores os profissionais de saúde nas instituições hospitalares exercem um papel fundamental no processo saúde-doença. (BERTOLINO, 2011). Em virtude disso, “a compreensão da humanização está relacionada a um modo de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde” (CASETE, 2005). Essa necessidade de humanização foi expressa por um usuário, a seguir:

F66: *“Gostaria de ter um atendimento mais humanizado e melhor, mais rápido, mais cuidadoso.”*

6.2 Atendimento médico

Acrescenta-se, ainda, negativas opiniões relacionadas ao atendimento dos profissionais médicos, opondo-se aos resultados positivos encontrados na avaliação quantitativa.

Essa contradição pode ser verificada nos seguintes eixos – tempo de espera para o atendimento médico, atenção dada pelo médico e na qualidade das explicações.

O tempo de espera para o atendimento dessa classe foi considerado “ótimo” por cerca de 34% dos questionários, porém, a unidade de internação F considerou “regular” por quase 43%. Contrapondo-se, a ponderação encontrada:

F87: “Médico demora avaliar o paciente como aparecer para ‘ver-los’ no quarto demora para dar alta isso deixa o paciente perturbado e incomodado.”

No geral, cerca de 56%, avaliaram que a atenção dispensada pelo médico como “ótima”. Já nas unidades de internação A (33,3%) e F (35,7%) foi classificada como “regular”. Contudo, identificou-se uma opinião contrária aos achados da parte quantitativa.

F127: “Os médicos poderia passar no mínimo 2X no quarto por dia ou seja dar mais atenção ao paciente.”

De acordo com Benevides e Passos (2005), a humanização em saúde pode ser vinculada às práticas concretas de produção de saúde e à qualidade do atendimento. Esta última associa-se a melhores condições de trabalho e a participação social refletindo tanto no processo de atenção como na gestão.

O eixo que avaliou a qualidade das informações das explicações médicas foi classificada de maneira geral como ótima por cerca de 34%, entretanto, a unidade de internação F considerou regular (aproximadamente 40%). Contrário, então, das opiniões abaixo:

F45: *“Acho que os médicos deveriam explicar melhor o que acontece com os pacientes explicar para a família o que significa os diagnósticos e os procedimentos realizados.”*

F50: *“Gostaria que os médicos respondessem as perguntas com clareza”*

O processo comunicativo é um recurso fundamental para o cuidado humanizado que envolve a compreensão da comunicação verbal, comunicação não verbal e linguagem adequada. Nesse sentido, a comunicação aumenta a adesão ao tratamento e viabiliza a promoção da saúde (DIAS & VIEIRA, 2008).

6.3 Atendimento da equipe de enfermagem

Salienta-se, que os resultados encontrados na avaliação da parte quantitativa apontaram classificações positivas em relação ao atendimento prestado pela equipe de enfermagem em contravérsia com as negativas opiniões coletadas.

Essa contravérsia foi verificada nos seguintes eixos temáticos – cortesia dos técnicos e auxiliares de enfermagem; tempo de atendimento ao chamado; qualidade das explicações dos procedimentos de enfermagem; e atenção dada pelo enfermeiro(a) responsável pela clínica.

No eixo que avaliou a cortesia dos técnicos e auxiliares de enfermagem foi classificado como “ótimo” por 45,5%, no geral, exceto pela unidade F que foi avaliada como “regular” por 42,9%. Alguns depoimentos relataram a falta de

cordialidade de alguns profissionais da equipe de enfermagem, a seguir encontra-se um marcante depoimento:

F183: *“Algumas enfermeiras tratam os pacientes mal...”*

O tempo de atendimento ao chamado da equipe de enfermagem, no geral, foi classificado como “bom” por 35,1%. Entretanto, na mesma unidade de internação, F, novamente foi classificada “regular” por 35,7%. Além disso, houve algumas opiniões negativas em relação à demora do atendimento prestado pela equipe.

F5: *“O tempo de espera para atendimento pelos técnicos de enfermagem é demorado, sempre há uma desculpa, principalmente pelo número insuficiente de pessoal para atender o andar. À noite principalmente o serviço é mais demorado.”*

O último eixo refere-se à atenção dada pelo enfermeiro responsável pela clínica o qual foi classificada como “ótimo” por 45,7%, no entanto, a unidade de internação B foi avaliada como “regular” por 35%. Acrescenta-se que um dos formulários sugere que a equipe de enfermagem melhore a atenção.

F91: *“Melhorar mais a atenção das enfermeiras e alguns médicos.”*

Acrescenta-se ainda a observação encontrada em um dos questionários a qual afirma sobre a necessidade de melhorar a qualificação da equipe de enfermagem.

F39: *“OBS: Precisamos de maior qualificação do parte da enfermaria (equipe de enfermagem)”*

Nesse contexto enfatiza-se a necessidade da humanização no serviço considerando a existência de situações “desumanizadas”. Nesse sentido, Casete e Correia (2005, p. 17) discutem que o trabalhador é o:

...elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salário e condições de trabalho adequadas, bem como atividade educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar.

6.4 Nutrição e dietética hospitalar

A avaliação do atendimento da equipe de nutrição e dietética hospitalar aponta, de forma geral, o resultado positivo em seus cinco eixos temáticos – Orientação da nutricionista (“ótimo” - 54,3%); cumprimento dos horários das refeições (“ótimo” - 52,1%); apresentação das refeições (“ótimo” - 43,6%); atendimento das copeiras (“ótimo” - 47,9%); e serviço de copa para acompanhantes (“ótimo” - 35,6%). Entretanto, algumas opiniões divergentes foram encontradas em relação à maioria dos eixos investigados.

Em relação ao cumprimento dos horários das refeições houve uma manifestação indagando que as refeições não eram servidas no horário em contradição com a classificação desse requisito como “ótimo”.

F169: *“As refeições não era servido no horário.”*

Além disso, houve depoimentos relacionados à apresentação das refeições ofertadas um dos quais sugeriu melhorar o cardápio. Esse requisito foi avaliado como “ótimo”.

F121: *“Melhorar a comida e o cardápio”.*

Outros depoimentos encontrados abordaram a respeito da não cordialidade de algumas copeiras. Em contraponto, a avaliação do atendimento das copeiras considerado “ótimo”.

F139: *“...por parte dos funcionários (copeiras) há uma má vontade de nos dá café...”*

Por último, foi abordado a respeito do serviço de copa para os acompanhantes o qual foi classificado como “ótimo”, entretanto, houve citações contrárias, como:

F182: *“O serviço de copa para acompanhantes é muito ruim.”*

Percebe-se que a humanização do atendimento envolve um trabalho multidisciplinar para aperfeiçoar a atenção dada ao usuário no seu processo de saúde-doença fundamentado no princípio da integralidade da assistência (BERTOLINO, 2011). Ressalta-se, que o trabalho multidisciplinar pode superar a fragmentação da atenção e garantir o cuidado mais humanizado.

6.5 Avaliação do questionário

Em relação ao formulário utilizado pode-se perceber que falta a identificação do indivíduo com pelo menos sexo, idade e escolaridade para estabelecer o perfil dos usuários que respondem a Pesquisa de Satisfação.

Além disso, sugerimos que incluam um item referente à classificação geral do atendimento do HBDF para contemplar a experiência subjetiva dos sujeitos visando considerar, dessa forma, a qualidade do atendimento integral. Além disso, pode-se comparar avaliação da qualidade do atendimento geral com o resultado de cada categoria profissional. Por fim, faltou a inclusão dos fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e dos ouvidores como pode ser identificado na observação do usuário, a seguir:

F161: *“Não tem nenhuma menção sobre a fisioterapia.”*

Acrescenta-se ainda, a necessidade de sensibilizar os usuários a respeito da importância de preencher e depositar o formulário na urna central, pois o percentual de entrega dos questionários é considerado baixo (12,8%). Este estudo sugere disponibilizar urnas nas unidades de internação e sensibilizar os profissionais a respeito da importância do desenvolvimento da pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a humanização requer a revisão das práticas cotidianas e a criação de canais democráticos de comunicação. A pesquisa desenvolvida pela Ouvidoria do HBDF possibilita ampliar o diálogo entre os profissionais, gestores e usuários visando à mudança na atenção prestada e na administração hospitalar. Nessa perspectiva, quanto maior a articulação e integração da gestão hospitalar com a comunidade maior será a garantia de um serviço de saúde equânime e de qualidade.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário desenvolvida pela Ouvidoria é uma estratégia de fortalecimento da participação social, a qual avalia a dimensão subjetiva da percepção do usuário sobre os serviços prestados pela atenção hospitalar. Contribuiu de forma significativa para a avaliação da qualidade da atenção prestada pelos profissionais da área da saúde (médicos, equipe de enfermagem, equipe de nutrição e dietética hospitalar) o que pode promover a valorização do potencial humano e da desestabilização das estruturas tradicionais. Desta maneira, contribuiu para a transformação da gestão do processo de trabalho em saúde e a humanização.

Diante da análise documental estudada, pode-se perceber que a qualidade do atendimento pelos profissionais da área de saúde que atuam no setor de internação do Hospital de Base do Distrito Federal foi conceituada como ótimo, de modo geral. Entretanto, na parte subjetiva houve manifestações tanto positivas quanto negativas. O que sugere a necessidade de aprofundar a respeito desse tema.

O estudo disponibiliza informações úteis a respeito da qualidade dos serviços prestados pelo HBDF, o que pode contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento prestado, sendo então, de suma importância a criação/o incentivo de programas que valorizem a humanização:

- Criação e instituição do Centro Integrado de Humanização no Hospital de Base do Distrito Federal formado por uma equipe multiprofissional e usuários;

- Incentivar a divulgação bimestral do resultado da coleta de dados da pesquisa de satisfação realizada pela ouvidoria no Conselho Gestor;
- Estabelecer metas de avaliações, a cada 4 ou 6 meses, a respeito da qualidade da atenção prestada pelos profissionais de saúde por unidade de internação, tendo em vista o reconhecimento profissional;
- Valorizar o trabalhador de saúde, este trabalho propõe selecionar algumas frases positivas a respeito dos trabalhadores nos questionários e divulga-las em murais espalhados pelo Hospital;
- Registrar formalmente os elogios e críticas no campo de sugestões e observações dando prosseguimento a manifestação;
- Capacitar os trabalhadores da área da saúde para aprimorarem a comunicação entre os profissionais de saúde com pacientes e acompanhantes;

Além disso, identificou-se a necessidade da realização de estudos posteriores, como por exemplo: a respeito da construção da história da ouvidoria do HBDF, a avaliação do usuário a respeito da qualidade da estrutura do HBDF, entre outros.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AYRES, JR. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(3): 549 – 560, 2006.

BACKES, DS; et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70; 1977.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 561-571. ISSN 1413-8123.

BERTOLINO, KCO; DIEFENBACH, GDF; COSTA, RF. A humanização no contexto da assistência ao paciente hospitalizado: uma breve reflexão. Trabalho de reflexão teórica. Centro Universitário Franciscano – UNIFRAN, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamentos de Ouvidoria Geral do SUS. **Ouvidoria Geral do SUS: um espaço de cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. MASSUIA, DR; MENDES, JDV; CECÍLIO, MAM. **Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS/SP**. São Paulo: SES/SP, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **HumanizaSUS: Caderno de textos cartilhas da Política Nacional de Humanização** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASÍLIA. Secretária de Estado do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015. SUS DF: Construindo o seu melhor Plano de Saúde. Brasília, junho de 2012.

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 1, 2009 .

CASATE, JC & CORREA, AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**[online]. 2005, vol.13, n.1, ISSN 0104-1169.

COELHO, JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul, 2009.

CONASS. Política Nacional de Atenção Hospitalar. NOTA TÉCNICA, 2013.

DIAS, MSA; VIEIRA, NFC. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev Bras Enferm**, Brasília: 2008.

ESPIRIDIANO MA; TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LÓPEZ, EM; UGÁ, MAD. Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS) Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

MACHADO, R.R.; et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):181-7.

MACHADO, R.R.; et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):181-7.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

MINAS GERAIS. Universidade Federal de Uberlândia. **Ouvidoria**. Capa e editoração: Imprensa Universitária/Gráfica UFU, 2008.

MINAYO MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

NORÕES, NMR. **Ouvidoria em saúde: guia de implantação**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002.

PAIM, JS. 20 ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p.63-86, jul./dez. 2008.

PEREIRA, ESP. O papel da ouvidoria em hospital público: Um estudo a partir das manifestações dos usuários do Hospital "Ophir Loyola". Dissertação Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém, 2011.

PEREIRA, LH. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, 2002.

ROSSI, CAV; SLONGO, LA. Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado-da-Arte e Proposição de um Método Brasileiro. **RAC**, v.2, n.1, Jan./Abr. 1998: 101-125.

RUDIO, FV. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Vozes, 2003.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso em: abril, 2012.

SIQUEIRA, F. **Apostila do curso SPSS.** / Fábio Siqueira. -- Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde Escola Superior de Ciências da Saúde, 2010.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde. Sador, Bahia, 2011.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.



VÁZQUEZ, M. L., SILVA, M. R. F., GONZALEZ, E. S. C., DINIZ, A. S., PEREIRA, A. P. C., VERAS, I. C. L. et al. (2005). Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois Municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(Supl.), 141-155.

TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos. **Rev de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005.

ANEXO

A sua contribuição é muito importante.

1. ALTA HOSPITALAR

Qualidade das informações sobre os cuidados após a alta 
Tempo de espera para a saída 

Responsável pelo preenchimento:
 Paciente
 Familiar/Acompanhante

Contamos com a sua colaboração e reservamos este espaço para suas sugestões e observações.

Sem a sua colaboração não será possível o aprimoramento dos nossos serviços.

A sua identificação é opcional.

Caso queira identificar-se, utilize o espaço reservado abaixo:

Nome completo:

Data: / / Horário: :

Telefone: () -

E-mail:





Sua opinião faz a diferença!

Avalie os nossos serviços para que possamos atendê-lo melhor.




Em que unidade você se encontra?

- UTI Adulto 4º andar UTI Pediátrica
 UTI Neurotrauma Centro Cirúrgico
 UTI Cirúrgica Emergência
 Internação (unidade/andar _____)
 Bloco de procedimentos
 Banco de sangue Laboratório
 Hemodinâmica Radioterapia
 Radiologia Oncologia




A legenda abaixo deve ser utilizada para fazer as marcações:

-  Acima das expectativas (ÓTIMO)
 Expectativas atendidas (BOM)
 Razoavelmente atendidas (REGULAR)
 Abaixo das expectativas (RUIM)



1. RECEPÇÃO

Cortesia da recepcionista 
Qualidade das informações 
Tempo de espera na fila 




2. INTERNAÇÃO

Cortesia da recepcionista 
Qualidade das informações 
Tempo de espera na fila 



3. HOTELARIA

Apresentação da enfermaria 
Rouparia oferecida 




4. HIGIENIZAÇÃO

Limpeza da enfermaria 
Limpeza dos corredores 
Atendimento dos funcionários da limpeza 

5. SEGURANÇA

Controle de entrada e saída 
Cortesia dos funcionários da segurança 

6. PADIÓLEIRO

Cortesia do padoleiro 
Tempo de atendimento 
Atenção dada pelo padoleiro 

7. SERVIÇOS DE APOIO

Radiologia 
Anestesia 
Laboratório 

MOVIMENTO PELA QUALIDADE E SEGURANÇA DO HOSPITAL DE BASE

Ed Acredita!

Sua opinião é muito importante para a melhoria dos nossos serviços





Juntos podemos tornar nosso hospital melhor!




Hospital de Base do Distrito Federal
SMBH - Área Especial - Q. 101 - Sobrelaje
CEP: 70330-150 Brasília-DF
Tel: 61 3315 1200
Fax: 61 3315 1350
Email: gabhdbdf@gmail.com






8. ATENDIMENTO MÉDICO


Tempo de espera para o atendimento 
Atenção do médico(a) responsável durante a internação 

Qualidade das explicações dos procedimentos 



9. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM


Cortesia dos técnicos e auxiliares 
Tempo de atendimento ao chamado 


Qualidade da explicação dos procedimentos 

Atenção dada pelo(a) enfermeiro(a) responsável pela clínica 

10. ATENDIMENTO DA NUTRIÇÃO

Orientação do(a) nutricionista 
Cumprimento dos horários das refeições 

Apresentação das refeições 

Atendimento das copeiras 
Serviço de copa para acompanhantes 