

ATENDIMENTO HOSPITALAR: O QUE IMPORTA PARA O PACIENTE?

Moema Miranda de Siqueira*

1. Introdução; 2. Pressupostos metodológicos; 3. Análise dos dados; 4. Conclusão.

Conclusões de uma pesquisa sobre a percepção de pacientes e chefias de hospitais de Belo Horizonte em relação às condições para um atendimento satisfatório. Condições de natureza técnica consideradas prioritárias, refletindo símbolos e valores sociais. Papel reservado ao profissional no ato médico.

1. Introdução

Um dos grandes desafios das ciências sociais de nossos dias e, em especial, da área de organizações consiste em desenvolver a capacidade de utilizar as explicações e o entendimento da realidade para mudá-la, no sentido de melhorar as condições de vida dos grupos humanos.

Nesta linha, os trabalhos de avaliação de projetos sociais adquirem importância significativa. No entanto, a maioria ainda utiliza apenas medidas objetivas de avaliação, que, embora fundamentais, podem não ser suficientes para revelar a complexidade desse tipo de projeto.

Para reduzir tais limitações, tem sido sugerida a introdução da "subjetividade" do usuário, como elemento inovador daquelas análises.

Trata-se, mais do que uma simples técnica de pesquisa, de um postulado teórico que reconhece o direito de o usuário dos projetos sociais elaborar uma representação verdadeira de suas necessidades e demandas.

Este artigo relata os resultados de uma pesquisa realizada em hospitais de Belo Horizonte, a qual procurou ouvir pacientes ainda hospitalizados, mas já em processo de alta, sobre as condições que consideravam mais importantes para um atendimento satisfatório.

A pesquisa supôs a existência de diferenças nas percepções conforme as condições de cobertura dos pacientes (particulares, com cobertura previdenciária e indígenas), bem como entre os pacientes e as chefias (clínica, de enfermagem e administrativa).

Foi constatada a importância atribuída às *condições técnicas*, tanto pelos pacientes quanto pelas chefias, embora a *competência dos médicos* seja a variável mais significativa para os pacientes, enquanto para as chefias esta é o *atendimento especializado* (envolvendo equipamentos sofisticados, CTI, etc.). É enfatizada a provável interferência de aspectos simbólicos e ideológicos nesses resultados.

2. Pressupostos metodológicos

Foram entrevistados 310 pacientes e 93 chefias, em 31 hospitais gerais de Belo Horizonte, representando uma amostra de 61% desse universo específico, incluin-

* Professora adjunta na UFMG. Mestre em administração pela UFMG. Doutora em administração pela USP. Pesquisadora do CNPq. (Endereço da autora: Rua Artur Itabirano, 45 - Pampulha - 31.270 - Belo Horizonte, MG.)

do hospitais públicos, privados e filantrópicos.¹ Os hospitais especializados não foram integrados à amostra, por terem sido considerados menos representativos em termos de demandas e de categorias de pacientes.

O sorteio da amostra foi feito pelo método do PPS (*probability proportional size*), garantindo-se uma diversidade da amostra, pela probabilidade proporcional de estarem representados conglomerados (hospitais) de tamanhos diferentes.

Por restrições de custo e tempo, o número de entrevistas por hospital ficou limitado a 10 pacientes, além de chefias clínica, administrativas e de enfermagem.

Considerando a hipótese inicial de percepções diferentes de pacientes particulares, com e sem cobertura previdenciária (indigentes), teria sido desejável que se estratificasse *ex-ante* a amostra por essas categorias. No entanto, a inexistência de dados fidedignos e atualizados sobre a composição da demanda por serviços hospitalares de acordo com a condição de cobertura fez com que se optasse por estratificar a amostra *ex-post*, ou seja, no momento da análise dos dados. A escolha dos 10 pacientes entrevistados em cada hospital foi, então, aleatória, refletindo uma predominância significativa de pacientes com cobertura previdenciária no total de hospitalizados (80%), contra 10,7% na condição de particulares (afé incluídos os com cobertura previdenciária que fizeram opção por acomodação especial/apartamentos) e 9,3% admitidos como indigentes.

Considerou-se como *condições para satisfação com o atendimento* a percepção sobre a importância ordenada de uma lista de situações típicas de atendimento hospitalar. A lista incluía variáveis ligadas à qualificação dos recursos humanos, técnicos e materiais (competência médica, cuidados de enfermagem, atendimento especializado, boa aparelhagem e CTI), ao relacionamento psicossocial e emocional com o paciente (médicos e pessoal atenciosos e facilidades para visitas) e à natureza administrativa (rapidez e facilidade para internar, acesso fácil, conforto e boa alimentação, limpeza e higiene).

Para facilitar a análise, estas variáveis foram agrupadas em três fatores: condições técnicas, afetivas e administrativas.

A hipótese básica era de que a percepção dos pacientes sobre satisfação com o atendimento estaria ligada a variáveis de natureza administrativa (proximidade, rapidez, limpeza e comida boa), antes que a razões de natureza técnica (competência profissional ou equipamento), que seriam mais comuns entre os grupos profissionais dos serviços de saúde.

3. Análise dos dados

A análise inicial dos dados obtidos nas entrevistas com os pacientes mostrou que na lista de 10 situações as variáveis mais citadas (as demais foram eliminadas por serem estatisticamente insignificantes) foram competência dos médicos, médicos atenciosos e rapidez no atendimento (tabela 1).

Agrupando-se as variáveis em condições técnicas, afetivas e administrativas, confirma-se o grupamento de condições técnicas como o considerado mais importante, respondendo por 44,7% das escolhas de primeira opção (Tabela 2).

Este resultado confirma, em parte, hipóteses sobre variáveis que determinam a procura dos serviços de saúde específicos.

¹ A fonte para obtenção da lista dos estabelecimentos hospitalares foi a última edição (1981) então disponível do *Cadastro de estabelecimentos de saúde* da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Tabela 1

Principais condições de satisfação com o atendimento hospitalar, por ordem de importância, percebidas por pacientes de Belo Horizonte.
(1984)

Condições para satisfação	Primeira opção (%)
Competência dos médicos	32,7
Médicos atenciosos	31,6
Rapidez no atendimento	9,6
Cuidados de enfermagem	8,8
Facilidade para internar	6,8
Pessoal atencioso	4,8
Aendimento especializado	3,2
Facilidade para visitas	1,6
Limpeza (higiene)	0,6
Comida boa	0,3
TOTAL	100,0

Fonte: entrevistas com pacientes.

Tabela 2

Principais condições de satisfação com o atendimento hospitalar percebidas por pacientes de Belo Horizonte, agregadas por tipos (fatores)
(1984)

Fatores (Tipos de Condição)	Primeira opção (%)
<i>1. Condições técnicas</i>	
Competência dos médicos	32,7
Cuidados de enfermagem	8,8
Atendimento especializado	3,2
Subtotal	44,7
<i>2. Condições afetivas</i>	
Médicos atenciosos	31,6
Pessoal atencioso	4,8
Facilidade para visitas	1,6
Subtotal	38,0
<i>3. Condições administrativas</i>	
Rapidez no atendimento/facilidade para internar	16,4
Limpeza (higiene)	0,6
Comida boa	0,3
Subtotal	17,3
TOTAL	100,0

Fonte: entrevistas com pacientes.

Uma delas supõe que a decisão da população das grandes cidades na escolha de serviços de saúde é mais influenciada pela percepção da competência tecnológica do estabelecimento do que por sua acessibilidade geográfica.²

Em um estudo realizado com donas de casa de Porto Alegre para diferenciar e avaliar hospitais, utilizando-se um modelo no qual as opiniões são ordenadas e testadas sucessivamente, a qualidade de serviços profissionais e de equipamentos foi a de maior importância para o grupo, com maior grau de concordância entre os entrevistados.³

Já na presente pesquisa, embora *condições técnicas* tenha suplantado as demais, a variável *competência dos médicos* é responsável majoritária por essa posição, já que a variável *atendimento especializado* (que engloba existência de equipamentos adequados e CTI) não é significativa (3,2% das respostas).

A posição de *médicos atenciosos*, em segundo lugar de freqüência na primeira opção, expressa o alto significado da relação médico/paciente para a percepção de satisfação com o atendimento, provavelmente dependente da maneira cordial e da natureza afetiva de o médico se relacionar com os pacientes.

Uma das explicações parece estar na capacidade do médico de intervir no corpo do homem, restabelecendo a saúde ou restaurando a vida, o que lhe confere um poder extremamente vasto, legitimando-o socialmente e vinculando-o a outras práticas sociais. Este profissional, além de suas funções econômicas (reparação e manutenção da força de trabalho; consumo da indústria farmacêutica e de equipamentos; consumo de atos médicos via especialização) desempenha funções político-ideológicas, interferindo e controlando condutas de diferentes grupos sociais no que se refere à alimentação, trabalho, reprodução, prazer, lazer, etc, além de suavizar conflitos sociais através do aumento do consumo de serviços médicos propriamente ditos.⁴

Com a mesma linha de raciocínio e um enfoque mais radical, Lourau mostra que instituições como a fábrica, a escola e, por extensão, o hospital, produzem normas disciplinares tanto quanto a caserna e a prisão. A submissão a essas normas é um processo gradual, do concreto ao abstrato, não se aprendendo a reverenciar a autoridade, mas o *nossa professor, o nosso médico*.⁵

No capítulo 11 da clássica obra de Georgeopoulos,⁶ o autor discute o papel do paciente hospitalizado e sua dependência institucional, concluindo que a origem histórica da função do hospital – o encarceramento de pobres e doentes e a proteção da sociedade contra o contágio da doença – condicionou o confinamento ainda vigente e torna-se relevante na explicação daquela dependência.

Estas conclusões são também confirmadas em estudos de Boltanski e de Siqueira,⁷ nos quais a relação que os pacientes mantêm com o estranho universo da doença e da medicina aparece dependente fundamentalmente da relação com o médico, refletindo a importância do simbólico nas percepções levantadas.

² Marton, Ana Maria; Formigli, Vera Lúcia A.; Garcia, Cid S.; Monteiro, José Carlos & Araújo, Teresinha S. de. Regionalização dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 17(3):121-49, jul./set. 1983.

³ Enders, Wayne T. *The spatial behavior on how income urban hospital patients: a case study in Porto Alegre*. Ann Arbor, Michigan University Press, 1979.

⁴ Souza, Lúcia Ribeiro de & Veras, Renato. Ideologia e saúde. In: *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1982.

⁵ Lourau, René. *L'analyse institutionnelle*. Paris, Minuit, 1970. p. 11-2.

⁶ Georgeopoulos, Basil S. & Mann, Floyd C. *The community general hospital*. New York, Macmillan, 1962, p. 225.

⁷ Boltanski, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1978; Siqueira, Moema Miranda de. *Estado e burocratização da medicina*. Belo Horizonte, UFMG, 1987.

Ao se desagregarem os dados da pesquisa de acordo com a condição de cobertura dos pacientes – particulares, com cobertura previdenciária e indigentes – mais uma vez a posição teórica de Boltanski parece confirmar-se. Não possuindo critério objetivo que lhes permitam apreciar as qualidades técnicas dos médicos, diferentemente daqueles das classes superiores que escolhem os profissionais baseados em seus títulos e reputação, os membros das classes populares utilizam critérios difusos, cotidianamente usados na apreciação de outrem, como a “amabilidade”, a “boa vontade” e a “complacência” (tabela 3).⁸

Tabela 3

Principais condições de satisfação com o atendimento hospitalar percebidas por pacientes de diferentes condições de cobertura, em Belo Horizonte (1984)

Condições de Satisfação	Pacientes		
	Particulares (%)	Com cobertura a previdenciários (%)	Indigentes (%)
Competência dos médicos	50,00	27,7	35,7
Médicos atenciosos	28,6	30,8	42,9
Atendimento especial	14,3	2,7	3,6
Cuidados de enfermagem	7,1	9,4	0,0
Pessoal atencioso	0,0	4,5	7,1
Rapidez e facilidade para internar	0,0	23,6	10,7
Limpeza (higiene)	0,0	0,9	0,0
Comida boa	0,0	0,4	0,0
TOTAL	100,00	100,0	100,0

Fonte: entrevistas com pacientes.

Quanto às percepções dos pacientes comparadas com as das chefias, a análise das distribuições de freqüência visualizadas nas figuras 1 e 2 constatou, da parte das chefias, maior ênfase nas condições de natureza técnica do que a apontada pelos pacientes, em detrimento das razões de natureza afetiva.

É provável que a diferença observada esteja ainda obscurecida pelos aspectos simbólicos e ideológicos tanto do papel do profissional médico quanto da tecnologia na saúde. Pode-se supor que a idéia de razão e racionalidade, que comandam a legitimação da autoridade⁹ e justificam a tecnicização do atendimento médico, tenha minimizado as diferenças de percepção entre os grupos de entrevistados.

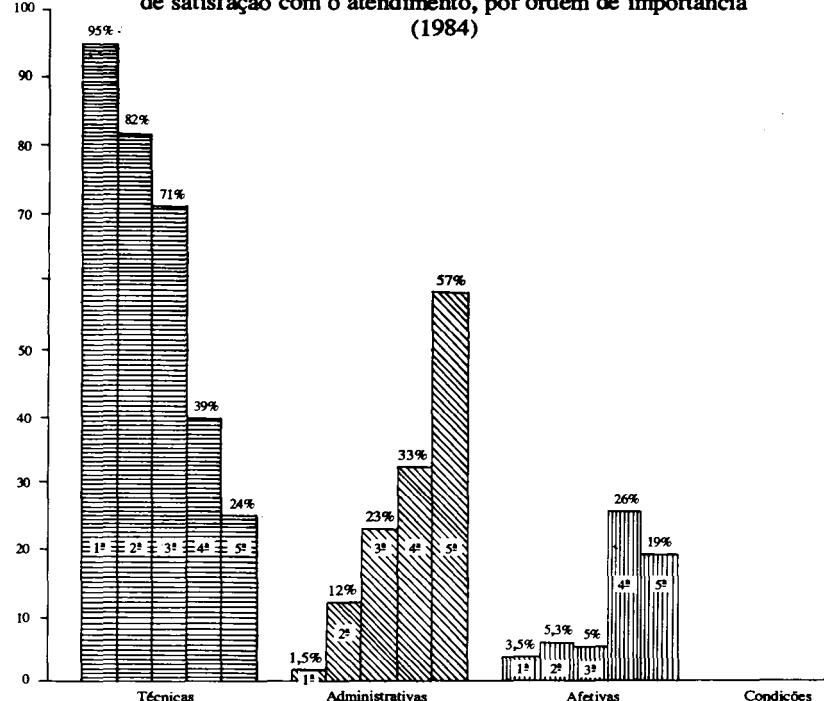
Como alerta Thiolent,¹⁰ quando os entrevistados são mantidos em situações “rotineiras”, a tendência é de comprovarem os efeitos e a eficiência da dominação, reproduzindo valores e símbolos dos grupos dominantes. A posição dos “pacientes” – como o próprio termo reforça – é tradicionalmente de submissão e isto tem de ser levado em conta na análise de suas percepções.

⁸ Boltanski, Luc. op. cit.

⁹ Chauá, Marilena do S. Cultura do povo e autoritarismo das elites. In: Valles, Edenio & Queiroz, José P., org. *A cultura do povo*. São Paulo, Educ, 1982.

¹⁰ Thiolent, Michael. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo, Polis, 1980.

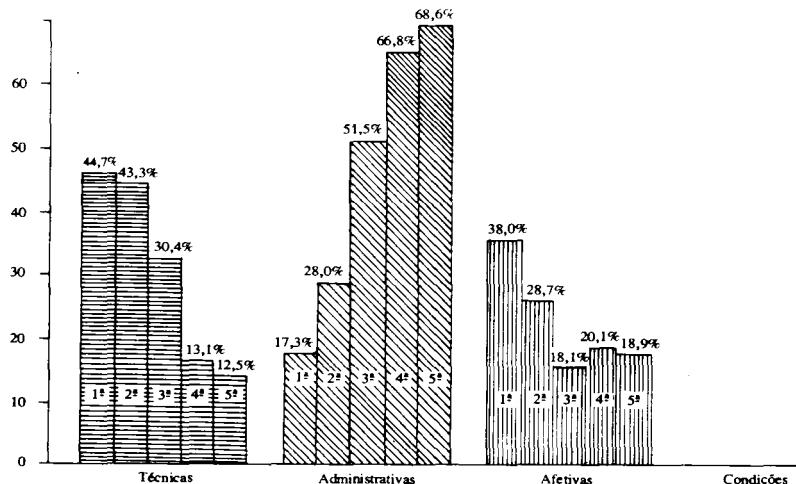
Figura 1
Percepção das chefias de hospitais de Belo Horizonte sobre condições de satisfação com o atendimento, por ordem de importância (1984)



Fonte: entrevistas com chefias dos hospitais pesquisados.

Obs.: o eixo numerado representa a percentagem em que as condições foram escolhidas (percentagem das freqüências), em cada uma das cinco opções – por ordem de importância – e agrupadas em condições técnicas administrativas e efetivas. As colunas representam, em cada grupo de condições, a primeira, segunda, terceira, quarta e quinta opções, respectivamente.

Figura 2
Percepção dos pacientes de hospitais de Belo Horizonte sobre as condições mais importantes para o atendimento, por ordem de importância (1984)



Fonte: entrevistas com pacientes dos hospitais pesquisados.

Obs.: o eixo numerado representa a percentagem em que as condições foram escolhidas (percentagem das freqüências), em cada uma das cinco opções – por ordem de importância – e agrupadas em condições técnicas administrativas e efetivas. As colunas representam, em cada grupo de condições, a primeira, segunda, terceira, quarta e quinta opções, respectivamente.

4. Conclusão

A importância do médico como “líder” da atenção à saúde e a legitimidade atribuída à técnica como condição de bom atendimento foram percepções comuns aos grupos de pacientes e chefias.

Essas conclusões sugerem, de um lado, a necessidade de se assegurar o compromisso e a responsabilidade do médico no atendimento aos pacientes e, de outro, medidas ligadas ao processo de “democratização” da saúde. Estas envolvem desde o fornecimento de informações ao paciente sobre sua própria doença e os tratamentos indicados, passando pela participação do doente, de sua família e da comunidade na organização e no desenvolvimento da assistência e na discussão sobre o papel da tecnologia, chegando até à interferência nas grandes decisões políticas do setor.

Por fim, embora as condições de natureza administrativa não tenham sido consideradas prioritárias, *facilidades e rapidez no atendimento* são importantes, sugerindo a necessidade de maior preocupação da cúpula gerencial e dos níveis de atenção dos hospitais encarregados desses aspectos.

Summary

This paper reports on the conclusions of a perception research applied to patients and hospital chiefs in Belo Horizonte, Brazil, about the most important conditions for a satisfactory medical care. Technical conditions – especially the physician's professional competence – were considered the main ones by both groups.

These conclusions reflect social symbols and values, besides the recognition of the professional responsibility in the medical act.