Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel – Luanda, Angola"

por

Emílio Domingos Chíndia

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Eliane Hollanda de Carvalho

Rio de Janeiro, setembro de 2011.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel - Luanda, Angola"

apresentada por

Emílio Domingos Chíndia

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Eliane Portes Vargas

Prof.ª Dr.ª Jeni Vaitsman

Prof.ª Dr.ª Eliane Hollanda de Carvalho – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 13 de setembro de 2011.

Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz

Biblioteca de Saúde Pública

C539 Chíndia, Emilío Domingos

Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel - Luanda, Angola / Emílio Domingos Chíndia. – Rio de Janeiro: s. n., 2012.

75 p.: il., tab.

Orientador: Carvalho, Eliane Hollanda

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Satisfação do paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Hospitais Federais. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Entrevistas. 6. Angola. I. Título.

CDD - 20.ed. – 363.119673

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2011.

Emílio Domingos Chíndia

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000-230085
E-mail: secasp@ensp.fiocruz.br Homepage: http://www.ensp.fiocruz.br

Dedico este trabalho

Aos meus pais Domingos Chíndia e Adelina Bumba pelo amor, carinho e incentivo.

‘In memorian- Chíndia Chingumbe, mãe Ñgula, meu avô a quem dedico em especial essa obra, falecido cerca de 1952’.

À minha esposa Anastácia Balato e meus filhos Sediftch, Carmen, Domingos, Janeth, Ivanise e Helton pelos momentos de ausência faltando-lhes amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

DEUS
Nós não seriamos nada sem o criador do Céu e da Terra.

À Professora Doutora Eliane Hollanda, minha orientadora pelo apoio, compreensão, incentivo, amizade e ensinamentos específicos levando-me ao crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Sandra Aparecida Venancio de Siqueira, pelas importantes contribuições na realização desta obra.

À Direcção da ENSP, área de posgraduação e cooperação internacional, e a coordenação do mestrado de Angola pelo exforço empreendido para finalização deste curso.

À todos os professores que se deslocaram à Angola para transmissão de experiências e conhecimentos científicos.

À todos os funcionários da biblioteca da ENSP pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

Aos funcionarios da secretaria do Departamento de Ciencias Sociais da ENSP pelo apoio na impressão de material da dissertação.

A Direcção do Ministério da Saúde da República de Angola pelo apoio, incentivo e autorização na deslocação ao Brasil para qualificação e defesa da dissertação.

À Direcção do Hospital Josina Machel, pela autorização para realização do estudo naquela instituição e pela compreensão nos períodos de ausência no local de serviço para o Brasil na qualificação e defesa deste trabalho.

À Doutora Adelina Nobre de Melo Maurício, pelo apoio e disponibilidade de envio por e-mail, material de consulta na fase deradeira deste trabalho.

Ao senhor Hélder Indefeito Miguel pelo envio de material de consulta por e-mail na elaboração desta obra.

A minha profunda gratidão à todos que directa ou indirectamente contribuiram para que o sonho de ontem torne-se realidade hoje.

Muito obrigado.

“O Senhor é meu pastor, nada me faltará…”

(Salmo 22, 23)

RESUMO

Este estudo, de carácter descritivo e exploratório, analisou aspectos da satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel em Luanda, Angola. Foram entrevistados oito mulheres e seis homens, além de um supervisor de consultas externas. Os usuários, com idade ≥ a 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou, de alguma forma, validaram seu acordo com o termo Os critérios de seleção incluíram: ter frequentado pelo menos 2 vezes o HJM – serviço de consultas externas no último ano e achar-se em tratamento. A idade dos respondentes variou entre 19 e 60 anos. A escolaridade mínima foi a 8ª classe, enquanto a máxima foi a 12ª classe. Um dos entrevistados não possuia qualquer escolaridade formal. Doze são funcionários públicos e dois não têm vínculo laboral. O número de agregados familiares (residentes no mesmo domicílio, além do entrevistado) variou de 4 à 12 pessoas. A média salarial da família da maioria dos entrevistados variou entre 30.000.00 Akz (Kwanzas) à 100.000.00 Akz (U$ 300 e U$1000). Foram entrevistados usuários das consultas de cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, medicina interna, oftalmologia, e ortopedia nos meses de Junho e Julho de 2011. A satisfação dos usuários foi analisada dentro das dimensões *Agilidade, Dignidade, Instalações e Comparticipação* (co-pagamento). Os usuários mostraram sua insatisfação por longos períodos de espera para a consulta, burocracia no processo de tramitação das fichas de atendimento, a falta (falha) de água corrente no hospital, a comparticipação nos custos com saúde bem como ineficientes mecanismos gerais de acolhimento. Por outro lado manifestaram sua satisfação com o atendimento médico.

Palavras-chave: Satisfação do usuário. Estudo exploratório. Avaliação em Saúde

ABSTRACT

This descriptive and exploratory study examined aspects of user satisfaction outpatient Josina Machel Hospital (HJM) in Luanda, Angola. Eight women and six men, and a supervisor of outpatient visits have been interviewed. Users aged ≥ 18 years who agreed to participate, signed a free informed consent or, somehow validated their agreement with the term. The selection criteria included: having attended at least 2 times the HJM - outpatients department in the last year and find themselves in treatment. The age of respondents varied between 19 and 60 years. The minimum education was the 8th grade, while the maximum was Grade 12. One of the interviewed responden did not have any formal schooling. Twelve are civil servants and two have no employment relationship. The number of households (residing in the same household, and the interviewee) ranged from 4 to 12 people. The average monthly salary of the family of the majority of the respondents ranged from 30.000.00 Akz (Kwanza) to Akz 100,000.00 ($ 300 and $ 1000). We interviewed users of cardiology consultations, general surgery, endocrinology, internal medicine, ophthalmology, and orthopedics in the months of June and July 2011. User satisfaction was analyzed within the dimensions of Agility, Dignity, Facilities and Reimbursement (co-payment). Users showed their dissatisfaction by long waiting periods for consultations, bureaucracy in the process of processing of medical records, failure (fail) running water in the hospital, the reimbursement in health care costs, and inefficient mechanisms general reception. On the other hand their satisfaction was expressed with medical care.

Key-word: User's satisfaction. Exploratory study. Assessment in health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Mapa de Angola no Continente Africano…….15

Gráfico 1: Índice de Desenvolvimento Humano em Angola2000-2010…….17

Gráfico 2: Evolução do PIB per capita em Angola 1987-2010……...18

Figura 2: Sistema Nacional de Saúde de Angola……....20

Figura 3: Níveis (Pirâmide) de prestação de cuidados de saúde, Angola……22

Quadro 1: Determinantes/modelos de análise da satisfação do usuário, segundo Sitzia e Wood (1997)……27

Quadro 2: Dimensões de análise no serviço de consultas externas do hospital Josina Machel…….32

Figura 4: Quadro conceitual para abordagem qualitativa……....35

Figura 5:Hospital Josina Machel cerca de 1935……..39

Figura 6: Parte frontal do HJM……....40

Quadro 3: Preços de comparticipação dos usuários das consultas externas do HJM, Setembro de 2007. Luanda, 2011……43

Figura 7: Entrada principal das consultas externas…….48

Figura 8: Central de marcação de consultas externas……..49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do PIB por sectores produtivos (%) 2004/2008 – Angola……18

Tabela 2: Despesas do Estado em percentagem do PIB, 2004-2007……...23

Tabela 3: Distribuição dos recursos humanos do HJM. Luanda, 2011……...44

Tabela 4: Recursos humanos efectivos do HJM, segundo carreira. Luanda, 2011**…….**44

Tabela 5: Distribuição de recursos humanos de contratação HJM. Luanda, 2011…….....46

Tabela 6: Nacionalidade dos profissionais extrangeiros, contratados através de cooperação bilateral, HJM jan/mar de 2011. Luanda…….47

Tabela 7: Pacientes agendados, efetivados e faltosos – total e % - Serviços de Consultas Externas – janeiro/junho de 2011 Hospital Josina Machel. Luanda, 2011…….....51

Tabela 8: Pacientes efectivados sem marcação e total de atendimentos segundo especialidade- Serviço de Consultas Externas – Hospital Josina Machel – janeiro/junho de 2011. Luanda, 2011……53

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO…….....13

CAPÍTULO I ANGOLA: CARACTERÍSTICAS GERAIS E DO SEU SISTEMA DE SAÚDE……15

CAPÍTULO II MARCOS CONCEITUAIS…….25

2.1 Satisfação do usuário……25

2.2 Tecnologias leves……..30

2.3 Aplicabilidade dos conceitos……...31

CAPÍTULO III METODOLOGIA DO ESTUDO……...33

3.1 Pesquisa qualitativa……..33

3.2 Tipo de estudo……34

3.3 Objectivos……...36

3.3.1 Objectivo geral……36

3.3.2 Objectivos específicos…….36

3.4 Desenvolvimento da pesquisa……36

3.4 Tratamento e análise dos dados……37

3.6 Limitações do estudo……38

3.7 Considerações éticas……...38

CAPÍTULO IV O TRABALHO DE CAMPO…….39

4.1 Descrição do hospital josina machel……39

4.1.1 Recursos humanos do hospital josina machel……....43

4.2 Descrição das consultas externas……..48

4.2.1 Atendimentos nas consultas externas……50

4.3.3 Entrevistas com os usuários.....54

4.3.1 A Consulta.....55

4.3.3 Comparticipação……..58

5 CONCLUSÕES…….59

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……....62

APÊNDICE

ANEXO

INTRODUÇÃO

Por representar uma lacuna de pesquisa a ser explorada em Angola, tomou-se como objecto de trabalho a elaboração de um estudo exploratório sobre a satisfação do usuário num hospital de nível terciário. O local escolhido para a pesquisa é o Hospital Josina Machel (HJM), que tem uma longa história e tradição no atendimento à saúde.

A idéia de que uma maneira de avaliar os serviços seria estudar aqueles que os utilizam, e não apenas aqueles que os produzem demonstra uma mudança de perspectiva da metodologia de pesquisa avaliativa na saúde. Principalmente, demonstra uma nova maneira de encarar os que se situavam ‘ na outra ponta’ do sistema, dando relevo às opiniões daqueles que vivenciam a busca por atendimento e tratamento.

Desenvolvidos desde a década de 1960, estudos sobre satisfação dos usuários inicialmente visavam analisar as condições de adesão aos tratamentos, incorporando, mais tarde, o conceito de *qualidade* nos serviços. Embora a opinião dos usuários constitua apenas uma parte do que é possível investigar sobre os serviços de saúde, é difundida a idéia de que este tipo de pesquisa auxilia gestores e outros profissionais do sistema, possibilitando que a intervenção contemple questões relacionadas a diferenças sociais, educacionais e culturais encontradas e soluções para melhorar a abordagem global do usuário.

O estímulo para estudar o tema da satisfação do usuário advém das experiências de trabalho que o autor vem desenvolvendo desde 2007 em vários serviços do referido hospital: internamento (área de medicina geral), banco de urgências e, mais recentemente, no internamento do serviço de cardiologia e cirurgia cardíaca. As actividades desenvolvidas colocam os profissionais de saúde frente à frente com os vários problemas originados pela demanda crescente em todos os serviços que não consegue ser adequadamente absorvida pela instituição.

No caso do Hospital Josina Machel, foram reunidos subsídios para formular um trabalho de cunho qualitativo. As pesquisas qualitativas apresentam uma flexibilidade na sua construção que permite manejar seus elementos constitutivos – formato das entrevistas, seleção de informantes, entre outros- de forma a ampliar e qualificar os resultados do trabalho.

A discussão da importância das tecnologias leves no processo satisfação do usuário forneceu igualmente ferramentas conceituais para a análise dos dados.

No primeiro capítulo são apresentados dados que permitem uma visão geral da situação sócio-econômica de Angola e do seu sistema de saúde. No segundo, são discutidos os conceitos que nortearam a investigação e a análise dos dados. O terceiro capítulo apresenta, de forma detalhada, a metodologia de estudo. O capítulo seguinte descreve os achados do trabalho de campo no que se refere à estrutura e funcionamento do Hospital Josina Machel e as resultados do levantamento feito sobre a satisfação do usuário da instituição. As conclusões sintetizam e discutem os achados.

.

CAPÍTULO I. Angola: características gerais do país e do seu sistema de saúde.

Angola é um país da África-Austral. Sua extensão, população, perfil epidemiológico e sociodemográfico traduzem uma realidade muito complexa. Possui cerca de 18.992.707 habitantes distribuídos de forma peculiar em 1.246.700km2. Quase 60% da sua população reside em centros urbanos (IBGE, 2011). Somente em Luanda, a capital, concentram-se cerca de cinco milhões de pessoas (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009)

Angola tem uma extensão de 1600km de norte a sul, entre os paralelos 4º e 18º de latitude sul, sendo banhado pelo oceano atlântico na costa ocidental (Angola, 2010d) .Faz fronteira ao norte com a República do Congo e com a República Democrática do Congo, a este com a República da Zâmbia, a sul com a República da Namíbia e a oeste limita-se pelo Oceano Atlântico. Segundo o decreto nº 262/10 da política nacional de saúde (Angola, 2010d), país tem um clima tropical, com as estações de cacimbo e seca, sendo que a 1ª vai de Maio á Setembro e a 2ª é época das chuvas de Outubro ao Abril. A temperatura média varia de 27ºC e 17ºC.

Figura 1: Mapa de Angola no Continente Africano



Fonte: http://www.europegoodbye.com/category/portugues/page/2/

Segundo o IBGE (2011), a densidade populacional em Angola em 2010 era de 15 habitantes/km2, com uma taxa média de crescimento da população nos últimos cinco anos de 2,672. De acordo ainda com essa fonte, a taxa bruta de natalidade em 2009 esteve em torno de 42 por mil e a taxa bruta de mortalidade 16 por mil habitantes. actualmente a taxa de fecundidade é de 5,8 filhos por mulheres (Angola, 2010d).

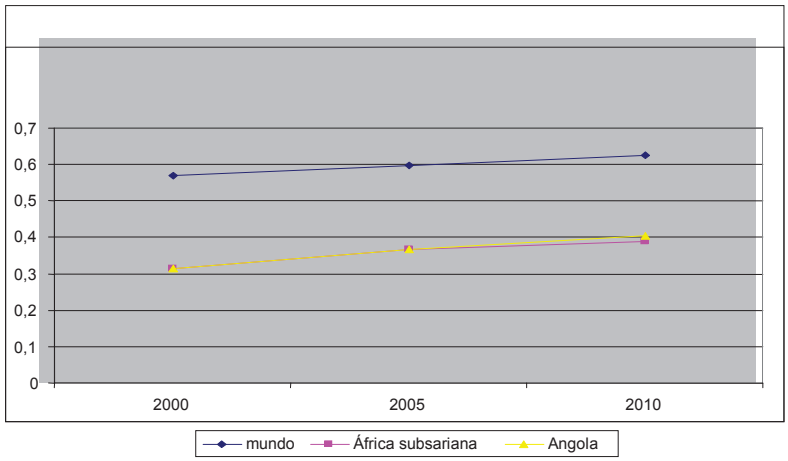
Angola é caracterizada por elevados índices de crescimento económico que depende principalmente do petróleo que contribui com 55% do produto interno bruto (PIB) e 95% do que o país exporta. Essa fonte refere ainda que a outra actividade económica nomeadamente a agricultura que integra parte da população na faixa etária produtiva encontra-se em reorganização. A referida fonte aponta que o sector rural constitui o segundo lugar na contribuição do PIB com 8% nomeadamente: agricultura, silvicultura e pecuária.

Os indicadores sociais de Angola refletem os efeitos nefastos da guerra sobre as condições de vida da população. Nos últimos dez anos, apesar da expectativa de vida da população angolana ter aumentado, verifica-se que ela ainda é baixa, em torno de 48,1 anos.

Por estas razões, de acordo com a classificação do PNUD, Angola é considerado um país de baixo desenvolvimento econômico, tendo sido considerado como um dos países com o pior desenvolvimento económico do mundo (PNUD, 2005).

Gráfico 1: Indice de Desenvolvimento Humano em Angola

2000-2010



Fonte: PNUD – relatório Angola e IDH de 2010

Os indicadores sociais de Angola mostram que o país tem ainda muito a melhorar no que tange ao acesso à água potável e a rede sanitária. De acordo com o IBGE (2011), o percentual de acesso à estes serviços no país é respectivamente de 50% e 57% da população.

Como pode ser observado na tabela abaixo, a principal atividade econômica do do país é a extração do petróleo e seus derivados, que respondem por mais de 50% do PIB. Outra fonte de receita importante para o país advém do comércio, com participação na composição do PIB entre 13,8% e 16,9%, as atividades agrícolas, com percentuais entre 7,34 e 9,42% e a indústria de transformação, cuja participação na economia vem crescendo no país nos últimos anos (4,8% a 6,74%)

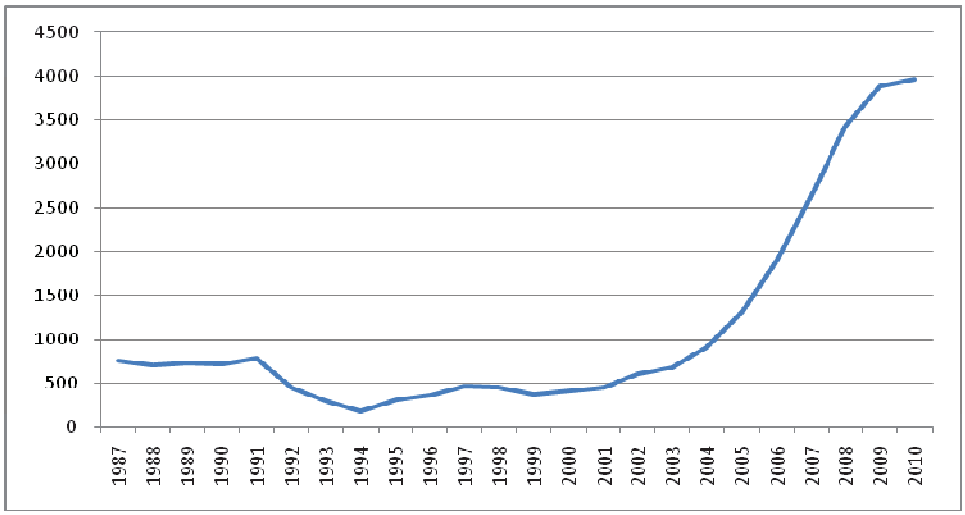
Tabela 1: Distribuição do PIB por sectores produtivos (%) 2004/2008 – Angola

SECTORES	2004	2005	2006	2007	2008
Agricultura, silvicultura, pecuária	9,42	8,31	7,34	7,74	8,01
Pescas e derivados	0,28	0,29	0,31	0,28	0,3
Petróleo e refinados	**51,9**	**56,3**	**55,7**	**55,8**	**57,62**
Diamantes e outros	3,1	2,9	2,3	1,8	1,12
Indústria transformadora	4,8	4,1	4,8	5,3	6,74
Energia eléctrica e água	0,2	0,1	0,1	0,1	0,08
Obras públicas e construção	4,7	4,1	4,3	4,9	4,46
Comércio, Bancos, Seguros, Serviços	13,8	14,9	16,8	16,9	15,51
Outros	12	9	8,3	7,2	6,16
PIB a preços de mercado	100	100	100	100	100

FONTE: Ministério do Planeamento. Indicadores Estatísticos. Projecto Portal do Governo. Site visitado em 29/08/2011

Nos últimos anos, com o fim do conflito armado, o Produto Interno Bruto per capita de Angola vem apresentando um crescimento significativo em relação ao seu comportamento nas décadas anteriores, como pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 2: Evolução do PIB per capita em Angola 1987-2010



Fonte: www.data.worldbank.org/indicator - visitado em 29/08/2011

Em que pese a melhoria em alguns indicadores econômicos Angola ainda é um país marcado por grande desigualdade social. De acordo com o Relatório PNUD de 2005, o Índice de Gini, que mede a desigualdade de acesso à renda em determinada sociedade, piorou no país entre os anos de 1995 e 2000, passando de 0,54 para 0,62, valores superiores aos 0,30 presentes nos países com equilíbrio na distribuição da renda nacional, mantendo-se em 2010, em 0,58 (PNUD, 2010).

Além disto, na área da saúde os indicadores demonstram que o sistema de saúde angolano tem muitos problemas a resolver, como a mortalidade infantil e materna e endemias como a málaria, tuberculose, esquistossomose e Sindroma de Imunodeficiência adquirida- SIDA (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009). Em 2009, a taxa de mortalidade entre os menores de 5 anos foi de 160,5 a cada 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil de 130 a cada 1000 nascidos vivos.

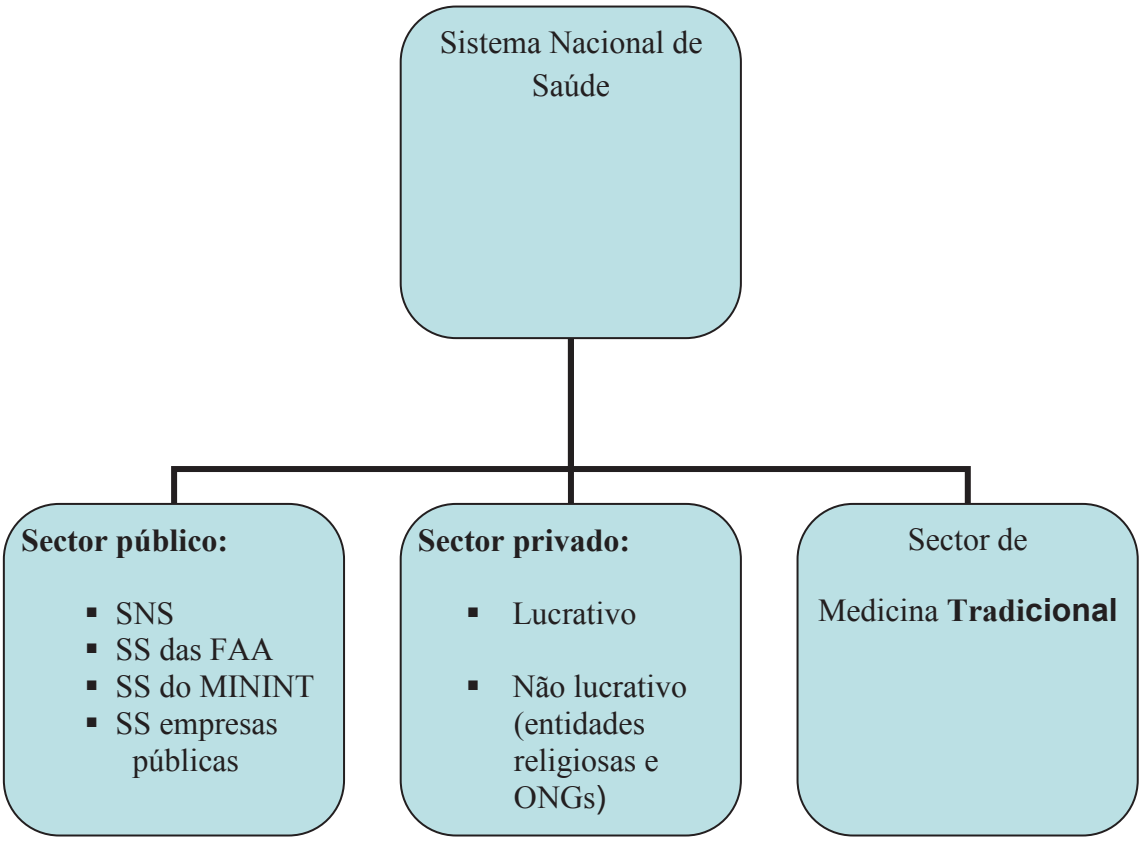
Com o fim da guerra civil e o alcance da paz, iniciou-se no país a (re) construção do sistema de saúde angolano, com enormes desafios a enfrentar no campo da saúde pública. No tocante a sua estrutura, desde 1975, com a proclamação da independencia do Estado de Angola, o Sistema de Saúde passou a ser regido pelos princípios de universalidade e gratuidade dos cuidados em saúde, rompendo com o modelo estabelecido no período colonial, voltado para as elites urbanas e composto basicamente de hospitais e centros de saúde ligados a unidades de produção (OLIVEIRA e ARTMANN, 2010; Angola, 2010d).

No entanto, a partir de 1992, importantes mudanças são observadas. Com a aprovação da Lei de bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei n. 21-B/92 de 28 de Agosto de 1992, o Estado deixou de ser o único provedor dos cuidados à saúde dos angolanos, dividindo com o setor privado e o setor tradicional esta função.

Em relação a estrutura o sector público (Angola, 2010d) é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SS das FAA), os Serviços de Saúde do Ministério do Interior (SS do MININT) e das

empresas públicas. De acordo com essa fonte o sector público é o principal prestador dos cuidados de saúde no país (figura 2)

Figura 2: Sistema Nacional de Saúde



Fonte: elaboração própria

O sector privado lucrativo está presente nos centros urbanos. A despeito da entrada deste setor na atenção à saúde permanecem, em Angola, críticas e dúvidas sobre a eficácia da contribuição da incorporação do setor privado na ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção à população. Além dos preços praticados serem elevados, constituindo-se em um obstáculo ao acesso da população ao cuidado, a eficácia da atenção prestada em alguns casos é questionada, seja pela baixa qualidade ou pela sua inadequação as reais necessidades da população.

Já o setor privado não lucrativo ligado às entidades religiosas e organizações não governamentais (ONGs), de acordo com a política nacional de saúde, desenvolve suas acções nas zonas suburbanas e rurais, no âmbito do nível dos cuidados primários de saúde, prioritariamente, no atendimento aos grupos populacionais vulneráveis.

A medicina tradicional é um sector que presta cuidado de saúde as populações e cuja organização encontra-se ainda incipiente no país. A característica principal deste subsetor é a transmissão de conhecimentos de geração em geração, de forma secreta no meio familiar. Em que pese a contribuição deste setor para o alívio do sofrimento da população, esta transmissão secreta acaba por dificultar o desenvolvimento desta área. Além disto, sua medicação é vendida nos mercados informais e nas ervanárias sem a realização de qualquer controle da qualidade desta medicação e sem obedecer a normas e recomendações, como destaca o decreto 262/10.

O Ministério da Saúde é o órgão máximo do Sistema Nacional de Saúde de Angola, cabendo-lhe as funções de regulamentação, orientação, planejamento, avaliação e inspeção. Além dessas actividades, no âmbito das Províncias o Ministério da Saúde dá suporte metodológico ao desenvolvimento das políticas definidas anteriormente.

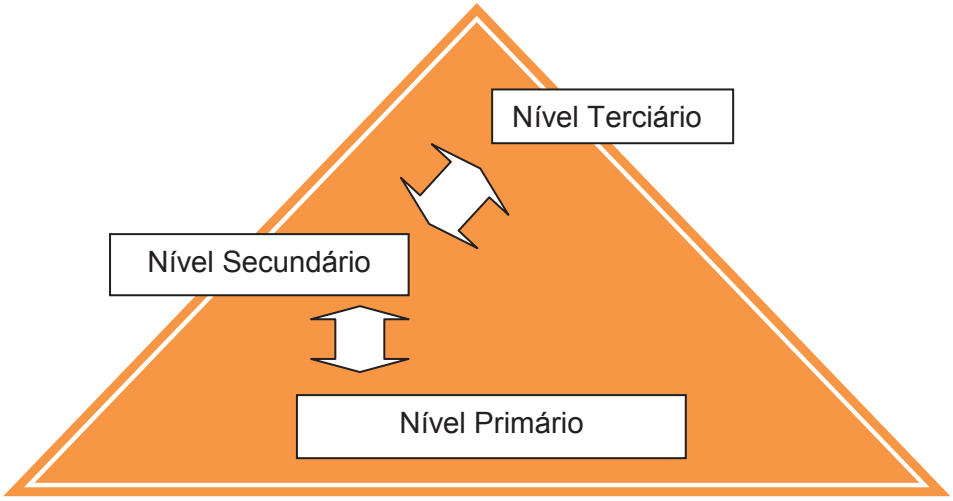
No âmbito das dezoito províncias do país a autoridade sanitária máxima está a cargo do Director Provincial da Saúde, responsável pela implementação das políticas traçadas pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009; Angola, 2010d).

A estrutura organizativa do Serviço Nacional de Saúde no âmbito da prestação de cuidados de saúde está prevista no artigo 12º da Lei nº 21-B/92 que consigna três níveis de assistência: o nível primário ou de cuidados primários de saúde, nível secundário ou da rede hospitalar polivalente e o nível terciário ou da rede diferenciada (figura 3). Para efeitos de organização territorial as estruturas básicas do Serviço Nacional de Saúde e cobertura sanitária estão hierarquizadas em: posto de saúde, centro de saúde, centro de saúde de referência e/ou hospital municipal, hospital geral, hospital central e estabelecimentos e serviços especiais.

Ainda como explica a Política Nacional de Saúde não obstante a estratificação de atendimento por níveis de assistência, o sistema de referência e contra referência encontra dificuldades de operacionalização. De acordo essa fonte o longo período de conflito armado que Angola sofreu, destruiu grande parte da rede sanitária do País e por conseguinte a diminuição das infra-estruturas sanitárias.

Esse documento refere ainda que 30 à 40% da população Angolana tem acesso aos serviços básicos de saúde. De acordo esse regulamento o atendimento é efectuado de forma integrada, sendo que o nível de assistência primária encaminha os casos ao nível secundário e, este ao nível terciário sempre que os recursos disponíveis não correspondam ao atendimento desejado (figura 2).

Figura 3: Níveis (Pirâmide) de prestação de cuidados de saúde, Angola



No tocante a composição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Angola conta com 2.396 unidades de cuidados de saúde, sendo que 11 são hospitais nacionais (centrais), 45 hospitais provinciais (gerais), 140 hospitais municipais. Há ainda 359 centros de saúde e 1.841 postos de saúde.

Em relação aos recursos humanos o Sistema Nacional de Saúde, possui 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica, sendo que,

dentre os médicos 65% nacionais e 35% estrangeiros. Ainda de acordo com essa fonte existe um desequilíbrio na distribuição de recursos humanos sobretudo da parte médica em que cerca de 85% (Luanda) está concentrado nas zonas urbanas (Luanda e capitais de outras províncias), enquanto 15% fazem cobertura noutras zonas do país (Angola, 2010d).

Quanto ao financiamento do sistema, a principal fonte de receita advém do Orçamento Geral do Estado (OGE). Como pode ser observado na tabela abaixo, os encargos financeiros e a questão da segurança são os maiores ítens da despesa do Estado Angolano. O gasto angolano em saúde ainda é baixo, o percentual alocado para este fim entre 2004 a 2007 variou entre 1,5% a 2% do PIB do país.

Tabela 2: Despesas do Estado em percentagem do PIB, 2004-2007

	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)
Serviços Públicos Gerais	4,9	7,7	5,2	5,5
Defesa Nacional	4,1	4,5	4,0	3,3
Segurança e Ordem Pública	3,7	3,4	3,1	3,4
Educação	2,3	2,1	2,1	3,1
Saúde	**1,5**	**1,4**	**1,7**	**2,0**
Segurança e Assistência Social	1,0	4,6	4,4	6,0
Habitação e Serviços Comunitários	0,6	1,0	1,9	2,0
Cultura e Desporto	0,2	0,1	0,2	0,3
Conbustíveis e Energia	0,3	0,3	0,4	0,7
Agricultura, Pescas e Ambiente	0,4	0,6	0,6	1,1
Indústria e Mineração	0,0	0,0	0,5	0,9
Transportes e Comunicações	0,6	1,5	3,7	4,8
Comércio e Serviços	0,0	0,0	0,5	0,9
Outros Serviços Económicos	0,4	0,7	0,2	0,6
Encargos Financeiros	8,7	5,4	7,9	3,9
Despesa total	**28,8**	**33,1**	**35,9**	**37,7**

Fonte: http://www.minfin.gv.ao/fsys/Boletim_Anual_de_Estatística_geral_do_estado_2006.pdf e 2007

Diante deste quadro, para ampliar a receita em saúde o governo central previu a comparticipação [co-participação] da população no custeio das despesas de saúde no país, descrita na Lei 21B/92. Em 2002, com a aprovação do Decreto nº 36/02 (Angola, 2002b), a comparticipação passou a ser cobrada dos usuários. O argumento central para a implementação da comparticipação descrita no Decreto era o "*da necessidade de*

melhorar os mecanismos que garantam a prestação de serviços aos cidadãos com qualidade e continuidade, contando com a participação mais ativa dos beneficiários no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde".

Ainda de acordo com o referido Decreto, com a implementação da comparticipação da população nos custos de saúde o governo de Angola objetivava "*de um lado minimizar as dificuldades financeiras que o sector de saúde enfrenta e por outro, terminar com as cobranças supérfluas e anárquicas que se verificam em algumas unidades sanitárias públicas"*. De acordo com o artigo 10º as receitas arrecadadass pelas instituições devem ser empregues no "*melhorarmento dos serviços prestados e das condições de trabalho de seus trabalhadores*".

O Decreto 36/02 (Angola, 2002b) no seu artigo 11 assegurou a isenção da comparticipação na assistência prestada pelas instituições de saúde em caso de urgência para as crianças com idade inferior a 10 anos, as grávidas, adultos com idade igual ou superior a 60 anos, os deficientes de guerra, os portadores de patologias crônicas e degenerativas ou infectados por doenças de contágio massivo. Por fim, isentou ainda aqueles indivíduos que se encontram desempregados, deslocados, abandonados e outras situações temporárias. Neste caso, devem apresentar atestado de pobreza emitido pela administração pública ou documento que comprove o seu estado circunstancial. Os antigos combatentes e veteranos de guerra, assim como as pessoas portadoras de deficiência e os reformados tinham previsão de redução de 50% no pagamento de atos clínicos e serviços prestados pelas instituições médico-sanitárias públicas.

O Decreto nº 36/02 não foi amplamente implementado no país. O contexto e o cenário sócio-político, económico e cultural são fatores que podem explicar este comportamento. Como reflexo destas dificuldades, apesar de inicialmente todas as unidades sanitárias de Luanda terem adotado a comparticipação, actualmente, apenas alguns hospitais em Luanda continuam cobrando a taxa de comparticipação.

CAPITULO II. MARCOS CONCEITUAIS

Este capítulo desenvolve os marcos conceituais que norteiam as análises deste trabalho. Inicialmente discute-se o conceito de satisfação dos usuários e suas possibilidades de aplicação. Aborda-se ainda o conceito de *tecnologias leves.* Ao formular um modelo de atenção à saude centrado no usuário, Merhy e Cecílio (2003) discutem, a partir uma visão de "dentro" das relações interpessoais, estratégias que fortaleçam o acolhimento do usuário, em suas várias dimensões.

2.1 Satisfação do usuário

As origens das pesquisas sobre satisfação dos usuários remontam às décadas de 1960/70. Sitzia e Wood (1997), citando como exemplo o sistema de saúde do Reino Unido (NHS), apontam como antecedentes do desenvolvimento destes estudos a busca de maior efetividade dos serviços, através da utilização de estratégias de mercado no cuidado à saúde; a expansão e a consequente ampliação do *consumo* da prática médica nos países ocidentais, bem como o interesse sociológico na análise de relações interpessoais. Na década de 1970, especialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, o tema da eficiência dos serviços é posto em pauta no momento em que se inicia uma crise fiscal de caráter mundial, em função da chamada "crise do petróleo", que afetou países pobres e ricos.

Uma das maneiras encontradas pelos governos nacionais para diminuir seus déficits fiscais foi investir na racionalização e na qualidade dos serviços públicos - melhorar a eficiência e a efetividade virou um objetivo das políticas públicas (Ketl,1998). Posteriormente, na década de 1980, disseminam-se projetos de Reforma Administrativa ou Reforma de Estado em vários países, com o intuito de efetivar estes objetivos, entre outros.

Tais projectos de reforma criticaram o padrão burocrático de desempenho organizacional, pautado pelo controle dos processos administrativos, e, não, dos seus resultados (perspectiva gerencial), o que seria uma das causas da ineficiência governamental.

> "A administração tradicional tendia a julgar os administradores com base no processo: se os administradores faziam o que mandava a lei [...], dizia-se que a administração pública "era boa". As reformas mais recentes do setor público têm dado maior atenção à eficiência" (Ketl, 1998:85).

Uma das conseqüências dessa mudança no paradigma de atuação da gestão pública é a proeminência dada aos processos de avaliação de programas e gestores, que culmina na produção de estudos sobre a avaliação do "consumidor", "cliente" ou "usuário". O ponto de partida destes estudos é a constatação de que, além dos programas e dos gestores, os usuários seriam uma fonte de cotejamento entre o que o Estado produz e como produz e o que a população avalia o que recebeu. Dessa maneira, ficaria mais fácil detectar problemas no desenho e implementação dos programas públicos.

Os estudos sobre satisfação são utilizados para avaliar a qualidade dos serviços e do atendimento. Muitas vezes, as melhores idéias para aprimorar o atendimento ao usuário provêm dos próprios usuários, o que de certa forma permite aos gestores tomar decisões adequadas (Lemme, et al 2001:41; Tronchin et al, 2006:402).

No âmbito dos estudos de satisfação do usuário, é importante destacar que vários autores discutem a pertinência do conceito e a forma como se iniciou sua utilização. Necessidades gerenciais- citadas acima- teriam impulsionado a prática de pesquisas no campo antes que o conceito tivesse sido bem debatido (Sitzia & Wood;1997); outra crítica é que o termo "satisfação" não conseguiria incorporar um conjunto complexo de crenças que revestem a relação dos indivíduos com o sistema de saúde (Williams, 1994); a idéia de "expectativa", dimensão importante do conceito, necessitaria igualmente de desenvolvimento teórico (Thompson & Suñol,1995) .

Vários argumentos procuram explicar o que conduz à satisfação do usuário. Sitzia & Wood (1997), num estudo de revisão da literatura, expõem as análises de alguns autores, que procuram estabelecer os determinantes, ou ainda, modelos explicativos da satisfação do usuário.

Quadro 1: Determinantes/modelos de análise da satisfação do usuário, segundo Sitzia e Wood (1997)

AUTOR	**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: DETERMINANTES/ MODELOS DE ANÁLISE**
FITZPATRICK -1984	O autor distingue tres ***modelos*** independentes: o ***primeiro*** postula que expectativas socialmente criadas constituem o determinante primário da satisfação. O ***segundo*** modelo identifica o principal interesse do usuário: algum nível de resolução de seu problema, e não propriamente sua satisfação. O ***terceiro*** modelo distingue o fator emocional que envolve as atividades ligadas à resolução de problemas de saúde; o indivíduo avalia não apenas a competência técnica do cuidado, mas padrões de comportamento e comunicação daqueles que provêem o cuidado.
WARE et al -1983	Estabelecem uma distinção entre ***satisfação objetiva*** (obtidos através de relatórios sobre prestadores e cuidados. Ex: levantamento do tempo de espera.) e ***índices de satisfação*** (relativos à avaliação pessoal do cuidado, que não pode ser diretamente observada) Os índices de satisfação estão relacionados a tres variáveis[entendidas aqui como determinantes*] : preferências pessoais dos pacientes; expectativas dos pacientes e cuidados recebidos- que é afetado por muitos componentes.
LINDER-PELZ -1982	***Ocorrências*** (o que acontece durante o atendimento, e como o acontecimento é percebido pelo indivíduo); A***valiação*** do encontro com o profissional de saúde com base em valores; ***Expectativas*** (em relação ao resultado do encontro); ***Comparações Interpessoais*** (acerca dos cuidados prestados); ***Direitos*** (uma crença individual legítima sobre ser atendido e sobre os resultados do cuidado).
FOX & STORMS (1981)	Modelo da discrepância- para os autores, o foco das pesquisas deveria voltar-se à compreensão das condições sob as quais achados discrepantes podem ser encontrados.
BEN- SIRA - 1976	A satisfação está fortemente relacionada ao interesse demonstrado pelo médico e à devoção do paciente a ele (comportamento afetivo) mais que a elementos como habilidades técnicas dos profissionais ou aspectos administrativos da prática. O comportamento afetivo por parte do paciente ocorre quando o médico o considera como "pessoa", e não simplesmente como um "caso". Para este autor, a "devoção ao médico" é o fator que mais contribui para a satisfação do paciente.

Fonte: Adaptado de Sitzia e Wood, 1997 *comentário do autor

As propostas dos autores citados no quadro acima convergem em muitos pontos: destacam-se as expectativas socialmente construídas em relação ao atendimento, interesse principal do usuário e relações interpessoais (Fitzpatrick e Linder-Pelz); este

último aspecto também é compartilhado por Ben- Sira: a "devoção ao médico" constitui um aspecto das relações interpessoais. Avaliação de cuidados recebidos são temas compartilhados nos trabalhos de Linder-Pelz e Ware. Fitzpatrick e Fox & Storms apresentam modelos de análise.

Modelos são construções que permitem a compreensão de certas situações reais que necessitam de interpretação. Possuem duas características centrais: são, ao mesmo tempo, gerais (aplicam-se a qualquer tempo ou espaço) e ideais (uma vez que não se aplica a qualquer realidade concreta). (Boudon e Bourricaud, 1993). Os modelos citados no quadro acima pretendem apresentar, em grandes linhas, formas de analisar um conjunto de fenômenos designados como satisfação do usuário.

Por sua vez, os determinantes da satisfação (que podem ser vistos como variáveis na construção de modelos) englobam os seguintes aspectos: expectativas, características dos pacientes e aspectos psicossociais da satisfação. Todos estes aspectos ensejam muitas discussões: são fundamentais na constituição da satisfação do usuário. As expectativas estão relacionadas à percepção de benefícios recebidos com os cuidados de saúde, e variam em relação aos vários aspectos do cuidado. Os estudos apontam a idade como a principal característica do paciente relacionada à satisfação, e evidências apontam para o fato de que pacientes mais idosos tendem a se sentir mais satisfeitos com os cuidados que os mais jovens; que maior satisfação é associada a níveis educacionais mais baixos; que o gênero não constitui uma variável que afete a satisfação, entre outros achados.

Em relação a aspectos psicossociais estudos observam que pacientes acham que expressar alto nível de satisfação, independentemente de suas reais avaliações, é mais "aceitável" para os administradores; quando não se sentem seguros quanto ao anonimato de suas declarações ou ainda quando consideram que possam vir a ter um tratamento de baixa qualidade no futuro. Tais comportamentos refletiriam uma perspectiva interessada na continuidade dos cuidados. Outra linha de análise aponta o relato de satisfação como forma do usuário justificar a si mesmo o tempo e o esforço

gasto no tratamento. A insatisfação (*dissatisfaction)*, por oposição a satisfação (*satisfaction*) pode ser vista como um viés de análise em estudos sobre usuários (Sitzia &Wood,1997: 1834-1837).

Vaitsman & Andrade (2005), em artigo mais actual, ressaltam a idéia de que os vários modelos de análise da *satisfação do usuário* têm em comum o pressuposto de que esta deriva das "[...] *percepções dos pacientes em relação às suas expectativas, valores e desejos"* (Vaitsman & Andrade, 2005:600). Já as pesquisas sobre *responsividade* referem-se a "[...] *quanto as ações governamentais atendem às expectativas e demandas da população"* (id,ibid: 606).

As autoras, ao discutir os conceitos correlatos de "satisfação do usuário", "responsividade", "humanização" e "direitos dos pacientes", estabelecem importantes distinções entre as expressões. As duas primeiras referem-se a conceitos operacionais incorporados a metodologias de análise. Já as expressões "humanização" e "direitos dos pacientes" referem-se a *"princípios normativos que orientam políticas e programas*". (id, ibid:599)

Ainda segundo as mesmas autoras, as pesquisas sobre responsividade avaliam as percepções dos indivíduos sobre aspectos gerais e expectativas socialmente legitimadas do sistema de saúde, enquanto as pesquisas sobre satisfação do usuário referem-se a percepções individuais sobre um contexto específico de cuidado à saúde.

Esperidião e Trad (2006, 2005) propõem compreender esta polissemia conceitual através da análise não só dos quadros teóricos que sustentam o conceito, como também dos determinantes da satisfação.

Entre os modelos já existentes, a *teoria da discrepância* é a mais aplicada: a partir da comparação entre a expectativa e a percepção do usuário seria possível detectar seus níveis de satisfação.

No entanto, uma grande quantidade de estudos empíricos sem a correspondente iniciativa em testar hipóteses ou teorias, resumidos a um "*checklist* para a obtenção da

satisfação do paciente" seriam ainda predominantes na literatura (Esperidião e Trad 2006: 1269).

2.2 Tecnologias leves

Os serviços de saúde podem ser vistos como subsistemas dentro do sistema social. Tais subsistemas gerenciam recursos de vários tipos – humanos, financeiros, tecnológicos – com a finalidade de atender seus usuários com produtos e serviços. A contrapartida da administração eficiente da oferta de saúde é a satisfação do usuário.

Estudando o gerenciamento, ou coordenação de instituições hospitalares, Merhy e Cecílio (2003) destacam os conflitos existentes entre os vários grupos profissionais, com ênfase no conflito entre os médicos e a enfermagem, categoria considerada cuidadora 'natural' dos pacientes, se analisarmos a coordenação ou o gerenciamento do hospital pela lógica do 'cuidado'. Para os autores, tradicionalmente, as chefias das áreas assistenciais são exercidas por médicos, mas estes, de fato, colocam a enfermagem em posição de destaque, ao delegar elas a gestão do cotidiano desses locais. "*A prática da enfermagem vertebra o cuidado"* (id, ibid, 116).

Observam, por outro lado, que a função da enfermagem é desqualificada ou, no mínimo, tratada de forma ambígua, já que é vista como um ator subalterno dentro do processo de produção de cuidado.

Segundo estes autores, essa "tensão constitutiva" é uma espécie de pecado original na gestão das unidades assistenciais. A enfermagem é inegavelmente o polo mais poderoso de actuação, embora seja dominado na relação que o médico estabelece com outros profissionais.

A partir desta análise, Merhy e Cecílio (2003: 120) definem as prioridades para a montagem de um modelo de atenção *centrado* no usuário. Para o que interessa a este trabalho, é importante destacar que os autores apontam para a importância de tecnologias **leves** e **leve-duras**, que, mobilizadas de forma estratégica, ajudam a gerenciar os conflitos e a proposição de intervenções focalizadas nos usuários.

Merhy (2002) apud Ferri, et al (2007 p518), "define tecnologias como saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos". O autor acima referido classifica as tecnologias em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias *duras* correspondem a equipamentos e máquinas que albergam os saberes bem estruturados e materializados (trabalho morto), as *leve-duras* são saberes agrupados, assim como normas, protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas (clínica, epidemiologia, o saber administrativo e outros), o que possibilita trabalho capturado denominado trabalho vivo".

As tecnologias *leves* são aquelas produzidas no trabalho vivo em acto; isto é, as relações de interacção e subjectividade no sentido de favorecer acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. As tecnologias leves abordam a satisfação do usuário dando enfoque em várias facetas como: o vínculo, a responsabilização, as expectativas dos usuários em relação aos serviços oferecidos, assim como, o acolhimento, a resolubilidade e o acesso Merhy (2002) apud (FERRI, et al, 2007 p518).

As tecnologias leves ocupam um espaço de grande importância nos serviços de saúde uma vez que fazem ponte com outras tecnologias potencializando as mudanças no processo de trabalho Merhy (2002) apud (FERRI, et al., 2007 p519).

2.3 Aplicabilidade dos conceitos

Este trabalho apoia-se na construção de um quadro de dimensões investigadas na pesquisa (ver capítulo III) que incorpora alguns elementos comuns às pesquisas de responsividade e de satisfação do usuário. Vaitsman &Andrade (2005:602) apresentam um quadro de dimensões comuns aos conceitos de responsividade, satisfação, humanização e direitos dos pacientes. Para as finalidades deste estudo foram eleitas algumas dimensões constantes deste quadro: Agilidade, Dignidade, Informações e Instalações, acrescidas da dimensão Compagamento [co-pagamento], especificamente

inserida para possibilitar a análise de uma característica específica do funcionamento do Hospital Josina Machel, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 2: Dimensões de análise no serviço de consultas externas do hospital Josina Machel.

Dimensões	Questões
1. Agilidade	- Tempo de espera para consultas e exames; tempo que o usuário considera tolerável esperar; cumprimento de prazos de entrega de exames
2. Dignidade	Atendimento respeitoso por parte dos funcionários e profissionais de saúde - Análise da actuação dos médicos e enfermeiros quanto à atenção dada à anamnese, exame físico e diagnóstico; ao tempo concedido ao usuário para tirar dúvidas e compreender as explicações que lhes são fornecidas;
3. Instalações	- Conforto e limpeza dos Locais de Espera, Consultórios, Locais de Coleta (laboratórios de análises clínicas) ou salas de imagiologia e outros exames deste tipo e casas de banho
4 Comparticipação (Co-pagamento)	-Conhecimento pelo usuário, da existência de co-pagamento no HJM; -Conhecimento do valor deste pagamento e quando deve ser feito; Concordancia com a existência do comparticipação (co- pagamento); razões para a concordância ou discordância

Fonte: Com base em HOLLANDA et al (2008 e 2011)

Já o conceito de *tecnologias leves,* como explicitado acima, permite enfocar as respostas dos usuários entrevistados sob os ângulos da responsabilização, acolhimento, resolubilidade e o acesso aos serviços.

CAPITULO III. METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Pesquisa qualitativa

Autores dedicados à abordagem qualitativa de fenômenos sociais aproximam-se bastante em suas visões sobre o tema: há hoje uma vasta literatura sobre o assunto. Sinteticamente possível afirmar, como o fazem Esperidião & Trad (2005:305) que os métodos qualitativos favorecem o aprofundamento da complexidade do fenómeno em estudo, pois permitem ao usuário referir-se ao tema da satisfação com mais liberdade e de forma mais esmiuçada.

Segundo Strauss e Corbin (2008:23), a pesquisa qualitativa refere-se à investigação de temas de diferentes naturezas como estruturas organizacionais, histórias pessoais e experiências vividas. Virtualmente, qualquer tema pode ser objeto da análise qualitativa. Os autores descrevem este tipo de pesquisa como passível de conter dados quantificados; mas, fundamentalmente, suas análises não se processam a partir de formas de quantificação ou "processo não matemático de interpretação" (id, ibid, 24).

Strauss e Corbin relacionam a utilização de métodos qualitativos à natureza do problema estudado. Alguns destes problemas podem ser melhor reconhecidos se a questão é entender motivações, comportamentos e ações ou, em suas próprias palavras, " entender o significado ou a natureza da experiência de pessoas com problemas como doenças crônicas, vícios, divórcio..."(id, ibid,24). Acrescentam, ainda, que existem pesquisadores mais talhados para este tipo de pesquisa que outros, dependendo de origem disciplinar ou orientação filosófica. Exemplos seriam os antropólogos e os. Fenomenólogos.

Se os autores citados caracterizam a pesquisa qualitativa, Flick (2009), pergunta-se sobre sua relevância. Para este autor, os pesquisadores sociais convivem num mundo de intensas e rápidas transformações sociais e suas abordagens têm que acompanhar

estas novidades. Existe, hoje, uma multiciplidade maior de estilos de vida ou " crescente individualização das formas de vida e dos padrões biográficos" (Beck, 1992, apud Flick, 2009). A essência do argumento de Flick é que as metodologias tradicionais, baseada na formulação de hipóteses a partir de teorias consagradas nem sempre alcançam um resultado satisfatório em termos do conhecimento da situação estudada. Uma tradução aproximada desta abordagem seria a frase corrente "para novos problemas, temos que encontrar novas soluções". Este mesmo autor sintetiza os principais aspectos da pesquisa qualitativa (Flick, 2009:23), a saber:

- Escolha *adequada* e *variada de* métodos e teorias convenientes (para o estudo);
- Análise de diferentes perspectivas (isto é, análise de diferentes participantes e suas perspectivas);
- Reflexão dos pesquisadores a respeito de suas pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento.

3.2 Tipo de estudo

Este estudo tem um carácter descritivo e exploratório. Embora seu objecto, a satisfação do usuário, seja alvo de inúmeros estudos, não foi possível encontrar qualquer referência ao tema aplicado à realidade local de Angola.

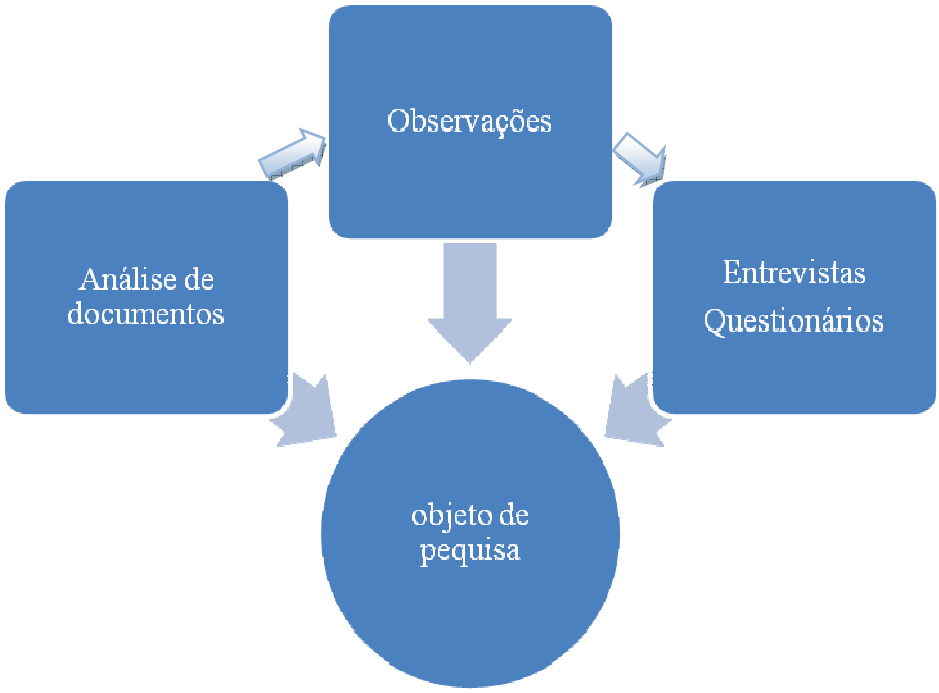
As características da sociedade angolana, multicultural com várias línguas, etnias, costumes (figura 4) faz supor que o contingente da população que frequenta o Hospital Josina Machel seja oriundo de várias partes do país e, portanto, encare seu contacto com a medicina ocidental ali praticada de várias maneiras.

Devem variar as expressões dos sinais e sintomas das enfermidades, a própria relação entre saúde e doença deve ser vista de formas diferenciadas; o enfrentamento da enfermidade e a possibilidade de morte, a aceitação de terapias pode apresentar peculiaridades entre os diversos grupos sociais que ali acorrem. Todas estas questões certamente influenciam a percepção do usuário sobre a qualidade dos serviços prestados.

Neste contexto impõe-se a necessidade de avaliar com cuidado o próprio conceito de satisfação que os usuários têm. Por exemplo, qual é a relevância do tempo de espera pelo atendimento para quem está sendo atendido? A forma como é atendido é tão importante quanto ser atendido?

Tendo em consideração estes factores, este trabalho, através de observação e entrevistas sejam levantou e analisou as visões do que seja um bom atendimento e sua opinião sobre dimensões da 'satisfação do usuário' tais como são estudadas tradicionalmente nesta área (figura 4).

Figura 4: Quadro conceitual para abordagem qualitativa



Fonte: Oliveira (2010:38)

De acordo com Oliveira (2010:35) *"as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla"*. Esse autor refere ainda que a pesquisa exploratória dá uma explicação geral, o que levanta novos problemas a serem esclarecidos por pesquisas seguintes. Essa fonte aborda ainda que o estudo exploratório realiza-se quando o problema de pesquisa é pouco explorado, o que torna difícil formular hipóteses assim como operacionaliza-las.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objectivo geral

Analisar a satisfação do usuário das consultas externas do Hospital Josina Machel (HJM).

3. 3.2 Objectivos específicos

-Descrever as actividades do Hospital Josina Machel;

-Identificar as especialidades atendidas no serviço de consultas externas do Hospital Josina Machel;

- Caracterizar a estrutura física onde se realizam as consultas externas do Hospital Josina Machel;

-Caracterizar o perfil dos profissionais que trabalham no serviço de consultas externas; do Hospital Josina Machel;

-Identificar na fala dos usuários, satisfação com o atendimento recebido nas consultas externas do Hospital Josina Machel;

-Analisar de forma integrada o material obtido com a pesquisa documental e as entrevistas.

3.4 Desenvolvimento da pesquisa

O trabalho de campo cumpriu as seguintes etapas: i) Observação do serviço de consultas externas, identificando, de forma preliminar, a chegada e encaminhamento dos usuários, seus comentários, suas queixas e suas expectativas;

ii) identificação de possíveis indivíduos a entrevistar;

iii) os dados da observação foram anotados num Diário de Campo, considerado fonte auxiliar de análise;

iv) Critérios de inclusão de entrevistados: a) os pacientes com idade ≥ a 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou, de alguma forma validaram seu acordo com o termo;

b) Já ter frequentado pelo menos 2 vezes o HJM – serviço de consultas externas no último ano e achar-se em tratamento. Considerou-se que a frequência muito espaçada ao serviço poderia constituir um viés na avaliação do atendimento pelo entrevistado;

v) Realização de entrevistas semi- estruturadas com 14 pacientes. Foram entrevistados usuários das consultas de medicina interna, cirurgia geral, endocrinologia, oftalmologia, cardiologia e ortopedia nos meses de Junho e Julho de 2011.

vi) As entrevistas semi-estruturadas foram divididas em dois grandes temas: no primeiro momento foram abordados temas relacionados à história de saúde do paciente; decisão de procurar o Hospital Josina Machel; compreensão do diagnóstico: forma como ele foi feito e forma de lidar com ele; adesão à terapia, relação com os profissionais de saúde, além de outros temas que foram considerados relevantes no decorrer da entrevista.

3.5 - Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas pelo pesquisador. Estas foram submetidas a uma *leitura vertical*; isto é, em cada entrevista houve uma seleção e categorização temática do conteúdo. Num segundo momento, houve uma *leitura horizontal* das entrevistas; isto é, uma leitura comparativa das entrevistas. As falas dos entrevistados sobre um mesmo tema (por exemplo, agilidade do atendimento dos profissionais, compreensão e aceitação do diagnóstico, relato da última consulta, entre outros) foram comparadas, como recurso de análise dos dados

Na pesquisa qualitativa, a colecta de dados e a rectificação e/ou melhoria nos procedimentos do trabalho de campo ocorrem de maneira simultânea. Neste sentido,

após a leitura cuidadosa do material transcrito de uma entrevista, por exemplo, o pesquisador pode incluir ou retirar questões e/ou temas das entrevistas subsequentes; mudar a direcção de sua actividade de observação ou outros procedimentos. Inicialmente, está prevista a codificação, para posterior análise, de situações de interacção entre pessoas, atitudes tomadas pelos entrevistados em certas circunstâncias e o contexto onde ocorre a interacção entre usuário e profissionais de saúde. Esta grade inicial de análise foi revista a partir dos conteúdos levantados a partir do trabalho de campo (GIBBS, 2009: 69).

3.6 Limitações do estudo

No presente estudo, a característica principal do trabalho- pesquisa de caráter qualitativo- exploratório envolve também sua limitação; isto é, seus resultados não podem ser generalizados para outras unidades de atendimento. Neste tipo de pesquisa, o que se pretende é que os resultados obtidos sirvam como parâmetro de reflexão para casos semelhantes.

3.7 Considerações éticas

Quanto as considerações éticas relacionadas a estudos com seres humanos, o estudo seguiu os princípios de autonomia, de não maleficência, da justiça, da beneficência, o consentimento livre e esclarecido; assim como demais normas e princípios consignados pelo comité de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Outrossim, os aspectos éticos não se circunscreveram apenas ao sujeito de pesquisa. Foram respeitados os outros pesquisadores, referentes a citação das fontes de dados, bem como a menção dos autores tanto ao longo do texto quanto na lista de referências bibliográficas.

CAPÍTULO IV. O TRABALHO DE CAMPO

4.1 Descrição do Hospital Josina Machel

O HJM foi a 1ª unidade hospitalar do País (figura 5). Construído durante o período colonial (entre os anos de 1864 e 1883), ergueu-se sobre os escombros do ex-convento de São José dos Franciscanos, cuja estrutura foi aproveitada para a construção do novo hospital, que viria acudir as dificuldades sanitárias da população europeia e sobretudo portuguesa. No primeiro momento, funcionou como hospital militar de Luanda (Martins, 1994, apud Maurício, 2008).

Figura 5: Hospital Josina Machel cerca de 1935



Loanda-Hospital Central-Maria Pia-cerca de-1935.

Fonte: http://joanfuba.blogspot.com/2008/10/hospital-maria-pia.html

Após a Independência Nacional, em 1977, o Hospital passou a designar-se "Hospital Josina Machel". Nos momentos actuais, e de acordo com o sistema nacional

de saúde o HJM é considerado uma instituição sanitária de nível terciário, de alta especialização e complexidade.

O Hospital Josina Machel (HJM, 2010) é um Hospital de nível terciário que depende directamente do Ministério da Saúde, com regime de instituto público com autonomia administrativa e financeira. Está localizado na Província de Luanda, Município da Maianga, rua 1º congresso do MPLA. Tem como ponte de referência ao nordeste a direcção do ministério da defesa, a direcção nacional de saúde pública e o instituto nacional de luta contra a SIDA (AIDS), a este o instituto nacional de saúde pública e o edifício do ministério da saúde, enquanto à sul encontra-se o hospital pediátrico David Bernardino e a direcção provincial de saúde de Luanda, ao oeste a Igreja dos Remédios (católica).

A parte frontal (fachada) do hospital (figura 6) preserva sua estrutura arquitectónica original.

Figura 6: Parte frontal do HJM



Fonte: http://joanfuba.blogspot.com/2008/10/hospital-maria-pia.html

Possui capacidade instalada de cerca de 600 camas (Maurício, 2010). Actualmente, congrega os seguintes serviços: serviços ambulatoriais (banco de urgências, consultas externas e hospital dia), serviços de internamento e serviços especiais: unidade de terapia intensiva, unidade de terapia coronariana, unidade de hemodinámica, cirurgia cardíaca e unidade de hemodiálise (HJM, 2010).

Existem outros serviços como imagiologia e laboratório de exames clínicos, anatomia patológica, laboratório de enfermagem, lavandaria, central de material e esterilização, farmácia, refeitório e biblioteca ligada (conectada) a internet. Desde 2007, conta ainda com serviço de hemodiálise, implementado para cobrir a lacuna até então existente no sector público no atendimento a pacientes com insuficiência renal aguda e/ou crónica.

A parte de internação (serviço de internamento) conta com serviços para atender as seguintes especialidades: angiologia; cardiologia; cirurgia cardíaca; cirurgia geral; cirurgia pediátrica; cirurgia plástica; cirurgia séptica; cuidados intensivos gerais; cuidados intermediários; dermatologia; gastrenterologia; hematologia; hemodiálise; infectologia; medicina interna (geral); maxilo-facial; unidade de terapia intensiva coronária; neurocirurgia; neurologia; oftalmologia, ortopedia A e; ortopedia B, otorrinolaringologia; nefrologia; urologia.

Conta ainda com uma unidade (banco) de urgência de medicina e de cirurgia, - que possui uma área que funciona como uma espécie de internamento, albergando a maioria dos casos dos doentes que necessitam de cuidados intensivos ou semi-intensivos - e três blocos de rotinas, atendendo principalmente os doentes internados e consultas externas. Em área adjacente ao banco de urgência funciona o serviço de triagem para verificar o estado clínico dos pacientes quanto aos critérios que correspondam a internamento e/ou à assistência de urgência e emergência e ainda encaminhamento à consulta externa.

O Banco de urgência é a principal "porta de entrada" para o acesso ao internamento no Hospital Josina Machel. Outra parte dos pacientes é encaminhada pelos

serviços de consultas externas. Por ser hospital de referência para a atenção à saúde no território angolano, recebe, ainda, pacientes encaminhados por serviços médicos de outras províncias do país.

Na tentativa de reduzir a ida de pacientes angolanos que necessitam se submeter à cirurgia cardíaca para outros países, o governo da República de Angola criou, em 2008, os serviços especiais, que além da cirurgia cardíaca é formada pelos serviços de hemodinámica e de terapia intensiva coronariana. Nestes serviços os pacientes internados e de consulta externa, são submetidos a vários exames como cateterismo cardíaco, ecocardiograma, electrocardiograma e teste de esforço, dentre outros.

A gerência do hospital fica a cargo de um corpo de dirigentes composto por: Director Geral; Director Administrativo; Director de Enfermagem; Director Clínico e Director Pedagógico e Científico. Conta ainda com órgãos de apoio à Direcção: Conselho de Direcção; Conselho Clínico; Conselho administrativo; Conselho de Enfermagem e Conselho Pedagógico e Científico. No âmbito operacional existem os Directores de Serviço e os Enfermeiros- Chefes, que implementam toda a filosofia assistencial Hospitalar.

O financiamento do Hospital Josina Machel provêm de recursos do Orçamento Geral do Estado, complementados pelos recursos advindos da cobrança da taxa de comparticipação (co-participação), cobrada no ato de realização de consultas e procedimentos a pacientes externos, ou seja, daqueles pacientes que são atendidos a nível ambulatorial. Os pacientes internados estão, até o momento, isentos do pagamento desta taxa. O quadro abaixo mostra que o preço mínimo da consulta é AkZ 320,00 enquanto o máximo é de AkZ 640,00. Os preços mais caros referem-se aos atestados médicos, relatórios médicos e grandes cirurgias - AkZ 4.000,00 .

Quadro3: Preços de comparticipação dos usuários das consultas externas do HJM, Setembro de 2007. Luanda, 2011

Consulta/procedimento	**preço em kwanzas (AKz)**	**usd americano 1,00 U$=*95,00 Akz**
Consulta	de 320,00 e 640,00 Akz	3,36 e 6,76 U$
Tratamento e/ou extração dentária	1.600,00 "	16,84 "
Pequena cirurgia	1.600,00 "	16,84 "
Grande cirurgia	4.000,00 "	42,10 "
Electrocardiograma	1.600,00 "	16,84 "
Electroencefalograma	1.600,00 "	16,84 "
Ecografia	1.600,00 "	16,84 "
Exames laboratoriais básicos (rotina)	de 320, 00 à 2.000,00 "	3,36 à 21,05 "
Exames de imagem	de 640 à 1.600,00 "	6,76 U$ à16,84 "
Relatório médico	de 1.600 à 4.000,00 "	16,84 à 42,10 "
Atestado médico	de 320, 00 à 4.000,00	3,36 à 42,10 "
Conservação de cadáver por 24 horas na morgue	1.600,00 "	16,84 "

Fonte: Listagem de preços de comparticipação dos usuários no serviço de consultas externas (HJM, 2007)

O peso do pagamento de procedimentos para os indivíduos e/ou famílias que têm renda famíliar de um salário mínimo em Angola (8.609,00 quanzas) é alto, variando entre 3,7% e 46,5% do orçamento. (Decreto nº 20/08, 02 de Maio de 2002)

4.1.1 Os Recursos Humanos do Hospital Josina Machel

A necessidade de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de saúde em Angola é superior à oferta de mão-de-obra qualificada no país, o que torna frequente a contratação de profissionais estrangeiros, a partir de acordos bilaterais de cooperação técnica firmados, para desempenhar actividades no sistema de saúde angolano.

Como resultado desta necessidade coexistem no Hospital duas formas de contratação de mão-de-obra: o grupo de profissionais *efetivos* do sistema de saúde, constituídos por funcionários angolanos e o grupo de profissionais *contratados*, formado por profissionais estrangeiros - contratados pelo governo para atender as necessidades de mão-de-obra não existente ou existente em número insuficiente no país- e por profissionais do próprio país, através de projetos especiais.

Actualmente encontram-se trabalhando no Hospital um mil e novecentos e três funcionários, sendo que 71% são profissionais *efetivos* e 29% *contratados*, como mostra a tabela 3:

Tabela 3: Distribuição dos recursos humanos do HJM. Luanda, 2011.

Recursos humanos	n	(%)
Efectivos	1352	**71**
Contratados	553	29
Total geral	**1.905**	100

Fonte: Relatório Jan/Mar, 2011, direcção administrativa do HJM (HJM, 2011a).

Entre a força de trabalho efetiva a principal ocupação é a de enfermeiro (42%), seguida pelo pessoal de apoio (29%), como demonstra a tabela 4 apresentada abaixo. Os médicos constituem apenas 6% deste efetivo. Este percentual pode ser explicado em parte pelo número insuficiente de médicos existentes no país.

Tabela 4: Recursos humanos efectivos do HJM segundo carreira. Luanda, 2011**.**

Carreira	n	(%)
Enfermeiros	562	**42**
Médicos	81	6
Pessoal administrativo	164	12
Pessoal de apoio	395	**29**
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	150	11
Total geral	**1.352**	100

Fonte: Relatório Jan/Mar, 2011, direcção administrativa do HJM (HJM, 2011a).

Um dos fatores que influencia a qualidade do atendimento está relacionado à insuficiência de recursos humanos em saúde no país para atender aos usuários. De

acordo com Monteiro e outros (2010) em Angola existe 1 médico para cada 10.000 habitantes, número inferior à recomendação da OMS (1:1000 habitantes). Segundo os autores, um dos aspectos que contribuem para este quadro é o fato de Angola ter poucas Universidades Públicas para a formação de médicos.

Mesmo entre os enfermeiros, verifica-se escassez de profissionais de nível superior, ainda em razão da existência de poucas Universidades públicas para formar pessoal de nível superior para a saúde. São ao todo menos de 1000 enfermeiros no país.

O corpo de enfermagem é composto ainda pelo auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem que, em conjunto com o enfermeiro de nível superior desempenham um papel importante na estruturação do cuidado à sáude no país. Nos três níveis que compõem a carreira (auxiliar, técnico e profissional de nível superior) existem no país mais de 20 mil profissionais.

Cabe destacar que dentro de cada nível de formação (auxiliar, técnico, superior) existem profissionais com nível de especialização diferenciado, conforme previsto no Decreto Presidencial n. 254/10 de 17 de novembro de 2010.

No Hospital Josina Machel os enfermeiros licenciados (efectivos) representam aproximadamente 10% do quantitativo de profissionais de enfermagem e actuam nas seguintes áreas: gestão, assistência e formação permanente. No tocante à gestão, estão colocados na direcção administrativa, direcção de enfermagem, chefias de enfermagem (enfermeiro chefe) dos serviços de unidade de terapia intensiva, ortopedia, cardiologia e cirurgia cardíaca, secção de custos hospitalares e como integrante da equipa de trabalho no núcleo de formação permanente.

Na área de assistência, os enfermeiros licenciados actuam na liderança das equipas de assistência de enfermagem na visão holística do *'cuidar do paciente'* no banco de urgência (medicina, cirurgia e corredores), unidade de terapia intensiva, unidade de terapia intensiva coronária e no internamento (internação) do serviço de cardiologia e cirurgia cardíaca e no bloco operatório de rotinas. Os profissionais de

enfermagem que fazem parte das escalas de serviço diurno e nocturno (12 horas) têm uma carga horária de 30 horas semanais, o que perfaz 120 horas mensais.

Os técnicos e os auxiliares fazem a gestão das enfermarias e lideram as equipes. Os profissionais de enfermagem integrados nas escalas de serviço cuidam dos pacientes 24/24 horas prestando atenção as suas queixas. Desempenham, ainda, outras actividades de rotina como supervisão, passagem de turno, administração de medicamentos conforme prescrição médica, preparação e acompanhamento de pacientes para realização de exames auxiliares de diagnóstico, orientação pré e pos alta hospitalar dentre outras.

Como dito anteriormente, para complementar o quantitativo de mão-de-obra necessáriorealizou-se a contratação de profissionais de outros países e de angolanos, contratados através de projetos especiais, como o Projeto Luacute.

Tabela 5: Distribuição de recursos humanos de contratação
HJM. Luanda, 2011.

Força de trabalho	n	(%)
Cirurgia cardíaca	105	**19**
Cooperação bilateral	51	9
Hemodiálise	85	15
Projecto Luacute	315	**56**
Total geral	**553**	100

Fonte: Relatório Jan/Mar, 2011, direcção administrativa do HJM (HJM, 2011a).

Cerca 56% dos 553 profissionais contratados tem sua atuação garantida pelo Projeto Luacute (tabela 5). Este projecto surgiu após a reabilitação desse hospital em 2005, que contou com apoio do governo japonês. Foi iniciativa de uma enfermeira que participou ddeste processo de reabilitação, Judith Maria Cecília Luacute (nome que tem o projecto), formada na USP- Brasil em meados da década de 90. A maoria dos profissionais contratados por este Projeto é de enfermeiros, em sua quase totalidade composta de angolanos.

O foco de actuação da enfermagem neste Projeto está direcionado a atividades voltadas para a humanização da assistência e a prestação de cuidados de enfermagem

na área de banco de urgência (salas de observação de cirurgia e medicina). No Hospital Josina Machel as salas de observação têm 40 camas, contando ainda com corredores com cerca de 80 macas.

A Cirurgia Cardíaca é uma área que necessita de apoio de profissionais de outros países para garantir o atendimento. Apenas em 2008 este tipo de cirurgia passou a ser feita no país, tendo o Hospital Josina Machel sido a primeira unidade sanitária do país a realizá-la.

Como o quadro de cirurgiões cardíacos em Angola é pequeno, e o número de enfermeiros e médicos cardiologistas insuficientes, 19% dos profissionais contratados pelo Hospital Josina Machel foram destinados a reforçar a mão-de-obra do setor, num total de 41 médicos.

No tocante à nacionalidade (tabela 6), 63% dos contratados são profissionais cubanos, o que pode ser explicado pela cooperação existente entre Angola e Cuba desde os primórdios da Independência nacional na saúde, educação e ensino e defesa.

É possível observar ainda que os Santomenses perfazem 16% do total de profissionais contratados, seguido dos Vietnamitas com 10%; estes já actuam em Angola na área da Saúde há mais de duas décadas, incluindo o sector de educação e ensino.

Tabela 6: Nacionalidade dos profissionais extrangeiros, contratados através de cooperação bilateral, HJM. Luanda, 2011.

Nacionalidade	n	(%)
Cubana	32	**63**
Búlgaro	1	2
Russa	2	4
Santomense	8	**16**
Ucraniana	3	6
Vietnamita	5	**10**
Total geral	**51**	100

Fonte: Relatório Jan/Mar, 2011, direcção administrativa do HJM (HJM, 2011a).

4.2 Descrição das consultas externas

O serviço de consultas externas possui um total de quarenta (40) consultórios de várias especialidades, funcionando de 2ª à 6ª feira das 8:00h às 15:30h, excepto os feriados, previsto pelo decreto nº 8/02 (Angola, 2002a). O número de atendimentos varia entre 150 e 200 pacientes dia (HJM, 2011c). Os médicos que trabalham nesse serviço são os mesmos que se encontram efectivos na sua área de internamento correspondente à especialidade.

Os referidos médicos também actuam no Banco de urgência (pronto socorro); isto é, a semana destes profissionais é dividida entre atividades nos setores de consultas externas, internamento e escalas de 24h no banco de urgências. Enquanto estiverem em banco de urgência dão suporte às enfermarias (internamento) em casos de necessidade (por ordem de chamada).

Figura 7: Entrada principal das consultas externas



Fonte: http://joanfuba.bloqspot.com/2008/10/hospital-maria-pia.html.

Actualmente, o serviço de consultas externas conta com trinta e quatro (34) profissionais de enfermagem, vinte e oito (28) catalogadoras (trabalhos burocráticos), dez (10) vigilantes e quinze (15) técnicos de diagnóstico e terapêutica (HJM, 2011) e 81 médicos.

Em geral as consultas são marcadas com antecedência no período da manhã. Na última semana de cada mês são marcadas consultas para o mês seguinte. Os funcionários não pagam a consulta e outros procedimentos no hospital e marcam suas consultas no mesmo guiché, porta 63. A marcação de consultas é feita por ordem de chegada. No caso dos funcionários do Hospital, estes fazem sua marcação 12 horas antes da realização da consulta/procedimentos.

Figura 8: Central de marcação de consultas externas



Fonte: máquina fotográfica digital, Chindia-Julho, 2011

4.2.1 Atendimentos nas consultas externas

As tabelas 7 e 8, apresentadas abaixo, mostram os atendimentos realizados no atendimento ambulatorial (consultas externas) do Hospital no período de Janeiro a Junho de 2011. Classifica os pacientes em três grupos: Paciente Agendado – aquele que marcou uma consulta no ambulatório; Paciente Efetivado – aquele que marcou a consulta, pagou a comparticipação e realizou a consulta e o Paciente faltoso – aquele que marcou a consulta e não compareceu;

Para a construção destas tabelas foi necessário ajustar os dados primários relativos ao número de pacientes agendados por especialidade, em virtude de algumas imprecisões existentes em dados ainda não revisados oficialmente. Desta forma, considerou-se como paciente agendado o somátorio do número de pacientes efetivados e de pacientes faltosos.

Como pode ser observado na tabela 7, apresentada a seguir, em todas as especialidades existe um percentual de consultas que, apesar agendadas, não foram efetivadas. Embora esperado, já que imprevistos podem acontecer em qualquer serviço, este comportamento não é desejado; uma vez que se a consulta foi marcada, deduz-se que o paciente precisava de atendimento.

Tabela 7: Pacientes agendados, efetivados e faltosos – total e % - Serviços de Consultas Externas – Hospital Josina Machel – Luanda, 2011

ESPECIALIDADE	PA	PE	PF	AC	PE/PA (%)	PF/PA (%)	AC/PA (%)
Anestesiologia	788	624	159	5	**79**	20	1
Angiologia	368	179	141	48	47	38	13
Cardiologia	2.775	1.521	1.196	58	55	**43**	2
Cirurgia geral	3.041	1.508	1.233	300	50	40	10
Ciru. pediátrica	561	265	225	71	47	40	13
Cirurg. plástica	177	**57**	59	61	32	33	35
Dermatologia	2.297	1.420	835	42	62	36	2
DTS/Infectologia	985	691	294	0	**70**	30	0
Endocrinologia	1.105	633	386	86	57	35	8
Estomatologia	2.017	786	1.118	113	39	**55**	6
Fisioterapia	593	436	157	0	**73**	27	0
Gastroenterologia	878	498	344	36	57	39	4
Hematologia	608	392	190	26	65	31	4
Maxilo-facial	914	656	258	0	**72**	28	0
Medicina interna	3.186	1.538	1.418	230	48	45	7
Nefrologia	565	379	171	15	67	30	2
Neurocirurgia	918	660	247	11	**72**	27	1
Neurologia	2.466	1.378	932	156	56	38	6
Nutrição	248	129	104	15	52	42	6
Oftalmologia	2.849	1.536	1.220	93	54	43	3
Ortopedia	3.445	2.135	1.134	176	62	33	5
Otorrinolaringologia	4.312	2.004	1.979	329	46	46	7
Proctologia	558	301	224	33	54	40	6
Psicologia	294	197	97	0	67	33	0
Reumatologia	221	86	116	19	39	**52**	9
Serviço soc. Clínico	23	8	15	0	35	**65**	0
Terapia neural	640	498	142	0	**78**	22	0
Urologia	1.436	932	459	45	65	32	3
Total geral	38.268	21.447	**14.853**	**1.968**	56	39	5

Fonte: Estatísticas de Atendimento de Consultas Externas do HJM - ja/jun de 2011(HJM, 2011b).

Paciente agendado (PA) - corresponde ao somatório dos pacientes efectivados, faltosos e os cancelados

Paciente efectivado (PE) - paciente que pagou e/ou realizou a consulta

Agendamento Cancelado (AC) - consultas desmarcadas pelo profissional

Paciente faltoso (PF) - é o paciente previamente agendado que não compareceu à consulta

A melhor relação entre o número de pacientes agendados e consultas efetivadas foi verificado no serviço de Anestesiologia, com 79% de efetivação das consultas agendadas. Alguns serviços atingiram a efectivação entre 70 e 77% das consultas (DST/infectologia, fisioterapia, maxilo-facial e neurologia). Outros serviços se situam entre 60 e 69% de efectivação (dermatologia, hematologia, nefrologia, ortopedia, psicologia e urologia). Seguem ainda outros serviços que se situam entre os 50 e 60% de efectivação (cardiologia, cirurgia geral, gastrenterologia, endocrinologia, neurologia, nutrição e oftalmologia).

Ainda de acordo com esta tabela, é possível verificar que a maior parte dos pacientes que faltaram à consulta previamente marcada está agendada para o serviço social clínico, com 65%, de não comparecimento, seguidos dos serviços de estomatologia com 55% e reumatologia com 52% de ausências. Encontram-se outros serviços com taxas de faltas entre 40% e 50% (cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, medicina interna, nutrição, oftalmologia, otorrinolaringologia e proctologia).

Quanto ao *cancelamento* de consultas previamente agendadas, verifica-se que os serviços de cirurgia plástica tiveram maior percentagem de cancelamentos, com 35%, seguido dos serviços de angiologia e cirurgia pediátrica com 13%. Em compensação, existem serviços que não registraram agendamentos cancelados (DST/infectologia, fisoterapia, maxilo-facial, psicologia, serviço social clínico e terapia neural).

Como pode ser observado na tabela 8, apresentada a seguir, os atendimentos agendados correspondem a 81% do total de consultas realizadas no Hospital Josina Machel. Ou seja, apenas 19% dos usuários chegam ao hospital sem um agendamento prévio, provavelmente, por não conseguido agendar a consulta em tempo hábil. Em alguns serviços como no caso das consultas aos portadores do virus HIV/AIDS e no atendimento buco-maxilo somente foram atendidos pacientes agendados.

Tabela 8: Pacientes efectivados sem marcação e total de atendimentos segundo especialidade- Serviço de Consultas Externas – Hospital Josina Machel – – Luanda. janeiro/junho de 2011

ESPECIALIDADE	PE	*PSM	TA (PE+PSM)	(PE/TA)*100	(PSM/TA)*100
Anestesiologia	624	22	646	97	3
Angiologia	179	8	187	96	4
Cardiologia	1.521	1.171	2.692	56	**44**
Cirurgia geral	1.508	265	1.773	85	15
Ciru. pediátrica	265	16	281	94	6
Cirurg. plástica	57	5	62	92	8
Dermatologia	1.420	91	1.511	94	6
DTS/Infectolog	691	0	691	**100**	0
Endocrinologia	633	11	644	**98**	2
Estomatologia	786	2.162	2.948	27	**73**
Fisioterapia	436	129	565	77	23
Gastroenterologia	498	26	524	95	5
Hematologia	392	7	399	98	2
Maxilo-facial	656	0	656	**100**	0
Medicina interna	1.538	111	1.649	93	7
Nefrologia	379	7	386	**98**	2
Neurocirurgia	660	18	678	97	3
Neurologia	1.378	51	1.429	96	4
Nutrição	129	4	133	97	3
Oftalmologia	1.536	124	1.660	92	8
Ortopedia	2.135	189	2.324	92	8
Otorrinolaringologia	2.004	409	2.413	83	17
Proctologia	301	15	316	95	5
Psicologia	197	7	204	97	3
Reumatologia	86	8	94	91	9
Serviço soc. Clínico	8	1	9	89	11
Terapia neural	498	41	539	92	8
Urologia	932	59	991	94	6
Total geral	**21.447**	**4.957**	**26.404**	**81**	**19**

Fonte: Estatísticas de Atendimento de Consultas Externas do HJM - jan/jun de 2011 (HJM, 2011b).

*Paciente sem marcação (PSM) - é o paciente não agendado previamente, que compareceu à consulta

Embora a ortopedia e a Otorrinolaringologia em números relativos apresentem desempenho um pouco abaixo dos serviços acima descritos, na ordem de 92% e 83%, respectivamente, em números absolutos estes serviços são os que atenderam o maior quantitativo de pacientes no Hospital.

É interessante observar que apesar de no serviço de cardiologia o percentual de pacientes agendados corresponder a 56% dos atendimentos realizados, este serviço é um dos que apresenta o maior percentual de atendimento de pacientes não agendados.

Uma das principais razões para que os pacientes agendados faltem à consulta (não a efetivem) deve-se, provavelmente, a ausência de recursos para pagar o atendimento. Tal comportamento pode ser explicado pela falta de recursos financeiros por parte de alguns pacientes para pagar no dia agendado a consulta ou, ainda pelo desconhecimento por parte do paciente da necessidade de pagar a taxa de co-participação para efetivar a consulta.

4.3 Entrevistas com os usuários

Foram entrevistados oito mulheres e seis homens. A idade dos respondentes variou entre 19 e 60 anos. A escolaridade mínima foi a 8ª classe, enquanto a máxima foi a 12ª classe. Um dos entrevistados não tinha nenhuma escolaridade. Doze são funcionários públicos e dois não têm vínculo laboral. O número de agregado familiar variou de 4 à 12 pessoas morando na mesma casa, além do entrevistado. A média salarial da família da maioria dos entrevistados variou entre 30.000.00 Akz (Kwanzas) à 100.000.00 Akz (equivalente a U$ 300 – U$1000 (dólares americanos).

Os usuários entrevistados vieram de várias partes da cidade de Luanda. A maioria veio de táxi (vulgo candongueiro), alguns vieram de transporte pessoal gastando de trinta minutos a uma hora e trinta minutos para chegar no Hospital Josina Machel. Alguns esperavam pelo atendimento em consultórios especializados, nos quais já se encontravam em tratamento. Outros ainda se encontram em fase de diagnóstico.

Os entrevistados se referiram ao facto de que o Hospital Josina Machel é um Hospital de referência nacional para o tratamento de várias patologias, sendo este o

factor principal para a procura do referido Hospital. Nem todos os usuários souberam precisar o tempo de espera para a consulta. Alguns relataram longos períodos de espera de até 10 horas. Registou-se que, no mínimo alguns esperaram cerca de duas horas e meia à três e outros 8 horas. No caso da cardiologia alguns 6 h às 16 horas.

"O atendimento está bom,…o problema é a demora…desde as 5 horas até agora (15horas e cinquenta minutos)!!?" (E10).

4.3.1 A consulta

Os entrevistados relataram ter procurado as especialidades de endocrinologia, cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, cardiologia e medicina interna (clínica geral). O tempo entre a marcação e a realização da consulta variou entre quinze dias hà quarenta e cinco dias. O tempo mínimo e único registado foi de dois dias. Alguns respondentes não foram precisos quanto ao tempo de duração da consulta; mas, outros, referiam em torno de cinco minutos a trinta minutos de duração da consulta. Importa lembrar que alguns dos usuários com tempo aproximado de cinco minutos de consulta vieram apresentar o resultado de exames auxiliares de diagnóstico.

Uma entrevistada referiu não ter tido consulta porque o médico não quis lhe atender alegando perda do processo clínico *"[...] se o processo perdeu eu não sou culpada,[o profissional] poderia me atender… a enfermeira que ouvia essa discussão teve pena de mim e levou-me ao consultório dum outro médico que já estava de saída… fui atendido pelo técnico "* (*E11).*

Os participantes do estudo mostraram-se satisfeitos com o atendimento médico em si, excepto um dos entrevistados que não foi atendido pelo médico mesmo com a consulta previamente marcada.

"Sinceramente aquele doutor...é um doutor excelente...sempre recebe bem os seus doentes... eh... e saímos satisfeitos"(E1).

Os usuários entrevistados se referiram à demora na entrega das fichas. Mencionam também problemas com a ordem de chamada para a consulta, já que algumas pessoas "passam a frente" no atendimento enquanto os que chegaram primeiro ficam de parte e são atendidos posteriormente. Isto tem gerado certa confusão em relação a coordenação das bichas de espera. Doze entrevistados relataram ter recebido explicações detalhadas sobre a sua doença e a forma de tratamento.

Dois entrevistados não receberam informações sobre o seu real problema, uma vez que aguardavam pelos exames auxiliares de diagnóstico. Um indivíduo não foi atendido em consultório. A maioria dos entrevistados não gostou a forma de atendimento, muita morosidade em todo processo antes de chegar ao consultório médico. Um dos entrevistados referiu não ter gostado o laboratório porque perdeu muito tempo para fazer o exame, teve que ir duas vezes ao laboratório porque o resultado saiu errado, não lhe foi explicado como deveria proceder antes do exame.

Segundo os entrevistados, os médicos fizeram anotações na sua ficha, com excepção daquele que não teve atendimento. Onze respondentes realizaram exame físico; enquanto dois foram à consulta apenas para apresentar o resultado de exames auxiliares de diagnóstico. Os entrevistados disseram ter recebido explicações de como tomar os remédios. A maioria dos entrevistados conseguiu entender o que estava escrito na receita. Dois dos entrevistados não conseguiram compreender a prescrição de alguns dos medicamentos. Alguns entrevistados relataram ter esclarecido as dúvidas, exceptuando um que permaneceu com dúvidas, quanto à prescrição.

"não entendi...os farmacêuticos vão dar conta... na consulta passada não tomei alguns medicamentos...ninguém conseguiu entender o que estava escrito na receita...nem os farmacêuticos...hum...hum. Só hoje é que o outro médico disse que esse medicamento está errado!!! (E4).

”Algumas coisas não entendi…as caligrafias dos doutores! Eh! são mesmo difíceis de entender”(E1).

Durante a consulta não entrou ninguém no consultório de acordo aos entrevistados. Houve apenas um caso em que alguém entrou no consultório, saindo imediatamente Os usuários entrevistados relataram ter recebido atendimento atencioso e respeitoso por parte dos médicos que os atenderam.

“sim…logo que entrei no consultório…ele deu-me a mão…ar sorridente e simpático…eh.. isso me diz que ele me tratou bem. E ao sair também me deu a mão”!. Um dos entrevistados referiu ser obrigação do médico prestar atendimento atencioso e respeitoso. (*E2*).

4.3.2 Instalações, conforto e limpeza do Hospital (consultas externas)

Todos os usuários entrevistados relataram existir condições físicas (instalações), conforto e boa higienização e limpeza no serviço de consultas externas. Um dos entrevistados apontou uma eventual falta de água corrente no Hospital, o que inviabilizou a realização de alguns exames laboratoriais.

> *“…tem falha d´agua…mesmo na 5ª e 6ª não se fiz exames porque não tinha água…um hospital como esse…!!!!” (E12).*

Existem cadeiras nos corredores de espera enquanto usuários aguardam pela consulta ou algum outro procedimento. Nos consultórios existem mesas e cadeiras para o paciente e acompanhante se sentarem, um lavabo para higienização das mãos do profissional e uma cama para exame físico. O chão e os lençóis são limpos. Existem casas de banho para homens e mulheres enquanto aguardam pelo atendimento.

> *” O tempo do hospital que cheira mal…já passou…que uma pessoa tem que entrar com o dedo no nariz…hum.eh..eh..eh até parece estamos na clínica!!…antes essas condições só eram vistas nas clínicas!!…” (E13).*

Os usuários entrevistados referiram existir no hospital locais bem identificados para pedir informações quando necessário. Alguns apontaram a existência de local para encaminhar reclamação, sendo que nenhum dos entrevistados já usou essas "caixinhas ou cestos" para alguma reclamação. Todos os entrevistados em algum momento fizeram exames laboratoriais e consideram a sala de colheita de exames limpa e a maioria dos exames foram entregues no prazo que correspondia à solicitação do médico. O hospital possui placas que orientam a circulação nas várias dependências da instituição.

4.3.3 Comparticipação (Co-pagamento)

Dos quatorze entrevistados, dez se manifestaram contra a comparticipação (co-pagamento), argumentando principalmente que se o hospital é público, é dever do Estado responsabilizar-se pelo atendimento dos cidadãos. Um dos respondentes perguntou qual seria o destino do valor arrecadado se o Estado é que custeia as despesas do hospital. Outros dois comentaram que os ricos deveriam pagar enquanto a população pobre, por exemplo, os camponeses, não deveriam fazê-lo. Dois entrevistados concordaram com o co-pagamento. Um deles acredita que o Estado não consegue sozinho arcar com as suas responsabilidades.

4.3.4 Sugestões dos entrevistados

Os usuários entrevistados não estão satisfeitos com o atendimento em geral (burocracia & morosidade). Eles acreditam existirem profissionais que preservam os ideais da sua profissão, enquanto outros precisam rever o seu vínculo com usuários que procuram os seus serviços. Um dos entrevistados sugere a existência de uma farmácia nas consultas externas à custo zero e/ou preço simbólico.

5. CONCLUSÕES

Como vimos ao longo do trabalho, a visão do usuário sobre a assistência prestada no âmbito do Hospital Josina Machel, nem sempre pode ser explicada por decisões cuja governabilidade encontra-se no âmbito do Hospital. Em parte, pode refletir decisões tomadas ao nível do sistema de saúde.

Em que pese os esforços do governo de Angola para melhorar a qualidade da assistência e aumentar o volume de recursos alocados na prestação do cuidado à saúde, como vimos no decurso do trabalho, ainda há muito a ser feito para que os angolanos gozem de um sistema de saúde de qualidade.

Um dos obstáculos a ser superado está relacionado ao modelo assistencial em saúde vigente em Angola, de carácter curativo e hospitalocêntrico. Ou seja, é um sistema em que a atenção primária e níveis intermediários de cuidado necessitam ganhar maior espaço na agenda da saúde pública nacional, retirando do hospital de alta complexidade a centralidade da atenção.

Por definição, sabe-se que hospitais de alta complexidade oferecem serviços de alto custo, uma vez que incorporam alta tecnologia. Ao mesmo tempo, seu alto custo inviabiliza a sua expansão, gerando uma combinação perversa entre a grande demanda por atenção e recursos escassos para satisfazê-la, o que desafia qualquer sistema de saúde, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. A manutenção deste modelo gera uma concentração de serviços na capital, ou em poucas províncias, o que acaba por dificultar o acesso físico ao serviço, uma vez que muitos usuários têm que se deslocar através de grandes distâncias para obter atendimento.

A alternativa de instituir o compagamento/ coparticipação do usuário no financiamento da assistência à saúde não tem se mostrado muito eficiente para a reversão deste quadro. Dada a baixa capacidade de pagamento da população angolana a implementação da co-participação acabou por aumentar a desigualdade no acesso. No

caso do Josina Machel, por exemplo, ocasiou o aumento da demanda para atendimento no Banco de Urgência; muitos dos que não se enquadram nos critérios de urgência e emergência, procuram este setor para serem atendidos por este não cobrar a taxa de co-participação.

Além disso, o fato de que muitos grupos estão dispensados de pagar a coparticipação torna, na prática, o decreto muito menos eficiente que o pretendido em relação à arrecadação de verbas para o hospital.

Outro aspecto a ser superado é a dependência do país de mão- de-obra estrangeira especializada para atuar no atendimento do setor saúde. O treinamento dos profissionais existentes e a ampliação do número de profissionais no país teriam reflexos positivos, entre outros aspectos, no processo de acolhimento e humanização do atendimento, rapidez no atendimento e correcção dos diagnósticos.

Em relação às dimensões avaliadas nas entrevistas sobre satisfação dos usuários, os itens melhor avaliados referiram-se ao comportamento repeitoso dos médicos e à pertinência dos diagnósticos e tratamentos, bem como as instalações do hospital, consideradas adequadas e limpas.

As críticas recaíram sobre dois pontos: o tempo de espera por atendimento e o copagamento.

O tempo de espera é um indicador de dificuldade no processo de acolhimento dos usuários. Não se observou qualquer tentativa de elucidação das questões que envolvem o atendimento aos pacientes.

Ao mesmo tempo, constata-se que os usuários entrevistados não concordam ou vêem sentido na instituição do copagamento, uma vez que o hospital é público. Isto pode ser explicado em parte por longos anos de um sistema de saúde universal e totalmente gratuito. Outro problema refere-se ao desconhecimento de normas legais pela população angolana. Em relação a este desconhecimento, o relatório de desenvolvimento humano em Angola do PNUD (2005), afirma que *"a divulgação das*

leis pelo governo é muito cara sendo o acesso ao diário da república um bom exemplo, de que as publicações não estariam ao alcance do cidadão comum", corroborando a idéia de que é muito difícil para a população acompanhar as alterações na legislação.

Em síntese, é possível afirmar que a satisfação do usuário depende de um amplo espectro de factores: modelo assistencial, qualidade, quantidade e capacitação de recursos humanos disponíveis, acesso da população aos serviços, equilíbrio na existência e convivência entre os vários tipos de tecnologia encontrados nos serviços de saúde.

No caso do HJM, as condições estruturais do serviço de consultas externas mostram que a questão do acolhimento é bem desenvolvida, com impacto na satisfação do usuário, mostrando a preocupação dos profissionais no desenvolvimento das tecnologias leves. Os entrevistados relataram satisfação, percebendo a criação de vínculo com os funcionários do hospital. Os problemas detectados, em especial, os de comparticipação e de tempo de espera para o atendimento não estão, como já apontado, nos limites da estrita governabilidade da instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO, R; VERA, A. **Evaluación de la satisfaccón de usuários de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile**. Rev.chil.salud publica; 5 (2;3): 81-89, 2001. Disponível: www.bireme.br. Acesso em: 20 de Maio de 2009.

ANGOLA. Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto (Sobre a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde). Diário da República nº 34, I série. Luanda, Agosto de 1992.

_____Lei nº 8/02 de 19 de Julho (Período de Funcionamento e o Horário de Trabalho da Função Pública). Diário da República nº 57, I Série. Luanda, Julho de 2002a.

_____Decreto nº 36/02 de 19 de Julho. (Regulamento da comparticipação da população nos custos com a Saúde). Diário da República nº57, I Série. Luanda, Julho de 2002b.

_____Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto (Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde). Diário da República nº 61, I Série. Luanda, Agosto de 2003.

_____Ministério das Finanças. Boletim Anual de Estatísticas do Orçamento Geral do Estado-2006. Gabinete de Estudos e Relações Económicas Internacionais. Luanda, Novembro, 2007. Disponível em: <http://www.minfin.gv.ao/fsys/Boletim_Anual_de_Estatística_geral_do_estado_2006.pdf>. Acesso em: 12 de Agosto 2011.

_____Ministerio das Finanças. Boletim Anual de Estatísticas do Orçamento Geral do Estado-2007. Gabinete de Estudos e Relações Económicas Internacionais. Luanda, Dezembro- 2008. Disponível em: <http://www.minfin.gv.ao/fsys/Boletim__de_Estatística_OGE_2007.pdf>. Acesso em: 12 de Agosto 2011.

_____ASSEMBLEIA CONSTITUINTE. (**Sobre a Constituição da República)**. Fevereiro, 2010. Luanda: 2010. Disponível em: <http://imgs.sapo.pt/jornaldeangola/ Content/pdf/CONSTITUIÇÃO-APROVADA_4.2.2010-RUI-FINALISSIMA.pdf>. Acesso em: 3 Março 2010a.

_____Decreto presidencial nº 254/10 de 17 de Novembro de 2010 (Sobre o Regime Jurídico da Carreira de Enfermagem. Diário da República nº 217, I Série. Luanda, Novembro de 2010b.

_____Decreto presidencial nº 260/10 de 19 de Novembro (Regime Jurídico que Define as Bases de Estruturação, Coordenação, Organização e Funcionamento dos Hospitais

Centrais, Gerais e Municipais e dos Serviços Especiais Serviço do Serviço Nacional de Saúde). Diário da República nº 219, I Série. Luanda, Novembro de 2010c.

_____Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de Novembro (Sobre a Política Nacional de Saúde). Diário da República nº 222, I Série. Luanda, Novembro de 2010d.

BOUDON, R; BOURRICAUD, F. Dicionário Crítico de Sociologia. Rio de Janeiro, Editora Ática S.A, 1993

CENTRAL de Marcação e Remarcação de Consultas Externas do Hospital Josina Machel. Luanda, 2011. 1 Fotografia colorida.

ESPERDIÃO, M; TRAD, L.A.B. **Avaliação de satisfação de usuários**. Ciência & saúde colectiva, 10 (sup): 303-12, 2005. Disponível em: www.bireme.br. Acesso em: 24 de Fev. 2009.

_____**Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais** Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, (22) 6 : 1267-1276, jun, 2006.

FERRI, S.M.N. et al. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. Interface, comunic, saúde, Educ, v.11, n23, Ribeirão Preto: 2007 p515-29.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed., Porto Alegre: Bookmark, 2004

FONSECA, S.M; GUTIÉRREZ, M.G.R; ADAMI, N. P. **Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial**. Revista brsileira de enfermagem 2006 p656-60.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

HOLLANDA, E. et al. **Satisfação dos usuários em três unidades de atenção à saúde da fundação oswaldo cruz**: Instituto Fernandes figueira, instituto de pesquisa clínica evando chagas e centro de saúde escola germano sinval faria. Relatório técnico final. Rio **de** Janeiro: 2008 136p.

HOSPITAL JOSINA MACHEL. Consultas externas. Serviço de supervisão: tabela de preços de comparticipação da população nos custos de saúde, segundo Diario da República nº 57, I Série de 19 de Julho de 2002. Luanda: Setembro de 2007.

_____**Memorando sobre o estado actual.** Luanda**:** 2010.

_____Relatório de jan/mar 2011. Direcção Administrativa. Luanda: 2011a.

_____Consultas externas. Estatística de atendimentos de jan/jun de 2011. Luanda: 2011b.

_____Reunião clínico administrativa. Resumo de Supervisão de enfermagem nas 24 horas, Julho de 2011. Luanda: 2011c.

IBGE. Paises-Angola. Sintese da População, Indicadores Sociais, Economia e Objetivos do Milénio, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/paises/main.php. Acesso em 17 de Agosto de 2011.

LEMME, A. C. et al. **A satisfação do usuário em um hospital universitário**. Rev.Saúde públ. S. Paulo, 25: 41-6, 1991. Disponível em: www.bireme.br. Acesso em: 24 de Fev. 2009.

MAURÍCIO, A. N. **História do hospital Josina Machel**. Luanda: 2010 25p.

MERHY, E; CECÍLIO, L.C**. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2003, v.27, n. 6, p110-122.

MONTEIRO, M.F.A. DIAS et all – Opção pelo Curso de Medicina em Angola: o caso da Universidade Agostinho Neto. Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 34 n.3 Rio de Janeiro, julho/setembro de 2010.

OLIVEIRA, M.M. Como fazer pesquisa qualitativa. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, M.S; ARTMANN, E. **Regionalização dos serviços de saúde:** desafios para o caso de Angola. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro: 2009, p751-760.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

THOMPSON, A.G.H;SUÑOL. R. **Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence**. Int J Qual Health Care (1995) 7 (2): 127-141.

TRONCHIN, D.M.R. et al. **O olhar dos usuários de um hospital de ensino:** Uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recem-nascidos. Enferm, Florianópolis. São Paulo: 2006. p401-408.

APÊNDICE

A Roteiro de entrevista……

B Termo de consentimento livre e esclarecido……

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do hospital josina machel em Luanda, Angola.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:_____

Entrevistador:_____

Entrevistado no_____

horário início _____ horário término_____

local da entrevista_____

Tema 1: Antecedentes da Consulta

1. O sr (sra) veio de que lugar (bairro/cidade) para a consulta de hoje? É o lugar onde o sr(sra) mora?
2. Veio através de que meio de transporte? Quanto tempo levou para chegar até o hospital?
3. Por que o sr(sra) veio se tratar aqui no J.M?
4. Quanto tempo esperou para ser atendido(a) pelo médico

Tema 2: A consulta

5. Qual é a especialidade que veio consultar?
6. Quanto tempo durou desde a marcação até a data da consulta?
7. Quanto tempo durou a sua consulta?
8. O sr(sra) pode me contar exatamente como foi o atendimento durante a consulta?

9. O/A médico/a explicou qual era a sua doença ou como o senhor estava reagindo ao tratamento? (Se havia melhorado, permanecia no mesmo estado, ou pior)?
10. O médico/a fez anotações na sua ficha?
11. O/A médico/a fez exame físico no senhor?
12. O/A médico/a explicou que remédios o sr(sra) teria que tomar e por que teria?

13. Conseguiu entender o que estava escrito na receita? A letra era clara? [[apenas para pacientes alfabetizados. Nos demais casos , perguntar se pode ver a receita, para avaliar a letra (deixar claro que não quer avaliar a prescrição). Anotar a própria opinião]
14. O/ A médico/a tirou suas dúvidas?
15. Alguém entrou no consultório durante a sua consulta?
16. O sr(sra) acha que o/a médico/a lhe dispensou um tratamento atencioso e respeitoso**? Por quê?**
17. Ocorreu algum problema durante a consulta ou algo que o sr(sra) não gostou? **O que foi? Descreva.**

<u>Tema 3: Instalações, conforto e limpeza do hospital</u>

18.O sr(sra) poderia me descrever o que havia no consultório (mesa para exames, cadeiras, equipamentos) [comparar posteriormente com o que de fato existe no consultório]

19. O chão e lençóis estavam limpos? Pedir para citar se havia algo sujo ou errado.

20.Havia cadeira para paciente e acompanhante sentarem?

21.Havia lugar para trocar de roupa p/o exame físico? Havia avental para vestir durante o exame físico? Era descartável?

22. Descreva o estado dos banheiros (se havia água, sabão, papel higiênico, tampas nos vasos sanitários; se havia vasos sanitários ou outro sistema para

coleta de dejetos), se o chão estava sujo ou limpo quando o local foi utilizado, cal a capacidade dos banheiros; se havia banheiros diferentes patra homens e mulheres

23. Há locais para o sr(sra) pedir informações no hospital?Descreva-os. Havia pessoas para atendê-lo quando precisou de alguma informação? A informação dada estava correta?

24. O sr(sra) reparou se existem placas que orientem a circulação no hospital?

25. O sr(sra) sabe se há algum lugar ou alguma forma de encaminhar uma reclamação? Qual (is)? Já utilizou alguns deles? (se sim, explorar motivos e desdobramentos: se a reclamação recebeu algum tipo de resposta; se algo mudou no serviço)

26. O sr(a)já fez exames aqui no Hospital? Descreva a sala de coleta ou de exame [quanto à sua limpeza e conforto].(identificar o que o respondente está descrevendo). Os exames que o sr(sra) fez foram entregues dentro do prazo?

Tema 4: Comparticipação (Co- pagamento)

27. O sr(sra) pagou algum valor para se consultar? Quanto? O sr(a) sabia que era necessário pagar para ser atendido? Por que? Por que o sr(a) acha que o hospital faz esta cobrança? Qual é sua opinião sobre esta cobrança? (incentivar a explicação)

Tema 5: Caracterização do respondente

28. Sexo_____

29. Idade_____

30. Escolaridade _____

31. Situação de trabalho_____

32. No de pessoas morando na mesma casa além do entrevistado _____

33.Média salarial da família _____

34. O Sr (a), gostaria de dizer mais alguma coisa?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Satisfação dos usuários" análise do serviço de consultas externas do hospital josina machel-maria pia" em Luanda. O objectivo deste estudo é Analisar a satisfação dos usuários das consultas externas do Hospital Josina Machel (HJM) em Luanda.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, e a qualquer momento o (a) sr pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em um gravador para posterior transcrição que será guardado por um período de dez (10) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de gestão hospitalar.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Luanda, ____ de _____ de 20___.

O pesquisador

_____

Emílio Domingos Chíndia

E-mail: emiliochindia@ensp.fiocruz.br
Telemóvel: +244 924 300 899/931534221

Brasil
CEP/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo Manguinhos Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21041-210
Tel.: (55) 21 2598-2863 – e-mail: cep@ensp.fiocruz.br Homepage: http://www.ensp.fiocruz.br/etica

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo.

_____

Sujeito da Pesquisa

ANEXOS

A Declaração de autorização p/ pesquisa no hospital josina machel……..

B Parecer do comité de ética e pesquisa da ENSP……..

ANEXO A Declaração de autorização p/ pesquisa no hospital josina machel

República de Angola
Ministério da Saúde
Hospital Josina Machel
Direcção Pedagógica e Cientifica

DECLARAÇÃO

De conformidade com a solicitação de recolha de dados pelo Sr. **Emílio Domingos Chindia**, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, autoriza – se o solicitante a recolher os referidos dados no Hospital Josina Machel.

Luanda, 31 de Maio de 2011.

O Director Pedagógico e Cientifico

Prof. Dr. Matuba Filipe

ANEXO B Parecer do CEP/ ENSP

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 14 de junho de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 114/11
CAAE: 0112.0.031.000-11

Título do Projeto: "Satisfação do usuário: análise do serviço de consultas externas do Hospital josina machel/maria-pia em Luanda."

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Eliane Hollanda / Emílio Domingos Chíndia

Orientadora: Eliane Hollanda

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 25 / 04 / 2011

Data de apreciação: 11 / 05 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Profa Ângela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP