
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO MIX PÚBLICO-PRIVADO DO SUS DO ESTADO DE MATO GROSSO

User Satisfaction with Hospital Care in Publicprivate mix in Health Care provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) in the State of Mato Grosso

Paulo César de Souza¹, João Henrique G. Scatena²

1. Contador, Doutorando em Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Professor da Universidade do Estado de Mato Grosso

2. Médico, Doutor em Saúde Pública. Professor do Instituto de Saúde Coletiva - UFMT

► **CONTATO:** Av. Dep. Emanuel Pinheiro nº. 1720, Maracanã | Barra do Bugres | Mato Grosso | CEP – 78390-000 | Fone: (65) 3361.1300 | E-mail: paulobb@unemat.com.br

Resumo

A satisfação do paciente é um indicador que pode auxiliar na avaliação da qualidade funcional da assistência hospitalar. Este artigo apresenta os resultados de um estudo multicaso descritivo com abordagem quantitativa realizado em 10 hospitais distribuídos entre públicos, privados e filantrópicos, localizados em três regiões de saúde (Baixada cuiabana, Tangará da Serra e Cáceres) do estado de Mato Grosso. A pesquisa teve como objetivo verificar a satisfação dos pacientes cobertos pelo SUS internados nos hospitais selecionados. Numa análise inicial, tendo em conta todos os hospitais selecionados, segundo o tipo de prestador, a pontuação média dos hospitais privados e filantrópicos foi maior que a dos hospitais públicos. Ao excluir, dentre os públicos, o hospital mais heterogêneo, tendo em conta as diferenças nas condições de operação, a pontuação média dos públicos foi superior aos privados e filantrópicos. Espera-se que o presente estudo possa contribuir com a discussão sobre o mix público-privado na assistência hospitalar do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde, Administração hospitalar, Gestão da qualidade.

Abstract

Patient satisfaction is an indicator that can assist in the evaluation of functional quality in hospital care. This article presents the results of a descriptive multi case study of quantitative approach undertaken in 10 hospitals which were public, private or philanthropic, located in three health regions (Baixada Cuiabana, Tangara da Serra and Cáceres) in the state of Mato Grosso. The research aimed to assess the satisfaction of patients covered under SUS admitted to selected hospitals. In an initial analysis, taking into account all selected hospitals by type of provider, the average scores

of private and philanthropic hospitals were higher than that of public hospitals. When the most heterogeneous among the public hospitals was excluded, taking into account the differences in operating conditions, the average score of public hospitals was higher than that of private and philanthropic ones. It is expected that this study can contribute to the discussion about the public-private mix in SUS's hospital care.

KEYWORDS: Health evaluation, hospital administration, quality management.

Introdução

A assistência hospitalar no âmbito do SUS já alcançou muitas conquistas, no entanto, ainda existem dois grandes desafios: aumento da eficiência e da qualidade¹. Na busca pela melhoria da qualidade é necessário que sejam utilizados indicadores que possibilitem a avaliação da qualidade dos serviços.

Os principais indicadores hospitalares relacionados à qualidade são: taxa bruta de infecções; taxa de cesáreas; taxa de cirurgias desnecessárias; taxa de complicações ou intercorrências; taxa de infecção hospitalar; taxa de mortalidade geral hospitalar; taxa de mortalidade materna hospitalar; taxa de mortalidade operatória; taxa de mortalidade pós-operatória; taxa de mortalidade por anestesia; taxa de mortalidade transoperatória; taxa de remoção de tecidos normais^{2,3}. Na visão de Bittar², a satisfação do paciente ou usuário é classificada como indicador de imagem e não de qualidade.

No entanto, a satisfação do paciente também tem sido utilizada como um indicador de qualidade, embora não seja considerado um bom indicador dos resultados do serviço de saúde, visto que a percepção do paciente é influenciada pelas experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, e seu estado atual de saúde⁴.

Partindo do ponto de vista do usuário, a satisfação tende a ocorrer quando suas necessidades e expectativas são atendidas, tornando-se mais positivas suas percepções se os resultados esperados forem alcançados⁵. Desse modo, quando as expectativas são menores que as percepções, a qualidade percebida é considerada boa; se as expectativas forem iguais às percepções, a qualidade percebida será aceitável; caso as

expectativas forem maiores que as percepções, a qualidade percebida será ruim⁶.

A qualidade dos serviços pode ser classificada como qualidade técnica ou funcional. A qualidade técnica refere-se à exatidão na realização das técnicas, procedimentos e diagnósticos e a qualidade funcional está relacionada à forma como o serviço é entregue ao usuário. Segundo essa visão, a satisfação dos pacientes possibilitaria a avaliação da qualidade funcional do serviço de saúde⁷.

Na prática, a aferição da satisfação do paciente ajuda a verificar suas necessidades e identificar formas melhores de prevê-las e atendê-las. Assim, por meio desse indicador de qualidade é possível identificar e corrigir falhas de processo que podem estar comprometendo a qualidade e consequentemente a satisfação do paciente⁸.

Diante da importância desse indicador na avaliação da qualidade funcional da assistência hospitalar, este trabalho se propôs a verificar a satisfação dos pacientes que utilizam a assistência hospitalar do SUS prestada pelo *mix* público-privado no estado de Mato Grosso.

Qualidade em Hospitais

Ao analisar qualidade no âmbito da assistência hospitalar, é interessante volver o olhar para as principais iniciativas de âmbito nacional e internacional, promovendo assim um retrospecto dessas ações, dada a sua importância quando se trata desse tema.

Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi quem primeiro se dedicou de maneira sistemática a estudar e a publicar sobre

a qualidade nos serviços de saúde. Donabedian desenvolveu um quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, partindo da tríade estrutura, processo e resultado. Essa tríade é oriunda da Teoria Geral de Sistemas correspondendo a: *input-process-output*⁹.

Segundo este autor, preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características estáveis dos prestadores do serviço, aos instrumentos e recursos, assim como às condições físicas e organizacionais; o “processo” seria o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio¹⁰.

Numa primeira classificação, Donabedian atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação do serviço ocorre^{11,12}.

Propondo outro modelo, Donabedian¹³ ampliou o conceito de qualidade, aplicando o que chamou de “sete pilares da qualidade”, os quais são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Donald Berwick, pediatra americano, relacionou-se com a qualidade na saúde quando de sua participação do Plano de Demonstração Nacional – PDN (*National Demonstration Project - NDP*). Publicou um livro adaptando os conceitos da administração da qualidade da área industrial para a saúde, bem como apresentando exemplos práticos da aplicação das ferramentas da qualidade. Em seu livro, apresenta 10 (dez) princípios aplicáveis à administração da qualidade na área da saúde, os quais são: 1) o trabalho produtivo é realizado através de processos; 2) relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade; 3) a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos; 4) a má qualidade é cara; 5) a compreensão da variabilidade dos processos é

a chave para melhorar a qualidade; 6) o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos; 7) a abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico; 8) o envolvimento total do empregado é crucial; 9) estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter melhoria da qualidade; 10) a administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade³⁰.

Contribuindo para a teoria relacionada à qualidade na saúde, o Instituto de Medicina dos EUA publicou o trabalho *Crossing the Quality Chasm* (Transpondo o abismo da qualidade). Na abordagem desse Instituto¹⁴, consideram-se seis dimensões da qualidade da atenção:

Segurança dos pacientes: evitar danos aos pacientes por parte dos serviços cujo propósito é ajudá-los;

Efetividade: proporcionar serviços pautados no conhecimento científico e evitar proporcioná-los àqueles que provavelmente não se beneficiariam deles;

Cuidados centrados nos pacientes: proporcionar cuidados que respeitem e correspondam às preferências, necessidades e valores dos pacientes individualmente e assegurar que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas;

Adequação no tempo: reduzir as demoras às vezes prejudiciais tanto para os beneficiados como para os fornecedores dos serviços;

Eficiência: evitar desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

Equidade: prover cuidados que não variem em qualidade em virtude de características pessoais, tais como gênero, grupo étnico, naturalidade ou status socioeconômico.

A qualidade da atenção hospitalar sempre esteve em lugar de destaque, já que as primeiras iniciativas internacionais em relação à qualidade em saúde concentraram-se nos hospitais. Embora haja tal preocupação também no Brasil, são poucas as

iniciativas voltadas para a avaliação e melhoria da qualidade da assistência hospitalar¹⁵.

Praticamente todos os documentos do poder público brasileiro dos últimos 15 anos, relacionados às políticas de saúde, têm reconhecido a necessidade de melhoria na qualidade dos hospitais, porém, apresentando na prática poucas iniciativas nesse sentido. Um bom número de hospitais tem desenvolvido iniciativas de melhoria da qualidade, seja no hospital como um todo ou em setores específicos, no entanto, estima-se que apenas 2% dos hospitais brasileiros já estabeleceram programas contínuos de aperfeiçoamento da qualidade que envolvesse toda a organização. Percebe-se que as iniciativas são voluntárias, carecendo de políticas nacionais voltadas para a qualidade em hospitais, estabelecendo mecanismos de responsabilização, a fim de promover a melhoria da qualidade no sistema como um todo¹⁵.

Embora não existam iniciativas amplas, com o envolvimento em massa de todos os hospitais, as iniciativas existem, havendo a necessidade de ser analisadas. Assim, faz-se necessário um retrospecto das iniciativas existentes até os dias atuais, a fim de destacar sua importância¹⁵.

Sabe-se, com relativa certeza, que o primeiro estudo brasileiro visando melhorar a qualidade hospitalar foi realizado por Odair Pedrosa em 1935. Ele elaborou uma “ficha de inquérito hospitalar” para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, a qual foi substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, atualmente extinto¹⁶.

No ano de 1951, aconteceu em São Paulo o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões. Neste evento, foram discutidos e estabelecidos os primeiros padrões mínimos para o centro cirúrgico, sendo estudados ainda aspectos relacionados à planta física e organização desse setor hospitalar. Além disso, também foram estabelecidos os componentes do prontuário médico e outras normas gerais necessárias ao bom funcionamento dos hospitais¹⁷.

Outro fato marcante em relação à qualidade hospitalar no país foi a criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) do Ministério da

Educação e Saúde em 1941. Essa divisão tinha por função coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas de assistência à saúde no país¹⁸.

Em 1966, houve a consolidação dos institutos de previdência, surgindo então o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), promovendo no país a expansão da rede de serviços. A partir de então, houve a necessidade de se realizar a classificação dos hospitais do país. No ano de 1968 foram estabelecidas as normas para essa classificação incluindo elementos de natureza estrutural como: planta física, equipamento, utensílio, instalações e administração. Além disso, incluía os prontuários, além de rotinas e instruções escritas dos serviços diagnósticos e terapêuticos. Essa classificação e padronização era requisito para o credenciamento dos hospitais junto ao INPS¹⁹.

Existem outras iniciativas relacionadas à qualidade, seja por parte dos órgãos públicos ou de organizações não governamentais, sendo aqui destacadas: o licenciamento, a certificação e a acreditação.

O licenciamento refere-se à autorização para o funcionamento, mediante verificação dos padrões mínimos. Ele ocorre quando uma autoridade governamental concede a um profissional individual ou a uma organização prestadora de serviços de saúde, a permissão de funcionar. Esse licenciamento objetiva assegurar que o serviço atende aos padrões mínimos de segurança dos pacientes e proteção à saúde das pessoas²⁰. No Brasil, o licenciamento dos serviços de saúde é realizado atualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A certificação é definida como um processo pelo qual um órgão autorizado, seja operadora ou organização governamental ou não governamental, avalia uma organização e reconhece que ela atende a padrões ou critérios predeterminados²⁰.

A acreditação é um processo formal por meio do qual um órgão reconhecido, normalmente uma organização não governamental (ONG), avalia um serviço de saúde e verifica se este cumpre critérios aplicáveis, predeterminados e publicados²⁰. Para La Forgia e Couttolenc¹⁵, a distinção entre certificação

e acreditação não é muito clara, visto que em alguns países, a acreditação apresenta-se como uma ferramenta de certificação, o que parece ser aceitável.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade a fim de difundir a cultura da qualidade e acreditação. Este programa estabeleceu a avaliação e certificação dos serviços de saúde como um projeto estratégico para o biênio 97/98. No entanto, o Programa Brasileiro de Acreditação foi lançado oficialmente somente no mês de novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde em Budapeste, sendo ali apresentado o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. Esse forte movimento visando a criação do Sistema Brasileiro de Acreditação culminou com a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA), em maio de 1999²¹.

Existem evidências de que os programas de acreditação contribuem para o aperfeiçoamento da qualidade dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade dos serviços médicos. No entanto, a grande dificuldade é que, em virtude da acreditação não ser um processo obrigatório, é relativamente pequeno o número de hospitais acreditados no país¹⁵.

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde lançou diversos programas inovadores voltados à melhoria da qualidade nos hospitais financiados pelo SUS, mas muitos deles encerraram-se com pouco tempo de funcionamento, os quais são: Programa de Centros Colaboradores, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, Cartas de Usuários e Disque Saúde. Mesmo diante da necessidade constante de melhoria na qualidade da assistência à saúde, as autoridades nacionais de saúde não têm desenvolvido esforços coerentes e sustentáveis para colocar na agenda as questões relacionadas à qualidade¹⁵.

Metodologia

Este trabalho caracteriza-se como um estudo multicaso descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em dez hospitais distribuídos entre públicos (4), privados (3) e filantrópicos (3), localizados em três das 16 regiões de saúde constituídas no Estado de Mato Grosso. Os hospitais-caso, todos vinculados ao SUS, representam 8% dos hospitais mato-grossenses e quase 18% dos leitos vinculados a esse sistema. Quanto ao porte, considerando os leitos totais, os hospitais são bastante ecléticos. Quatro estão localizados na Baixada Cuiabana, sendo destes, dois de grande porte e dois de médio porte. Mais quatro hospitais estão localizados na região de Tangará da Serra, sendo três de pequeno porte e um de médio porte. Os outros dois restantes são de médio porte e estão localizados na região de Cáceres.

Os dados para a pesquisa foram coletados durante o segundo semestre de 2012 utilizando como instrumento de coleta de dados o questionário para pesquisa de satisfação dos usuários do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)²². Os itens que compõem o questionário são apresentados na Tabela 2. Ressalta-se que o questionário foi aplicado apenas para pacientes SUS, ou seja, nos hospitais contratados, apenas os pacientes SUS foram entrevistados. Neste questionário, cada item poderia ser pontuado com um valor que varia de -2 a +2, de modo que, dependendo da opinião dos usuários, seria possível um hospital receber pontuação negativa. Quanto à amostra investigada, foi aplicada a metodologia utilizada para o PNASS²², a qual estabeleceu o cálculo amostral utilizando como base o número de atendimentos médios por dia no serviço de saúde (internação). Assim, por meio da utilização dos arquivos reduzidos das internações hospitalares do SIH-SUS, os quais foram tabulados utilizando o *software Tabwin* para *Windows*, foi obtida a quantidade de internações no ano de 2011, e calculada a amostra, a qual resultou num total de 100 pacientes distribuídos em diferentes quantidades entre os dez hospitais. É importante destacar que os pacientes entrevistados

foram selecionados por sorteio entre todos os que estavam internados há pelo menos 24 horas.

Os dados obtidos foram tabulados e a pontuação obtida foi analisada em número absolutos, média e também quanto ao percentual de pontos obtidos diante dos pontos possíveis. Para realizar a tabulação e processamento dos dados foi utilizado o *software* livre Epidata 3.1 e *Microsoft excel*.

Ressalta-se que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo parecer favorável sob número 45.667 de 27/06/2012 e os procedimentos realizados obedeceram aos termos estabelecidos no documento de autorização da pesquisa emitido pela direção de cada hospital. Dentre esses termos está a não divulgação do nome do hospital, mas a utilização apenas de identificação numérica aleatória. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e quando

dispostos a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os dados levantados são apresentados de forma a demonstrar o perfil dos usuários, a média obtida por hospital em cada item do questionário e a nota média em percentual obtida por hospital de forma geral e de acordo com a natureza jurídica.

A Tabela 1 revela que há maior número de pacientes na faixa etária de 40 anos ou mais, independentemente da natureza do hospital: público (74,0%), privado (72,2%) ou filantrópico (75%). Outra faixa etária que concentra um grande número de pacientes é entre 21 e 40 anos, nos hospitais privados (61,1%) e filantrópicos (40,6%), enquanto nos hospitais públicos a concentração maior está na faixa etária dos idosos (28,0%).

Tabela 1. Perfil dos usuários entrevistados, segundo natureza jurídica dos hospitais por eles utilizados, Mato Grosso, 2012.

Variáveis	Público		Privado		Filantrópico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade								
< 10	5	10,0	1	5,6	5	15,6	11	11,0
10 a 20	8	16,0	4	22,2	3	9,4	15	15,0
21 a 40	10	20,0	11	61,1	13	40,6	34	34,0
41 a 60	13	26,0	2	11,1	7	21,9	22	22,0
> 60	14	28,0	-	-	4	12,5	18	18,0
Especialidade								
Cirúrgica	26	52,0	3	16,7	7	21,9	36	36,0
Obstétrica	-	-	6	33,3	4	12,5	10	10,0
Médica	20	40,0	7	38,9	14	43,8	41	41,0
Pediatria	4	8,0	2	11,1	7	21,9	13	13,0
Sexo								
Feminino	24	48,0	4	22,2	12	37,5	40	40,0
Masculino	26	52,0	14	77,8	20	62,5	60	60,0
Escolaridade								
Analfabeto	12	24,0	2	11,1	9	28,1	23	23,0
Básico	13	26,0	3	16,7	7	21,9	23	23,0
Fundamental	12	24,0	6	33,3	6	18,8	24	24,0
Médio	10	20,0	6	33,3	7	21,9	23	23,0
Superior	2	4,0	1	5,6	3	9,4	6	6,0
Pós-graduação	1	2,0	-	-	-	-	1	1,0

Quanto aos pacientes idosos, é importante ressaltar que é nessa faixa etária que ocorre com mais frequência os casos crônicos que se enquadram no padrão da morbidade hospitalar do

estado de Mato Grosso e que geram altos custos para o SUS. Ressalta-se que os dados do SIH-SUS27 evidenciam esse padrão da morbidade indicando que no ano de 2011, 30,15% dos gastos do SUS

com internações foram para atender pacientes com doenças do aparelho circulatório e respiratório, doenças que muitas vezes são crônicas e atingem preferencialmente pessoas de idade avançada.

A concentração de usuários mais jovens nos hospitais privados indica que é possível que a iniciativa privada no SUS, de alguma forma, tenha mecanismos de selecionar a clientela de sua preferência (jovens e/ou por motivos que gerem procedimentos mais lucrativos), de modo que os pacientes idosos e/ou com doenças crônicas sejam encaminhados aos hospitais públicos e filantrópicos do SUS. Além disso, há o sempre crescente aumento de planos empresariais, que visam, por parte das empresas, garantir a mão de obra, e para as operadoras de “saúde”, significa a ampliação do mercado em uma parcela com pouco risco para doenças de alto custo como o câncer, AVC, IAM e utilização de UTI.

Quanto às especialidades médicas, nos hospitais públicos predominaram as internações na clínica cirúrgica (52%) e clínica médica (40%). Esta última também foi a clínica mais representada nos hospitais privados (38,9%) e filantrópicos (43,8%).

Em todos os hospitais houve o predomínio do sexo feminino, ou seja, nos públicos (52%), privados (77,8%) e filantrópicos (62,5%). É possível que o predomínio do sexo feminino observado deva-

se ao fato de dois daqueles hospitais prestarem atendimento referenciado a gestantes.

Em relação à escolaridade, os hospitais apresentam uma composição semelhante de usuários. No entanto, vale ressaltar a existência de quantidade menor de analfabetos internados nos hospitais privados, certa superioridade no número daqueles que possuíam nível superior nos filantrópicos e um único usuário que possuía pós-graduação internado em hospital público. Ainda que se trate de uma amostra, tal achado evidencia que os serviços providos pelo setor público, diferentemente do que muitos concebem, ainda que contrariamente aos princípios do SUS, não devem ser somente para os menos favorecidos, mas para todos.

Antes de verificar a pontuação aferida a cada hospital no quesito satisfação do usuário, é interessante visualizar a pontuação média obtida em cada item do questionário utilizado, tendo em conta a natureza jurídica do hospital (Tabela 2).

Conforme já destacado na metodologia, cada item poderia ser pontuado com um valor que varia de -2 a +2, de modo que os valores apresentados na Tabela 2 referem-se a essa pontuação média obtida, podendo, dessa forma, aparecer valores negativos também. Em virtude do grande número de itens (16), optou-se por destacar apenas alguns deles, além da média geral.

Tabela 2. Pontuação média obtida por item do questionário, segundo a natureza jurídica dos hospitais, Mato Grosso, 2012.

Variáveis	Público	Privado	Filantrópico
Tempo para ser atendido no serviço	0,62	1,06	0,69
Atenção dispensada pela equipe	1,08	1,11	1,09
Conforto dos ambientes	0,90	1,39	0,88
Sinalização dos ambientes	0,64	1,00	0,38
Confiança na equipe de saúde	0,72	1,89	1,31
Condições das roupas fornecidas	1,08	1,78	1,69
Sobre a alimentação fornecida	0,94	1,06	0,69
Esclarecimentos sobre o estado de saúde	0,84	1,00	1,00
Sabe o nome do profissional que atendeu	0,80	0,89	0,75
Sabe onde reclamar, se necessário	0,16	1,56	0,63
Quanto ao tempo de permanência da visita	0,24	-0,67	-0,50
Alimentação para o acompanhante	0,12	-0,50	0,06
Acomodações satisfatórias (acompanhante)	0,28	1,33	0,63
Gostaria de escolher livremente acompanhante	1,20	1,67	1,56
Pagou por algum procedimento recebido	1,92	2,00	1,63
Como considera o estabelecimento	0,64	1,28	0,84
Média geral	0,76	1,11	0,83

Em relação ao *tempo para ser atendido no serviço*, os hospitais privados obtiveram uma pontuação maior (1,06) em comparação com os públicos (0,62) e os filantrópicos (0,69). Numa pesquisa realizada para verificar os fatores associados à satisfação de pacientes de seis ambulatórios de fisioterapia em Jequié, na Bahia, Brito et al.²³ verificaram que a proporção de usuários insatisfeitos era 65% maior entre aqueles que esperaram mais de 15 dias para serem atendidos. Desse modo, ainda que a questão da natureza jurídica do prestador não tenha sido considerada nesse estudo, há uma evidência de que o tempo de espera é fator importante no que se refere à satisfação do usuário.

Chama a atenção também o item que avalia o *conforto dos ambientes*, condição que os hospitais privados apresentaram a melhor pontuação (1,39) diante de 0,90 dos públicos e 0,88 dos filantrópicos.

No item *confiança na equipe de saúde* novamente percebe-se resultado ruim para os públicos (0,72), bom para os privados (1,89) e razoável para os filantrópicos (1,31). É possível que essa pontuação seja também influenciada por um marketing negativo do SUS, feito constantemente pelos meios de comunicação ao apresentar erros de profissionais e outros pontos negativos encontrados no SUS, ainda que muitos desses pontos negativos não existam somente no SUS. Quanto aos profissionais médicos, por exemplo, é importante ressaltar que nos hospitais ligados ao SUS quase 100% deles atendem tanto no SUS como fora dele.

Esse marketing negativo citado acima pode ter grande influência na percepção dos usuários quanto aos serviços prestados, podendo criar uma tendência inconsciente de avaliar mal os serviços públicos. Isso é demonstrado claramente no estudo de Goldstein²⁶, que mostrou a influência do inconsciente na avaliação de produtos, apenas por serem mais caros.

Quanto ao *tempo de permanência da visita*, que é um aspecto da humanização da atenção, os hospitais públicos apresentam a melhor pontuação (0,24), mesmo que muito baixa em relação ao máximo possível, mas superior à dos hospitais filantrópicos (-0,50) e privados (-0,67), que apresentam pontuação negativa indicando que a situação está entre ruim ou muito ruim.

Quando perguntado se o paciente *pagou por algum procedimento*, os hospitais privados receberam pontuação máxima (2,0), ou seja, não cobraram nada pelo atendimento aos usuários. No entanto, nos hospitais públicos (1,92) e filantrópicos (1,63) alguns dos pacientes SUS responderam que “pagaram”, em virtude de não terem recebido gratuitamente tudo o que necessitavam durante a internação, sendo-lhes informado em algumas situações que se quisessem receber a medicação prescrita teriam que comprá-la. Essa é uma ocorrência possível em virtude da escassez de recursos e da burocracia que envolve o processo de compra, principalmente em hospitais públicos.

A média da pontuação de cada natureza jurídica nos dá um vislumbre do resultado geral,

Tabela 3. Pontuação obtida por cada hospital selecionado na pesquisa de satisfação dos usuários, Mato Grosso, 2012.

Variáveis	Público	Privado	Filantrópico
Hospital 1			12,6
Hospital 2	2,8		
Hospital 3	17,7		
Hospital 4			12,3
Hospital 5			20,3
Hospital 6	17,6		
Hospital 7		20,4	
Hospital 8		16,4	
Hospital 9	17,1		
Hospital 10		13,5	
Média geral	0,76	16,8	15,0

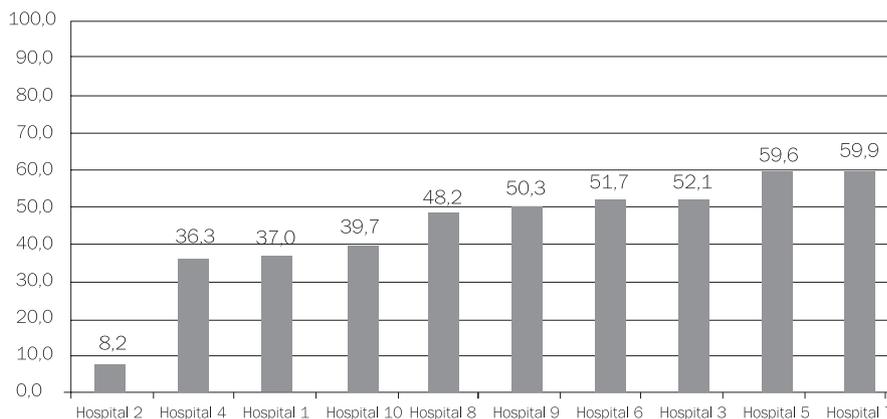
como mostra a Tabela 3. Nos hospitais privados os usuários apresentaram maior nível de satisfação (1,11 / 55,5%) e, embora isso represente apenas um pouco mais da metade da pontuação máxima possível, é superior ao que foi constatado entre os usuários de hospitais filantrópicos (0,83 / 41,5%) e públicos (0,76 / 38%).

Já quando se analisa a pesquisa de satisfação dos usuários por hospital investigado, é possível perceber uma grande variação na pontuação obtida (Tabela 3). Convém ressaltar que a pontuação

poderia variar de -34 a +34, visto que entre os 16 itens, um deles se subdividia em dois.

Os hospitais em que os usuários estavam mais satisfeitos foram os hospitais 7 (20,4) e 5 (20,3), com outros três seguindo-os com pontuações próximas: 3 (17,7), 6 (17,6) e 9 (17,1). Conforme destacado, o grau de satisfação ainda está longe do máximo (34), o que pode ser visualizado melhor na Figura 1. Ressalta-se que nesta figura o grau de satisfação é demonstrado em percentual tendo por base (100%) a pontuação máxima possível (34 pontos).

Figura 1. Pontuação obtida na pesquisa de satisfação dos usuários dos hospitais selecionados, em percentual, Mato Grosso, 2012.



Nesta figura, observa-se que apenas os hospitais 5 e 7 alcançaram praticamente 60% de satisfação dos usuários, com quatro outros na faixa de 50% (3, 6, 9 e 8). O pior nível de satisfação foi encontrado no hospital 2 (8,2%), seguido por pontuações um pouco melhores nos hospitais 4 (36,3%), 1 (37,0%) e 10 (39,7%).

A pontuação média de satisfação apresentada na Tabela 3 repete o que já tinha sido verificado na análise dos itens do questionário, ou seja, maior grau de satisfação nos hospitais privados (16,8), seguido dos filantrópicos (15,0) e aparecendo em último os públicos (13,8), no entanto, caso o hospital 2 fosse considerado um *outlier*, esse resultado seria diferente, conforme será demonstrado adiante.

Tendo em conta a natureza jurídica e também o modelo de gestão, percebe-se que o hospital que apresentou melhor grau de satisfação (7) é privado e o que aparece em segundo lugar (5) é filantrópico. Assim, é possível que estes hospitais tenham se dedicado a prestar um atendimento buscando provocar no usuário um sentimento de satisfação, requisito importante no meio privado da saúde, mas que também o deveria ser entre os prestadores públicos do SUS, haja vista a importância da humanização da atenção para o tratamento e a recuperação do usuário, tão divulgada e incentivada por esse sistema²⁴.

Três dos hospitais que estão na faixa dos 50% de satisfação (9, 6 e 3) são respectivamente

públicos sob gestão direta e os outros dois são públicos sob gestão OSS.

Já o pior grau de satisfação (8,2%) foi encontrado num hospital público sob gestão direta o qual merece destaque pela diferença expressiva em relação aos demais, sendo seguido por outros três com níveis melhores de satisfação: o hospital 4 (36,3%) que é filantrópico, o hospital 1 (37,0%), também filantrópico e o hospital 10 (39,7%) de natureza privada.

Interessante notar que os dois hospitais que apresentam maior nível de satisfação dos usuários não são grandes hospitais que atendem demanda referenciada de quase todo o estado, mas hospitais de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 50 leitos. Assim, percebe-se que nem sempre os maiores hospitais são aqueles que atendem mais adequadamente às necessidades do paciente, sob sua ótica, obviamente.

É importante destacar que o hospital 2 prejudicou significativamente a média dos hospitais públicos, ou seja, caso a seleção dos hospitais houvesse sido realizada por amostragem estatística, ele seria considerado um *outlier*. Assim, sem o hospital 2, a média dos públicos que é atualmente 13,8 subiria para 17,5, ou seja, acima da média dos privados (16,8) e dos filantrópicos (15,0).

Isso levanta uma questão importante: o que explicaria essa diferença expressiva na pontuação do hospital 2 quanto à satisfação dos pacientes? Os dados que poderiam contribuir com a resposta a esta questão transcendem a abordagem quantitativa, sendo necessário conhecer as condições de operação desse hospital a fim de visualizar o cenário de sua atuação.

Essa unidade é um hospital e pronto-socorro público municipal que presta atendimento de urgência e emergência para a sua cidade e diversos outros municípios do estado. Em função da excessiva concentração dos serviços de assistência hospitalar na região da Baixada Cuiabana, fruto do modo como está (des)organizado o sistema de saúde, conforme mostra Souza²⁸, esse hospital opera muitas vezes com superlotação, além de sofrer os efeitos do subfinanciamento do SUS. Para agravar

a situação, houve também a suspensão do repasse dos recursos por parte do estado de Mato Grosso durante o ano de 2012 (ano da coleta de dados desta pesquisa), possivelmente motivado pelo interesse político do então gestor da SES/MT em assumir a gestão desse e outros hospitais públicos a fim de transferi-la para as Organizações Sociais de Saúde. No ano de 2012, o repasse de cerca de 7 milhões atrasados, destinados aos atendimentos de urgência e emergência, somente foram realizados mediante determinação da justiça²⁹.

Assim, esse hospital opera com condições bastante diferenciadas dos outros públicos em relação ao modo de funcionamento (portas abertas), perfil dos pacientes (média e alta complexidade), financiamento (tabela SUS), autonomia (restrita), tempo de uso (velho), ambiente político (desfavorável).

Ressalta-se que os fatores relatados acima podem ter impactado negativamente a satisfação. O fato desse hospital ter muito tempo de uso, com acomodações e estrutura frequentemente sem a adequada conservação, o coloca em desvantagem em relação a um hospital novo e recém-inaugurado, no que tange à impressão causada nos pacientes quanto à sua satisfação.

Mesmo diante dos limites no resultado dessa pesquisa e nas limitações quanto ao uso da pesquisa de satisfação como um indicador de qualidade, o Ministério da Saúde, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001²⁵, já recomendava a utilização de pesquisa de satisfação, que considerasse a acessibilidade, a integralidade da atenção e a resolutividade como forma de avaliar a qualidade dos serviços prestados.

Considerações finais

Esta pesquisa traz uma contribuição para a discussão relacionada ao *mix* público-privado no SUS. A ideia em geral é que nos hospitais da iniciativa privada o usuário tem mais qualidade nos serviços. Embora, como já ressaltado, a satisfação dos usuários expresse apenas uma faceta da qualidade do serviço, essa ideia geral recebe aqui mais um

apoio, pois na média geral das pontuações, assim como na classificação por hospital, os hospitais privados se destacam como aqueles que receberam a melhor avaliação por parte dos pacientes.

Esse resultado ter ocorrido por dois fatores destacados nesta pesquisa: a mídia negativa do público pode estar influenciando inconscientemente a percepção do usuário; a diferença nas condições de operação que poderiam fazer dele um *outlier* de modo que, conforme demonstrado, caso ele fosse excluído, a pontuação média dos públicos seria maior que a obtida pelos privados e filantrópicos.

Também é importante destacar que essa pesquisa não se propôs a estabelecer inferência com os seus resultados, visto que foram estudados casos múltiplos, sem obedecer aos critérios estatísticos para a obtenção de amostras que representem o todo. Assim, os resultados encontrados não podem ser aplicados a toda a assistência hospitalar do SUS no estado de Mato Grosso, mas apenas ao grupo de hospitais-caso estudados.

Há ainda uma ressalva importante a ser feita. Ao longo da pesquisa que deu origem a este artigo, verificou-se que no estado de Mato Grosso as regiões periféricas de saúde têm uma excessiva dependência da região central, em virtude da insuficiência de leitos e da má distribuição dos recursos. Assim, é possível que os grandes hospitais da região central do estado, dos quais dois fazem parte desta pesquisa (hospitais 1 e 2), sejam penalizados, em virtude da má organização do sistema, fator que foge à sua governabilidade.

Mesmo diante das limitações, os dados mostram que no âmbito do SUS ainda prevalece o desafio da melhoria da qualidade. Isso pode ser visualizado no baixo índice de satisfação dos usuários, principalmente em relação aos hospitais públicos, os quais aparecem sempre entre aqueles que têm os menores índices. Assim, recomendam-se novos estudos dessa natureza utilizando amostra com base estatística que seja capaz de gerar resultados que representem o todo, a fim de prover uma visão geral da satisfação dos usuários da assistência hospitalar do SUS no estado de Mato Grosso.

Uma limitação encontrada na discussão dos resultados desse trabalho foi a ausência de outras pesquisas publicadas que tenham utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados e que tenham como foco o *mix* público-privado na assistência hospitalar do SUS. Desse modo, este trabalho ressalta-se pela sua abordagem inovadora e espera-se trazer uma contribuição significativa para o tema.

Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 1a ed. Brasília: CONASS; 2006.
2. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev de Admin em Saúde. 2008; 10(40).
3. Kluck M. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. 2011 [citado em 2011 Ago 12]. Disponível em: <http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>.
4. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite, MLC.; Cherchiglia, ML, Santos, MA. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad de Saúde Públ. RJ, 6(1): 50-61 jan/mar, 1990.
5. Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. Rev Esc Enferm. USP. 44(1):147-53, 2010.
6. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry LL. Delivering service quality: balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press; 1990.
7. Gronroos CA. Service quality model and its marketing implications. Eur J Mark. 1984; 18(4):36-44.
8. Rigby DK. Quem tem medo das ferramentas gerenciais? HSM management, 19(2):122-130, 2000.
9. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Volume 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 (Série Saúde & Cidadania).
10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessments. (Explorations in

- Quality Assessment and Monitoring, v.1). Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
11. Vieira da Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(1):80-91.
 12. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance, *QRB*. 1992; 18:356-360.
 13. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11): 1115-8.
 14. IOM (Institute of Medicine). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
 15. La Forgia G, Couttolenc, BF. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular; 2009.
 16. Emídio LF. *Gestão da qualidade dos processos assistenciais e acreditação hospitalar*. [Dissertação de mestrado] Universidade Católica de Brasília; 2009.
 17. Carvalho LF. Padrões mínimos de organização de hospitais. *Rev Paul Hosp* 1973; 21(3):107.
 18. Treviso P, Brandão FH, Saitovitch D. Construção de indicadores em serviços de saúde. *Rev de Admin em Saúde*. São Paulo, 2009; 11(45).
 19. Schiesari, LMC, Kisil MA avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Rev de Admin em Saúde*. São Paulo, 2003; 5(18).
 20. Rooney AL, Ostemberg PRV. *Licensure, accreditation, na certification: approaches to health services quality*. Quality Assurance Project. Bethesda: MD; 1999.
 21. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões de acreditação. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(2):213-9.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAS*. Brasília, DF, 2004.
 23. Brito TA, Jesus CS, Fernandes MH. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. *Rev Baiana de Saúde Públ*. 2012; 36(2).
 24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção. *Cadernos HumanizaSUS Vol. 1*. Brasília, DF; 2010. [citado em 2013 Ago 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
 25. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS-01/2001). Brasília, DF; 2001.
 26. Goldstein R, Almenberg J, Dreber A, Emerson JW, Herschkowitsch A, Katz J. Do More Expensive Wines Taste Better? Evidence from a Large Sample of Blind Tastings. *Journal of Wine Economics*. Spring 2008; 3(1):1-9.
 27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Assistência à saúde. Internações hospitalares. Brasília, 2012g. [citado em 2012 Jun 27]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/sx>
 28. Souza PC. *Avaliação da qualidade e eficiência da assistência hospitalar em 10 hospitais do SUS no estado de Mato Grosso*. [Tese de Doutorado]. Cuiabá: UFMT; 2014.
 29. JUSBRASIL. Cuiabá e Várzea Grande recebem repasse no valor de R\$ 12,3 milhões para a saúde, após ação do MPE. Cuiabá; 2012a [citado em 2013 Dez 09] Disponível em: <http://nota-dez.jusbrasil.com.br/noticias/100132765/mpmt-cuiaba-e-varzea-grande-recebem-repasse-no-valor-de-r-12-3-milhoes-para-a-saude-apos-acao-do-mpe>.
 30. Berwick D. *Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo, Makron; 1991.