

Qualidade de assistência em um centro de atenção secundária em saúde

Quality assessment in outpatient center of secondary attention

José Ricardo de Oliveira¹, Laís Chaves de Souza², Larissa Figueiredo Carvalho², Gabriella Cristine Rosolem Silva², Arthur Lurago Rissato², Bianca Nogueira Nunes², Ana Luísa Euqeres Ribeiro², Bruna Sobreira Britto², Marcela Luiza Ferreira²

Recebido da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM) Unifenas, Belo Horizonte.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Este trabalho avaliou a política de humanização ao se considerar a opinião dos usuários, em um ambulatório universitário de especialidades médicas, como indicador de aspectos da assistência integral e integrada à saúde. **MÉTODOS:** Os membros da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM-Unifenas BH) realizaram entrevistas de 218 usuários, aos quais foi aplicado um questionário padronizado. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Conclui que um bom exemplo para se conduzir a cultura humanizada de atendimento, em conjunto com a formação acadêmica, poderia ser referência de atitude humanística e responsabilidade social em ser seguida por outro serviço universitário de saúde pública.

Descritores: Humanização da assistência; Atenção secundária à saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: This study evaluated the policy of humanization by considering the views of users in outpatient university medical specialties, as an indicator

of health care aspects. **METHODS:** The members of the League Academic Medical Humanities (LAHM-Unifenas BH) conducted interviews with 218 users, who were administered a standardized questionnaire. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** It concludes that a good example to lead the culture humanized service, together with academic training, reference could be humanistic attitude and social responsibility to be followed by other university public health service.

Keywords: Humanization of assistance; Secondary care; Unified health system

INTRODUÇÃO

Em 1988, foi votada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que segundo o Ministério da Saúde, firma a universalidade, integralidade, hierarquização, equidade e participação social da atenção em saúde pública no Brasil. Já o tema da humanização no campo da saúde anunciou-se na XI Conferência Nacional de Saúde^(1,2).

A Política Nacional de Humanização (PNH/Humaniza-SUS) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre os gestores, trabalhadores e usuários^(3,4). Segundo pressuposto do Projeto HumanizaSUS⁽³⁾, a concepção de saúde não se reduz à ausência de doença, mas uma vida com qualidade. Desse modo, o profissional da área de saúde deve comprometer-se em prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois, envolve mudanças comportamentais, que geram insegurança nas pessoas, por considerarem o sistema já estabelecido como sendo mais seguro e exequível⁽⁵⁻⁷⁾. Por ser um processo novo e não existir base teórica que guie os sistemas médicos humanizados, torna-se um processo de difícil generalização, pois *cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização*⁽⁸⁾.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido muitos benefícios, mas tem apresentado como efeito adverso, o incremento da desumanização, na medida em que somos reduzidos a *objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados* de uma investigação que se propõe ser fria e objetiva. Por outro lado, ainda coexiste a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais e se tornam desumanizantes desta vez

1. Coordenador da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM) Unifenas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Membro da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM) Unifenas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Data de submissão: 06/04/2014 – Data de aceite: 29/04/2014

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

José Ricardo de Oliveira
Rua Líbano, 66 – Bairro Itapoá
CEP: 31710-030 – Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: jose.oliveira@unifenas.br
Cel.: (31) 9769-2409 – Tel.: 3324-7055

Local do estudo: Unifenas BH - Unidade Itapoá/Curso de Medicina CEASC (Centro de Ensino e Atenção à Saúde da Comunidade “Prof. Edson Antonio Vellano”)

pela má qualidade resultante do atendimento e sua baixa resolubilidade, induzindo também a desumanização⁽⁸⁾.

Devido práticas contraditórias, tais como os avanços na descentralização da saúde com fragmentação do processo de trabalho e dificuldade de interação das equipes; a tendência a burocratização e diminuição do compromisso e a co-responsabilização na produção da saúde; o desrespeito aos usuários fizeram com que fosse discutida e implantada a PNH, a fim de definir e orientar a política de saúde em suas diversas áreas⁽³⁾.

Para conduzir o trabalho, o ensino médico foi a área escolhida, especificamente o Centro de Ensino e Atenção à Saúde da Comunidade (CEASC-Unifenas BH) foi a entrada do campo de pesquisa; que é referência ao atendimento das especialidades médicas, ampliando os ambientes de ensino-pesquisa-extensão do curso médico. Pretendeu-se avaliar a humanização preconizada pelo SUS ao se considerar a opinião dos usuários como indicador de determinados aspectos da assistência à saúde^(9,10), no cotidiano da prática de atendimento de médicos-professores e estudantes de medicina, em seus diversos aspectos, incluindo a atenção médica, a estrutura local e a habilidade humanística do aluno frente ao paciente.

MÉTODOS

Esta pesquisa integrativa é do tipo transversal, observacional, analítica e não controlada. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CEP/UNIFENAS: CAAE 01563912.6.0000.5143, em 14 de março de 2012) e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada coleta de dados no período de maio a agosto de 2012. A população do estudo foi constituída por uma amostra de 218 usuários do CEASC-Unifenas BH e composta por pacientes adultos com idade superior a 20 anos e atendidos mais de uma vez nesta unidade.

Os membros da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM-Unifenas BH) realizaram entrevistas com esses sujeitos, aos quais foi aplicado um questionário padronizado contendo um total de 16 itens, validados na literatura nacional e adaptados à realidade dessa unidade de atendimento ambulatorial, para se avaliar a satisfação destes usuários a respeito da estrutura do atendimento. O paciente alfabetizado respondeu sozinho e em caso contrário, o entrevistador leu as perguntas pausadamente para que se compreendesse o que estava impresso e pudesse responder sem interferência externa. Foi perguntado sobre os indicadores sociodemográficos; grau de satisfação com a localização, acessibilidade e limpeza; o tempo de acompanhamento; o atendimento da secretaria e portaria, do acadêmico e do médico-professor. O usuário foi também questionado sobre as informações recebidas do seu diagnóstico e tratamento e a necessidade de acompanhante. Avaliou-se o que mais os agradou no local de atendimento além de comparar com o que era recebido no Centro de Saúde de origem.

Construiu-se um banco de dados por meio do programa de computação EpiInfo[®] versão 3.5.4 e análise estatística dos dados pelo SPSS versão 17.0. Para análise dos resultados foram utilizadas distribuições de frequência e o teste do qui-quadrado

com análise do coeficiente de Pearson. Foi definido $p < 0,05$ para relevância estatística.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foi representada por: maioria com idade superior a 60 anos (45%), seguido pela faixa etária entre 41 e 50 anos (25%). As faixas etárias, entre os mais jovens, se mostraram minoria, devido à predominância de pacientes idosos nesse grupo. Em relação ao gênero, houve predomínio de mulheres (68%). No registro do estado civil, 45% dos entrevistados eram casados, seguidos por solteiros (28%), viúvos (17%) e divorciados (9%).

A maioria dos usuários era procedente de regiões próximas ao centro de referência (98%), o que facilitou o retorno de 95% destes à instituição (duas ou mais consultas), quando necessário, trazendo comodidade aos mesmos. Este achado evidencia a importância da proximidade geográfica ao local de atendimento com consequente boa fidelização para o acompanhamento longitudinal. Apenas 2% moravam em outras cidades. Esses dados estão diretamente relacionados com a satisfação dos entrevistados, quesito no qual 91% alegam como 'bom' e 'excelente' a localização. Setenta e três por cento não necessitaram de acompanhante para se deslocar até o local, demonstrando que a população atendida é composta por idosos independentes, o que confirma um novo momento da realidade brasileira.

O estudo avaliou também as instalações físicas do CEASC e o quesito limpeza obteve um escore de 98% de qualidade como 'bom' e 'excelente'. Não houve registro de opiniões negativas.

O atendimento da portaria foi considerado 'bom' e 'excelente' para 87% dos pacientes ('normal' para 10% e 'ruim' para 2%). O mesmo ocorreu com o atendimento da secretaria que foi avaliado positivamente em 91%.

Esse bom nível da satisfação com a porta de entrada do serviço ('cartão de visita') é fundamental para o seguimento e bem-estar dos pacientes e acompanhantes. O ambiente agradável pode amenizar o estresse, o que possibilitaria a adesão não só ao tratamento mas também às consultas de retorno.

Em relação ao domínio 'atendimento' houve necessidade da pesquisa detalhar algumas variáveis. O atendimento realizado pelo aluno de medicina, sob supervisão do professor, foi 'excelente' para 134 pacientes (62%), 30% 'bom', 6% 'normal' e 2% 'ruim'. Esses resultados satisfatórios para a formação de valores éticos do grupo de alunos apontam o caminho direcionado para a medicina humanística. Já o atendimento pelo médico-professor, também foi bem avaliado, sendo que 155 pacientes (71%) consideraram esse atendimento 'excelente', 23% 'bom', 5% 'normal' e 1% 'ruim'. 137 pacientes (63%) souberam responder o nome do seu médico, que reforça o compromisso ético no exercício da dupla tarefa, médico e professor, docência e assistência (Figura 1).

Em destaque, no item *top of mind* do atendimento, a relação interpessoal ('a maneira como é tratado') é mais significativa do que os aspectos da estrutura física (22% vs 5%). A informação sobre o diagnóstico e tratamento é essencial para os usuários, assim, 84% julgaram estar bem informados sobre seu estado de saúde e 92% dos pacientes afirmaram estarem satisfeitos com as informações recebidas (Figura 2).

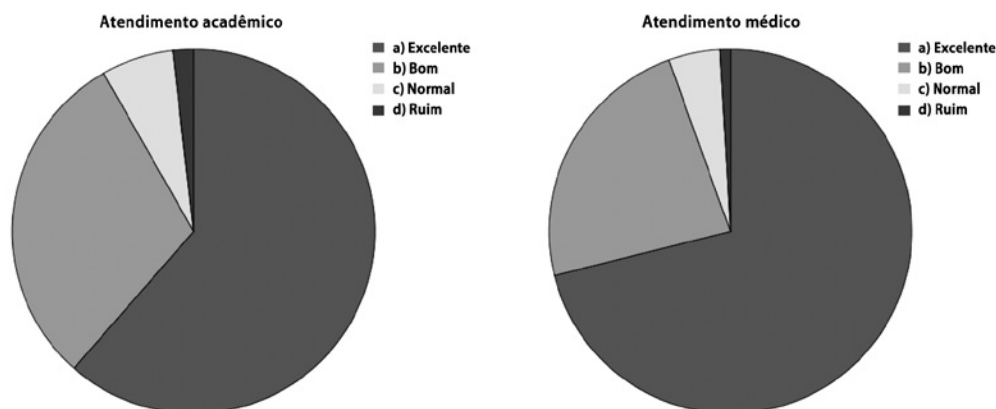


Figura 1. Comparativo entre os atendimentos do aluno e médico-professor de medicina.
Fonte: Pesquisa dos autores (2012).

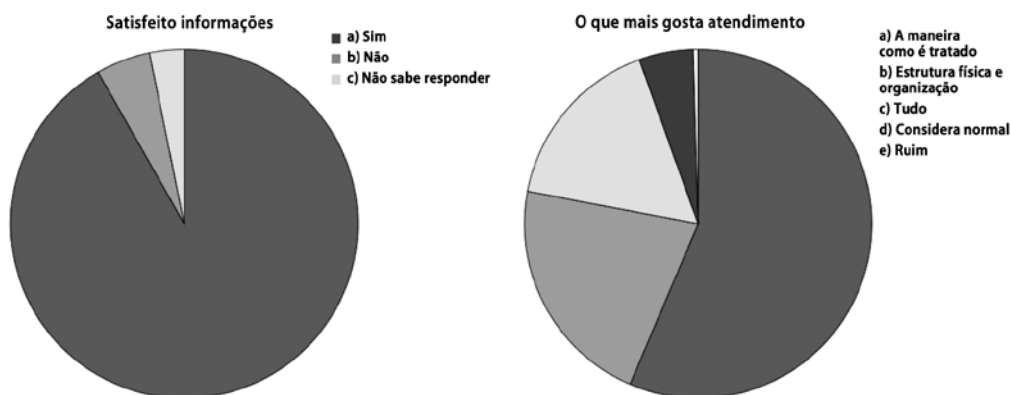


Figura 2. Dados de satisfação das informações e ambiência do CEASC.
Fonte: Pesquisa dos autores (2012).

No cruzamento de dados, houve o interesse em se comparar o atendimento recebido no CEASC-Unifenas BH com o do Centro de Saúde de origem. 65% considerou o ambulatório de referência como ‘excelente’, 25% ‘bom’, 9% ‘normal’ e apenas 1% ‘ruim’. Ao se qualificar esse atendimento, 56% alegava que ‘tudo é agradável’, 22% afirma que é a ‘maneira como os pacientes são tratados’ e 9% considera ‘a estrutura física e a organização’ como pontos positivos. A *satisfação* e *responsividade* fazem parte do arcabouço conceitual de um paradigma de direitos aplicado na área da qualidade da assistência à saúde⁽⁹⁾.

DISCUSSÃO

Percebe-se que a meta dos programas de humanização na saúde é a excelência na prestação de serviços assistenciais, isto corrobora que “o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva”^(3,4). O acolhimento no serviço de saúde oferecido pela atenção especializada ou de referência visa atingir os princípios norteadores da política de humanização, que segundo

o PNH/HumanizaSUS deve ser confortável, com atendimento otimizado e promover uma gestão participativa.

A tendência dos participantes ser do gênero feminino reforça o registro histórico onde as mulheres tem maior comprometimento com os cuidados de saúde. Observou-se também prevalência aumentada de mulheres, mesmo em consultas especializadas, que costumam ser direcionadas mais aos homens, como exemplo em cardiologia. Esse dado sugere que atualmente as mulheres compartilham de doenças antes consideradas relevantes à população masculina. A faixa etária mais expressiva foi superior a 60 anos (45%), fato concordante com a nosologia prevalente, que incide com o avanço da idade. Esses achados marcam o perfil da transição demográfica no Brasil com aumento da expectativa de vida e maior acesso à saúde pública. O contingente de 45% da amostra era casado, que ratifica a importância da existência de um companheiro na perspectiva de se buscar por melhor qualidade de vida.

Ao se fazer triangulação com as propostas de humanização em serviços de saúde, elencadas na revisão bibliográfica, com os resultados obtidos neste estudo, pode-se observar o quanto o centro de referência se aproxima da política de atitudes e ações humanísticas em todas as escalas de atendimento.

A maioria dos usuários cita que a localização geográfica e acessibilidade das instalações, o atendimento prestado por médico-professor e aluno, quanto em outros locais como portaria e recepção, estão em nível ótimo de satisfação. O usuário ter o atendimento realizado por aluno de medicina, supervisionado, bem avaliado significa a possibilidade de receber, futuramente, atenção de competentes médicos tanto técnicos como humanos. Desta forma, a PNH/HumanizaSUS incentiva o contato acadêmico desde cedo com pacientes, oportunizando o conhecimento de como lidar com o ser humano e suas dificuldades e não apenas com a doença. No entanto, em relação ao domínio 'atendimento', os valores de atribuição 'normal' e 'ruim', para alunos (6% vs 2%), professores (5% vs 1%), secretaria (8% vs 1%) e portaria (10% vs 2%), ainda que inexpressivos (em pesquisa de satisfação), devem preocupar de maneira específica os grupos e a instituição. Fazer, refletir e refazer as ações deve ser o cotidiano dos atores sociais – gestores e executores – no processo de atenção à saúde individual e coletiva.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que aferir o grau de satisfação dos usuários de um serviço especializado e das condições físicas do SUS, em sua concretude, obtém-se resultados de qualidade da atenção à saúde. Por fim, o arranjo ensino-assistência da comunidade do CEASC-Unifenas BH é um bom exemplo de como se pode adequar a política pública, em conjunto com a formação do estudante de medicina, para se conduzir a uma cultura humanizada na atenção em saúde. Esse êxito, apesar do fator singularidade, poderia ser, quem sabe, referência de vínculo, humanismo e responsabilidade social em ser seguida por outro serviço universitário de saúde pública.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

José Ricardo de Oliveira, Laís Chaves de Souza, Larissa Figueiredo Carvalho, Gabriella Cristine Rosolem Silva, Arthur Lurago Rissato, Bianca Nogueira Nunes, Ana Luísa Euqueres Ribeiro, Bruna Sobreira Brito e Marcela Luísa Ferreira contribuíram na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2000. [citado 2010 Jul 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf
2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu). 2005;9(17):389-406.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Portal da Saúde/SUS. Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS. Brasília: 2013. [citado 2013 Maio 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28345
5. Martins MC. Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
6. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):561-71.
7. Campos GW. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface (Botucatu). 2005;9(17):398-400.
8. Mota RA, Martins CG, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de Humanização hospitalar. Psicologia em Estudo, Maringá. 2006;11(2):323-30.
9. Vaitsman J, Andrade GR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):599-613.
10. Puccini PT, Cecílio LC. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1342-53.