

Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores*

ETHNIC EVALUATION OF HOSPITAL HUMANIZATION BY THE USERS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM AND THEIR MEDIATORS

ETNO-EVALUACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN HOSPITALARIA POR EL USUARIO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD BRASILEÑO Y SUS MEDIADORES

Annatália Meneses de Amorim Gomes¹, Escolástica Rejane Ferreira Moura², Marilyn Kay Nations³, Maria do Socorro Costa Feitosa Alves⁴

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo etno-avaliar a humanização da assistência hospitalar na percepção de usuários hospitalizados. Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2005, em hospital público de Fortaleza-CE, por meio do *percurso do paciente*. Participaram 13 usuários hospitalizados. A análise foi realizada pela técnica de análise categorial, originando as categorias: etno-avaliação da estrutura e dinâmica hospitalar, da imagem hospitalar e da competência profissional humana e técnica. Os usuários utilizavam múltiplas facetas para suavizar suas opiniões, sendo desvelados fatores incluídos nessas facetas, denominados *mediadores da etno-avaliação*, e os categorizaram em: condições da entrevista, condição socioeconômica, personalidade e religiosidade do usuário, discurso irônico, diagnóstico sombrio e necessidades atendidas e experiência anterior de hospitalização. Elementos revelados pelos pacientes são significativos para mobilizar profissionais e gestores com vistas a mudanças que promovam a humanização e incluam o usuário como etno-avaliador crítico social.

DESCRIPTORIOS

Antropologia cultural.
Hospitalização.
Humanização da assistência.
Satisfação do paciente.

ABSTRACT

This study was aimed at evaluating the humanization of hospital care ethnically, as perceived by the hospitalized patients. Data were collected from 13 inpatients from January to July/2005 in a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, according to the *patient's circuit*. This analysis yielded the following categories: ethnic evaluation of the hospital structure and dynamics, hospital and professional image, human and technical competence. The subjects used multiple aspects to soften their opinions, unveiling factors named *mediators of the ethnical evaluation*. Such aspects were categorized into: conditions of the interview, socio-economic status, user's personality and religiousness, ironic speech, somber diagnosis and necessities met, and prior hospitalization experiences. The elements revealed by the patients are significant in order to encourage professionals and mediators to mobilize towards humanizing changes, including the user as a social and critical ethnic evaluator.

KEY WORDS

Anthropology, cultural.
Hospitalization.
Humanization of assistance.
Patient satisfaction.

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo etno-avaliar la humanización de la asistencia hospitalaria según la percepción de los usuarios hospitalizados. Los datos fueron recolectados de enero a julio del 2005, en un hospital público de Fortaleza-CE, a través de la *opinión del paciente*. Participaron 13 usuarios hospitalizados. El análisis fue realizado por análisis de categorías: etno-avaliación de la estructura y dinámica hospitalaria, la imagen hospitalaria y la competencia profesional humana y técnica. Los usuarios utilizaron varias formas para suavizar sus opiniones, siendo mostrados factores denominados de *mediadores de la etno-avaliación* catalogados como: condiciones de la entrevistas, condición socioeconómica, personalidad y religiosidad del usuario, narración irónica, diagnóstico sombrio y necesidades atendidas y experiencia anterior a la hospitalización. Aspectos mencionados por los pacientes son significativos para movilizar profesionales y gestores para cambios que promuevan la humanización e incluyan al usuario como etno-avaliador crítico social.

DESCRIPTORIOS

Antropología cultural.
Hospitalización.
Humanización de la atención.
Satisfacción del paciente.

*Extraído do Projeto "Hospital Humano: etno-avaliação do cuidado centrada nos sentidos, significados e experiência vivida do paciente", financiada pelo CNPq. ¹ Psicóloga e Assistente Social. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande de Norte (UFRN). ² Psicóloga na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria da Saúde do Ceará. Natal, RN, Brasil. annataliagomes@secrel.com.br ³ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. escolpaz@yahoo.com.br ⁴ Antropóloga. Professora Doutora do Mestrado de Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil. mnations@unifor.br ⁵ Odontóloga. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. alfa@ufrnet.com.br

INTRODUÇÃO

Nos anos 1960, os serviços de saúde incorporaram referenciais da gestão da qualidade, até então utilizados na área industrial⁽¹⁾. Na década de 1970, surgiram as primeiras pesquisas de avaliação da qualidade em saúde, trazendo a satisfação do usuário como objeto de investigação. Dos anos 1980 em diante, foi crescente o número de reclamações e processos judiciais relacionados aos serviços de saúde, assim como a exigência de que a unidade do usuário fosse recuperada e reconhecida⁽²⁾. Fazia-se necessária a humanização nos serviços de saúde, evento que emergiu em função das insatisfações dos usuários, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a constituir, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)⁽³⁾. Apesar de várias iniciativas para melhorar a humanização nos serviços de saúde, como a reorientação do modelo de atenção centrada no usuário, o incremento de programas de qualidade e de sistemas de acreditação, a criação da PNH, o estabelecimento de ouvidorias e escuta ao cidadão, persistem barreiras à atenção humanizada.

Nos últimos anos, estudos têm avaliado os serviços hospitalares na visão dos usuários, porém com um enfoque predominantemente quantitativo, o que deixa uma lacuna no entendimento da humanização⁽⁴⁾. Avaliações dos sentidos, significados e experiências vividas pelos usuários hospitalizados são pouco efetuadas, quando captar a subjetividade é imprescindível, pois agrega o espaço das vivências, das emoções, as quais não se quantificam, uma vez que expressam singularidades⁽⁵⁾.

Humanização tem um conceito polissêmico, pois suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum de ser bom com o outro que sofre, passando por leituras essencialistas, até um humanismo revisitado, aberto ao singular de cada experiência humana, suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado na ética⁽⁶⁾. Portanto, este estudo se propôs compreender a humanização na perspectiva do senso comum, discutindo as bases culturais, as expectativas dos usuários e suas representações. Nesse contexto, a Antropologia insere a importância do subjetivo social na avaliação qualitativa, oferecendo instrumentos para sua apreensão, destacando-se a etno-avaliação. Tal método proporciona a apreensão, em profundidade, dos significados percebidos pelos usuários hospitalizados acerca da humanização.

Em face do exposto, decidiu-se pela apresentação deste artigo, com o objetivo de etno-avaliar a humanização da assistência hospitalar na percepção de pacientes hospitalizados.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, baseada na etno-avaliação. A dimensão dos significados, aspirações, atitudes, crenças e

valores expressam a linguagem comum na vida cotidiana, constituindo o objeto da abordagem qualitativa⁽⁷⁾. *Etno* corresponde à cultura, aos símbolos e aos sentidos de indivíduos ou grupos. A etnografia permite o acesso ao mundo e ao conhecimento do outro. Portanto, utilizá-la neste estudo permitiu desvelar os sentidos e significados culturais dos participantes acerca da humanização hospitalar⁽⁸⁾.

Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2005, em um hospital geral público, terciário, de Fortaleza-CE. Este é campo de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência obstétrica estadual. Possui 276 leitos, distribuídos em 29 especialidades médicas.

Participaram 13 pacientes, selecionados pelos critérios: escolha do primeiro da fila para atendimento na recepção do hospital, com a atenção para não repetir o motivo da hospitalização, buscando ampliar a diversidade de casos e os setores de internação. Quando isso ocorria, passava-se para o seguinte na fila. Pacientes com transtornos psíquicos e menores de 16 anos (por recomendação do Comitê de Ética) foram excluídos.

Humanização tem um conceito polissêmico, pois suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum de ser bom com o outro que sofre, passando por leituras essencialistas, até um humanismo revisitado, aberto ao singular de cada experiência humana, suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado na ética.

Uma combinação de técnicas (observação livre, observação participante e entrevista etnográfica) foi criada para captar a experiência de hospitalização, sendo denominada *percurso do paciente*⁽⁹⁾. Nos primeiros três meses, efetuou-se a observação livre, em que os elementos significativos foram registrados em diário de campo. Os 13 pacientes selecionados foram acompanhados desde a admissão até a alta, aprofundando o contato e a compreensão sobre a hospitalização, com base na observação participante e de entrevistas etnográficas profundas, que favoreceram a livre descrição dos acontecimentos. O tempo de acompanhamento dos pacientes variou de sete horas a 60 dias. O menor tempo (sete horas) foi o caso de uma paciente submetida a biópsia uterina. Percursos que duraram menos de sete dias foram de pacientes com as seguintes demandas: parto normal (dois dias); cirurgia estética vaginal (três dias); exérese de nódulo no pé (três dias); tireoidectomia (cinco dias); e um caso de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (cinco dias). Durante dez dias, acompanhou-se um paciente com artralgia (10 dias); um parto de alto risco na casa da gestante (área anexa ao hospital que abriga gestantes de alto risco moradoras de áreas de acesso difícil ao serviço de alta complexidade) (12 dias) e uma cirurgia bariátrica (14 dias). Por mais de um mês, acompanhou-se um paciente com leishmaniose cutânea (30 dias), uma parturiente de recém-nascido prematuro no Projeto Mãe Canguru (39 dias) e um paciente internado para biópsia pulmonar (45 dias). Durante dois meses, uma paciente hospitalizada para realizar histerectomia foi acompanhada.

As entrevistas etnográficas foram mescladas com livres narrativas dos usuários sobre a hospitalização, orientadas

pelas questões norteadoras: Conte-me como está sendo a sua permanência no hospital; Descreva como foi para você ficar internado; Descreva os eventos que o marcaram; Relembrando de sua entrada até esse momento, o que gostaria de destacar? O que mais você gostaria de dizer sobre sua passagem pelo hospital? As entrevistas foram gravadas e ocorreram nas enfermarias ou em áreas próximas, de acordo com o ambiente e a condição física dos usuários, bem como em seus domicílios. Estas foram transcritas na íntegra, por bolsistas, e validadas pelas pesquisadoras. A frequência de encontros com cada paciente ocorreu até a saturação de sua fala, ou seja, até o ponto em que a entrevista deixou de registrar fatos ou idéias e pensamentos novos⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias, as quais continham até seis leitos, algumas com ar-condicionado e boas condições físicas, enquanto outras apresentavam ventilação e iluminação precárias. Parte das entrevistas também ocorreu em locais próximos às enfermarias (corredores, jardins), sempre respeitando a disponibilidade e a privacidade dos informantes. Em duas ocasiões, as entrevistas foram efetuadas no domicílio dos entrevistados, em razão de a alta hospitalar não haver sido avisada previamente às pesquisadoras. A colocação do microfone próximo à boca do paciente facilitou sua privacidade e garantiu qualidade nas gravações.

Os dados foram organizados pela técnica de análise categorial de conteúdo⁽¹¹⁾. Na pré-análise, foram realizadas leituras flutuantes, com o intuito de agrupar as informações; em seguida, efetuou-se a exploração do material por meio de leituras repetidas das transcrições, permitindo identificar significados e definir agrupamentos de dados em categorias. Emergiram 225 unidades de significação, reunidas em: etno-avaliação da estrutura e da dinâmica hospitalar; etno-avaliação da imagem hospitalar; e etno-avaliação da competência profissional humana e técnica.

Notou-se que os usuários utilizavam múltiplas facetas para suavizar suas opiniões e críticas sobre a hospitalização, quando se passou a explorar o processo cognitivo utilizado para avaliar o serviço. Processo cognitivo é a realização das funções estruturais da representação (idéia ou imagem que concebemos do mundo ou de alguma coisa) ligadas a um saber referente a um dado objeto⁽¹²⁾. Nesse processo, realizaram-se releituras dos depoimentos, visando a desvelar os fatores incluídos nessas facetas, denominados *mediadores da etnoavaliação*⁽⁹⁾ e os categorizaram em: condições da entrevista, condição socioeconômica, personalidade e religiosidade do usuário, discurso irônico, diagnóstico sombrio e necessidades atendidas e experiência anterior de hospitalização. Finalmente, procedeu-se ao tratamento dos dados e sua interpretação. Os depoimentos apresentados no texto estão acompanhados por nomes fictícios, visando a preservar a identidade dos participantes, seguidos da idade e tipo de patologia ou procedimento.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde,

de, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹³⁾. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação dos objetivos da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, conforme o registro 111106-04.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quatro participantes do estudo eram do sexo masculino e nove do sexo feminino. A idade variou entre 16 e 93 anos. Quanto à escolaridade, seis entrevistados eram analfabetos ou não completaram o primeiro grau; um terminou o primeiro grau; e seis estavam cursando ou haviam concluído o ensino médio. Dois participantes residiam no interior do Estado do Ceará e os demais na periferia de Fortaleza. A totalidade dos participantes informou situação econômico-financeira equivalente à população de baixa renda. Dez participantes estavam internados pela primeira vez e três por duas vezes, no mesmo hospital da pesquisa.

Etno-avaliação da estrutura e da dinâmica hospitalar

Parte das enfermarias foi considerada desconfortável em razão do calor e do ruído interno provocado pela reforma em curso no hospital, somado ao barulho externo do trânsito. A longa distância entre a enfermaria e o posto de enfermagem (espaço onde se coordenam os registros e cuidados dos pacientes), o número de leitos superior à capacidade física das enfermarias, cama e banheiro impróprios ao porte de um usuário obeso, demarcaram o cenário físico do hospital como *desumano*. Improvisações e falta de sinalização interna causavam desorientação geográfica de usuários e familiares. Pacientes hospitalizados eram mantidos nos corredores por falta de leitos. Uma gestante de alto risco permaneceu em uma maca no interior de um banheiro, aguardando o momento do parto. Esta narrou:

Tinha gente que ia lá usar [referindo-se ao banheiro]. Quase ninguém me ouvia. Fui levada posteriormente para a sala de sofrimento [referindo-se à sala de pré-parto] e em seguida para uma sala de parto desativada, sem luz. Eu fiquei toda encolhidinha (Emília, 21 anos, gestante de alto risco).

Materiais e equipamentos avariados adiavam procedimentos. Algumas camas não permitiam a elevação da cabeceira e dos membros inferiores dos pacientes, dificultando a mudança de decúbito e o conforto. Parte dos colchões apresentava espumas desgastadas e o revestimento era plástico, um material quente.

Infra-estrutura precária foi percebida como sorte ou azar por certos usuários:

...leveei um pouco de azar, o aparelho estava quebrado e eles [referindo-se aos médicos] não sabem quando é que vão ajeitar (Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica).

Esta condição acarretava ansiedade àqueles que aguardavam cirurgia e os que tinham condições recorriam *aos serviços particulares para antecipar o procedimento cirúrgico*. Os usuários acrescentaram existir milhares e milhares de serviços piores. *Um profissional que os tratava bem, quando tinham acesso ao exame ou cuidado, atribuía o alívio à própria sorte, como se estivesse participando de um jogo de loteria.*

A informatização das áreas de marcação de consulta e de exames pouco contribuiu para reduzir a espera e os múltiplos retornos dos usuários ao hospital, pois frequentemente não funcionava e impossibilitava remarcações no mesmo dia, desencadeando desgaste emocional, gastos financeiros com deslocamento e morosidade no acompanhamento clínico, conforme revelaram Mário e Júlia:

Se chegar cedo e o médico não comparecer tem que esperar até 12 ou 13 horas para remarcar a consulta ou retornar no dia seguinte. Não é a moça que não quer [referindo-se a funcionária do setor], é o sistema que não aceita. Não funciona, não souberam colocar direito (Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica).

Toda vez que eu vinha, o computador tava coisado, fechado, por isso tem bem pouquinho marcação no meu cartão do pré-natal (Júlia, 16 anos, primigesta de parto normal).

A introdução da tecnologia informacional computadorizada precariza a qualidade da relação profissional de saúde-usuário, pois se sobressai a relação profissional-máquina em vez da informação e conversa entre pessoas, o que corrobora os resultados do presente estudo⁽¹⁴⁾.

A espera na recepção era longa e os usuários permaneciam na incerteza de serem atendidos, pois não havia comunicação satisfatória por parte dos funcionários. A burocracia era excessiva e a informação escassa, até mesmo para os usuários que percorriam o protocolo para realizar uma cirurgia:

Foi um tumulto, um tormento, fiquei das 11h às 19h esperando e não fui avisada que precisava de doador de sangue. Poderia ter perdido a chance de me internar e um dia de descanso no trabalho (Silvana, 22 anos, cirurgia estética vaginal).

A espera para a realização de exames e recebimento dos resultados era morosa. O tempo para efetuar um exame cardiológico era de um a dois anos e de 20 a 30 dias para a entrega, tornando o atendimento *muito difícil* e o sistema público uma *rede de saúde meio fraca*. Mesmo agendado, o exame não era garantido, deixando o paciente tenso. Alguns usuários pensavam em desistir pelas dificuldades de acesso, e outros buscavam opções para vencer este obstáculo, realizando exames externamente ou buscando ajuda de *conhecidos* com influência no hospital. Esse problema de acesso foi analisado pelos usuários como resultante da falta de critérios para organização das filas e regalias para *amigos* de funcionários. Os pacientes que criticaram tal ação, contudo, também se utilizavam dos mesmos recursos para driblar os impedimentos à assistência

hospitalar. Pela inexistência de critérios de avaliação de risco na emergência, os usuários decidiam entre si a prioridade do atendimento, baseados na solidariedade humana (Diário de campo). Esses dados corroboram estudo sobre a governança do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, realizado em seis estados incluindo o Ceará e 17 municípios escolhidos nesses seis estados, revelando que

a maioria das unidades têm sérias dificuldades para manter instalações e equipamentos, com repercussões desfavoráveis para a qualidade e eficiência do atendimento. As instalações físicas estão geralmente ruins⁽¹⁵⁾.

Os horários do atendimento ambulatorial não eram cumpridos pelos funcionários, aumentando o tempo de espera. Sobre esse fato, a maior parte dos usuários expressou que *faz parte da vida*, uma vez que, não vislumbrando outra opção, aceitavam conformados. Duas usuárias, entretanto, se indignaram com a inexistência de leito, adentrando as dependências do hospital para examinar a veracidade (Diário de campo).

Pacientes não pertencentes ao partido político do gestor municipal tinham negado o transporte do seu município para Fortaleza. Tal situação contraria os princípios do SUS, na medida em que as condições de atendimento e acesso são perpassadas por interesses e dificuldades que comprometem os direitos dos pacientes⁽¹⁶⁾. O cumprimento dos ditames legais, de garantia de acesso e integralidade na assistência, são alguns dos desafios a serem superados na busca por uma atenção à saúde humanizada⁽¹⁷⁾.

Para garantir a segurança sobre os pertences dos usuários, apenas bens de uso extremamente necessário os acompanhavam, sendo mantidos os demais no setor de guarda de pertences. Nem sempre havia adesão a essa rotina por parte dos usuários, que permaneciam com seus objetos apesar de lhes exigir vigilância constante, algo muitas vezes prejudicial ao seu repouso e sono.

Etno-avaliação da imagem hospitalar

O hospital foi definido como *lugar ameaçador*, atribuído ao medo de *pegar coceira* - uma usuária mantinha sua toalha no próprio leito para não entrar em contato com pertences de outros pacientes e se contaminar. Tal ameaça também foi revelada no medo de perder a criança:

eu tinha muito medo do meu bebê morrer sem ser atendido [...] quando soube que viria pra Fortaleza - Ave Maria (Sílvia, 30 anos, puérpera do Projeto Mãe Canguru).

Esse relato retrata o receio de não obter acesso ao serviço, gerando temor e busca de apoio na religiosidade – *Ave Maria*.

Outra imagem do hospital foi o de um espaço de *prisão*, de confinamento, comparado à condição de *prisioneiro*. Essa metáfora foi associada ao uso das roupas listradas e numeradas, das grades nas janelas, e pelas normas impostas no hospital. Essa realidade corresponde ao que foi definido como *instituições totais*, ou seja, locais de residên-

cia ou de trabalho nos quais as pessoas são segregadas da sociedade, permanecendo fechadas, isoladas e formalmente administradas⁽¹⁸⁾. É exercido o controle das necessidades humanas pela organização, o que se observou na proibição de saída dos pacientes do hospital, distanciando-os da vida cotidiana em relação ao mundo exterior e provocando rupturas nos vínculos familiares e sociais.

Uma usuária da *casa da gestante* relatou que, vestida com um uniforme *listrado* do hospital e sendo *levada* por uma enfermeira para realizar exame em outra unidade de saúde, causou *espanto* nas pessoas, que a compararam a um preso sob escolta policial. As vestimentas padronizadas em tonalidade rosa foram rotuladas de *roupinhas da Barbie* e as de tom amarelo ao fardamento do *gari*, como forma de desaprovar a rotina hospitalar que impõe modelos e rompe com a individualidade dos pacientes. Essas simbolizações confirmaram a idéia de que os usuários etno-avaliam a hospitalização com base em fatores socioculturais, valores, estado psicológico, gênero, expectativas e consciência de cidadania⁽⁶⁾.

A presença de um gavião (ave falconiforme) na pracinha (uma área interna do hospital que permite banho de sol, contato com um jardim) causava medo às puérperas, pois a ave:

rasga a cabeça das pessoas, já rasgou a cabeça de não sei quantos (Silvia, 30 anos, puérpera do Projeto Mãe Canguru).

Essa paciente não usufruía desse espaço de humanização com o seu filho recém-nascido, temerosa de que acontecesse um mal maior. Esse aspecto só é revelado quando se interage com a intimidade da hospitalização, abrindo espaço para conhecer a dinâmica de seu funcionamento. Ressalta-se, todavia, importância desses espaços de ambiência, como *territórios de encontros*⁽³⁾.

Etno-avaliação da competência profissional humana e técnica

Caracterizada pelas atitudes e maneiras de se comunicar e informar, a competência humana foi o componente mais destacado na etno-avaliação da humanização hospitalar. A competência técnica associada à habilidade e à ação no cuidado também apareceu como requisito importante da prática humanizada.

Predominaram as narrativas que retrataram atitudes de indiferença, grosseria e descaso, poder associado ao *status* financeiro e ação individualizada sem espírito de equipe. Outras reconheceram o diálogo e o comprometimento de alguns profissionais, marcadamente de uma enfermeira que rezava o terço com os usuários, e de uma terapeuta ocupacional, que promovia atividades artísticas.

A comunicação era desfavorável, já que o paciente não era tratado pelo nome, nem olhado com interesse, e a linguagem utilizada era incompreensível à maioria (Diário de campo). O encontro com a alteridade, o qual permitiria o

diálogo e a negociação de atos, era prejudicado pelas precárias condições de trabalho, múltiplas jornadas e escassa valorização do trabalhador. Esses fatores produzem indiferença nos profissionais, impedindo-os de estabelecer uma interação plena com os pacientes, que prima pelo respeito, acolhimento, conversa e reciprocidade⁽¹⁹⁾.

Normas e rotinas de troca de curativos, troca de *scalp*, entrega da medicação e alimentação foram cumpridas parcialmente. Exigia-se o banho em horários indesejados pelo paciente e era proibido o uso de vestimentas próprias. Constatamos, pois, a despersonalização e imposição de normas, com desrespeito à autonomia e à decisão do paciente. Ignorando a expressão singular dos sujeitos e sua cultura, a organização hospitalar impõe uma rotina que atende, em massa, os pacientes⁽¹⁶⁾. Estudo com 23 puérperas de alojamento conjunto no sul do País identificou representações de medo, submissão às rotinas institucionais e à equipe de saúde, em um misto de acomodação e resistência à maneira pessoal como são tratadas⁽²⁰⁾.

Os maqueiros transportavam pacientes bruscamente, com excesso de força, *de qualquer jeito*, expresso na hesitação de uma usuária:

hoje me senti desprotegida, apesar de estar sendo levada por aqueles homens tão fortes, que poderiam ser mais delicados (Eva, 50 anos, paciente submetida a histerectomia total).

Narrativas dos usuários, nos diferentes momentos do percurso, exibiram grau de satisfação excelente (*5 estrelas, 100%, Vip, não falta nada*), bom (*bonito, bacana, legal*) e mau (*muito fraco, é uma zebra, Ave Maria!, Por caridade!*), em uma demonstração de que na etno-avaliação o sujeito formula sua forma pessoal de avaliar e categorizar a hospitalização.

Mediadores da etno-avaliação

Condições da entrevista

A presença de profissionais em alguns momentos das entrevistas bloqueou o discurso do usuário, que gaguejava, se mexia no leito, mudava o olhar, até parar de falar. Nessas circunstâncias, o gravador era desligado, enquanto o entrevistado manifestava sinais para fazermos pausas ou mudarmos de assunto. Oportunamente, o foco da entrevista era retomado.

A colocação do microfone próximo à boca do usuário permitiu adequada captação da voz, o que permitiu que a entrevista ocorresse em voz baixa, proporcionando privacidade ao informante, que, diante dos companheiros de enfermagem, não demonstrou constrangimento, permitindo o fluxo normal da conversa. Esse cenário não alterou os depoimentos dos participantes, embora estivesse em espaço com outras pessoas.

O fato de se utilizar a entrevista etnográfica constituída de questões norteadoras, estimulando a fala livre do sujei-

to, o contato com sentimentos vividos e pensamentos críticos, acolhendo sua narrativa e acompanhando-o no *percurso do paciente*⁽⁹⁾, promoveu a expressão de idéias e pensamentos reservados. As questões orientadoras foram retomadas em diferentes momentos da entrevista, o que conduziu à obtenção de respostas antes não reveladas. Embora tenham sido tomados esses cuidados, as pesquisadoras não se isentaram do que permeia o *entre nós*, recortado por intersubjetividade e interpretações, que ora nos aproximaram, ora nos afastaram do mundo moral dos usuários.

Condição socioeconômica, personalidade e religiosidade dos sujeitos do estudo

As respectivas condições medeiam o posicionamento crítico dos usuários ante a realidade, pois situam o serviço público de saúde como a única opção. Assim, em alguns momentos, *qualquer atenção recebida é melhor do que não ser assistido*. Esse raciocínio foi trazido por uma gestante, ao opinar sobre o silêncio das mulheres diante da longa espera na emergência obstétrica:

nos hospitais públicos vem mais gente carente, a pessoa não tem escolaridade, aí acha que falar [referindo-se a reivindicar seus direitos] é errado (Amélia, 25 anos, gestante com DHEG).

Esse comportamento é reforçado em virtude da imprevisibilidade da reação do profissional, da qual poderá *receber uma palavra agressiva*; ou pelo medo de ser prejudicado:

às vezes você vai reclamar uma coisa, o cara não acha que tá errado e faz até um dano na gente (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Esse temor foi identificado ainda na linguagem diminutiva empregada pelos usuários ao criticar: *senhazinha, probleminha, temperozinho, pessoa delicadazinha*. Também houve falas interrompidas, expressões corporais de bater os dedos das mãos, mexer os pés, numa demonstração de *medo* em falar algo que contrariasse a imagem do hospital.

Para alguns dos entrevistados, não reclamar faz parte da personalidade do indivíduo, de como se posiciona perante o cotidiano. Foi identificado o tipo *sou conformado com as coisas*; o que *não se afoba*, ao afirmarem que atitudes dessa natureza só prejudicavam, sendo prudente ter paciência; o tipo *não gosta de reclamar nem de ser reclamado*; e o que *não se maldiz*. Um usuário, mesmo se considerando passivo, exclamou:

sei que temos direito de reclamar! (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Em outras situações, as atitudes foram de acomodação, ante as dificuldades pela comparação a condições piores, apesar da negação dos direitos dos usuários hospitalizados:

todo canto é assim... existem milhares e milhares piores (Maria, 55 anos, paciente da clínica ginecológica).

Uma usuária atribui à sua perseverança pessoal a satisfação com o tratamento ao lutar por sua saúde:

Quanto ao hospital foi muito bom e estou satisfeita, mas por mim mesma, porque procurei profundamente. Puxa vida, eu fui mal atendida no começo, mas fui em frente [...] teve uma médica que disse que já era um pré-câncer, então eu tive um cuidado maior (Eva, 50 anos, submetida a histerectomia total).

Embora a maioria dos usuários tenha se manifestado passivamente com relação aos fatores já referidos, raiva e indignação foram reveladas. Estes sentimentos estavam contidos pela necessidade da assistência e pelo poder institucional. A imersão por sete meses neste universo hospitalar permitiu a observação de quatro episódios de posicionamento ativo dos usuários. Cada crítica, todavia, era amenizada por desculpas:

Aí eu não sei se por motivo de necessidade ou se era pra ter sido mesmo assim, eu não entendo a anestesia, como foi a raque, foram três vezes que ele teve que perfurar (Solange, 43 anos, internada para tireoidectomia).

[...] mas isso pra mim não teve nenhum problema não [referindo-se a uma situação constrangedora]. Acho que eu nem ia falar, tô falando até porque você [a pesquisadora] precisa saber (Edna, 50 anos, submetida a histerectomia total).

A religiosidade mediu a etno-avaliação, uma vez que a recuperação da saúde e a morosidade da cirurgia, por exemplos, foram, na maioria das vezes, atribuídas à vontade divina, assim como a cura foi concedida ao poder de Deus que se manifesta por meio dos médicos. Uma paciente manifestou a idéia de que *estava internada no coração de Nossa Senhora* (Eva, 50 anos, submetida a histerectomia total) e outro paciente afirmou:

A gente se sente satisfeito quando o médico diz que o exame tá normal; a gente tá com fé no poder de Deus, porque quem cura é Deus (Mano, 93 anos, paciente da clínica médica, paciente com leishmaniose cutânea).

A cultura precisa ser compreendida não só com base na singularidade das pessoas, mas de influências herdadas pelos indivíduos na sociedade e que se refletem na forma como vêem o mundo, julgam e se relacionam com os outros de seu meio⁽²¹⁾. Um *norte central na perspectiva da humanização* é uma atenção em conformidade com as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, contextualizadas em seu mundo cultural e social, e isso implica incluir a visão do usuário na avaliação dos serviços⁽⁵⁾.

Discurso irônico

O discurso irônico tanto pode ser utilizado de forma sutil quanto explícita. O usuário critica as situações e pessoas pela duplicidade do discurso irônico⁽²²⁾. Os depoimentos apresentados a seguir ilustraram esse tipo de mediação, na qual o sim representa o não e vice-versa:

Vou convidar o Sr. Lúcio [referindo-se ao Governador do Estado à época da pesquisa] para ver aqui o apartamento. É muito bonita a cama pequena, é última geração. A cama bem estreitinha, os caras têm quase duzentos quilos, têm que deitar nessa cama [a bonita na verdade é feia].

Bendita obesidade [insatisfação com a obesidade].

E o bom é que perderam meu exame de HIV [o bom era a indignação pela perda do exame] (Mário, 42 anos, paciente de cirurgia bariátrica).

Em outra ocasião, um usuário recebeu um atendimento que o desagradou, mas, ao se expressar diante do outro, demonstrou o contrário, afirmando estar tudo bem:

Percebo que ela [referindo-se a uma funcionária] não tá fazendo de bom gosto, mas faço de conta que tá tudo bem. Tem alguma coisa que a gente não gosta, mas tem que aceitar gostando. Não posso nem dizer essas coisas, a senhora sabe (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Embora o usuário tenha se mostrado primeiramente satisfeito com a hospitalização, à medida que os laços de confiança entre pesquisadoras e usuários foram se aprofundando, este foi revelando nas entrelinhas do discurso, no *não dito*, nas comparações e críticas a respeito do serviço público de saúde, as narrativas mais reservadas. As ironias, metáforas e falas que traduzem uma crítica implícita constituem verdadeiros roteiros escondidos que são formas de resistência ao poder dominante e autoritário que o usuário encontra no hospital⁽²²⁾.

Diagnóstico sombrio e necessidades atendidas

A preocupação de um usuário com a possibilidade de um diagnóstico *sombrio*, como *aquela doença do câncer*, o envolveu de forma que as dificuldades da hospitalização se tornaram secundárias. Nesses casos, a internação foi vivida em função de seu problema maior, o *problema*, e os demais acontecimentos em derredor passaram a ter menor importância.

Quando nasceu o bebê tão esperado, sentia-se melhor com o tratamento, realizava sua cirurgia ou exames; com a previsão de alta, o usuário tendia a *esquecer* os momentos negativos do *percurso do paciente*⁽⁹⁾:

Na hora mesmo senti raiva, mas depois passou. É como a doutora disse: - quando você tá do lado de fora, você espera, espera, mas depois que você entra lá dentro, toma um banhozinho, se acalma, tudo passa. Realmente, depois que já tava lá dentro, já tinha me operado, pronto! (Silvana, 21 anos, cirurgia estética vaginal).

Cada momento foi marcante e fica registrado na memória. A gente não vai esquecer nunca. Com certeza, hoje pra mim é só felicidade, tá tudo maravilhoso, hospital maravilhoso, porque eu vou sair, né? (Amélia, 25 anos, paciente com DHEG).

Portanto, o *mau* se torna *bom* mesmo que situações *desumanas* sejam vividas no *percurso do paciente*⁽⁹⁾. A avaliação da satisfação do usuário baseada somente na lógica quantitativa de avaliação deixará de perceber os elementos mencionados, detectando uma satisfação irreal. As relações sociais no espaço do hospital são complexas, conflitantes, conformam interesses múltiplos e contraditórios. Por isso, para compreender os significados dos pacientes da internação, é preciso compreender esta micro-realidade específica associada às questões macroestruturais⁽²³⁾.

Experiência anterior de hospitalização

Essa condição ofereceu elementos de base comparativa nos julgamentos dos participantes. Alguns usuários, mesmo não se referindo a hospitalização anterior, expressaram experiência de atendimento ambulatorial, como parâmetro de comparação. Assim, se o serviço utilizado foi público ou privado, ou se o usuário já esteve internado, observava aspectos que poderiam passar despercebidos ou aceitaram situações e imposições por não conhecerem outra realidade semelhante.

O longo tempo de permanência no hospital foi mediador, pois, ao mesmo tempo em que o usuário se adaptava ao ambiente, também aumentaram suas queixas com relação às rotinas ou à intenção de retornar à família e ao trabalho. O usuário se mostrou multifacetado, dotado de múltiplas historicidades e experiências que modulam e implicam seu entendimento da hospitalização. Essa pluralidade e diversidade cultural precisa ser considerada na relação com esse sujeito e no que se pretende conhecer de seus significados e sentidos para a humanização hospitalar, a fim de reaver a sua autonomia e torná-lo o centro do cuidado humano⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu perceber a pluralidade de perspectivas dos sujeitos do estudo em etno-avaliar a humanização hospitalar, ou seja, a humanização mostrou-se relacionada à estrutura e dinâmica do hospital, sua imagem e a competência profissional humana e técnica. Nessas vertentes, uma diversidade da experiência humana emergiu, manifesta na multiplicidade de significados e sentidos de cada entrevistado, denotando heterogeneidade, complexidade, diversidade e diferenças culturais.

Outro aspecto a ser destacado foram os mediadores da etno-avaliação, identificados como elementos capazes de modificar as opiniões dos sujeitos, como: as condições nas quais as entrevistas foram efetuadas; condições socioeconômicas, personalidade e religiosidade dos entrevistados; discurso irônico; diagnóstico sombrio e necessidades atendidas; e experiência anterior de hospitalização.

Nesse contexto, a idéia de que falta ao usuário competência para avaliar a humanização hospitalar foi negada.

Os saberes e a lógica de avaliação pertencem a diferentes domínios do conhecimento, de modo que a experiência acumulada pelos usuários os credencia a estabelecer seus indicadores de avaliação, conforme verificado na variedade das dimensões que apontaram em suas etnoavaliações.

Conclui-se que os elementos revelados pelos entrevistados são significativos para mobilizar profissionais e gestores rumo a transformações que tornem a hospitalização humanizada e incluam o usuário como etnoavaliador crítico social.

REFERÊNCIAS

1. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990.
2. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. *Saúde Debate*. 1999;23(53):81-92.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização. Documento base. Brasília; 2006.
4. Esperidião MA, Bomfim LA. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1267-76.
5. Santos-Filho SB. Perspectivas de avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):999-1010.
6. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):401-3.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
8. Spradley JP. The ethnographic interview. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
9. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, *cavalo batizado* e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2103-12.
10. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-89.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, Jesvino JC, organizadores. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2003. p. 51-80.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25
14. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 (2): 502-11.
15. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Relatório nº 36601-BR. Brasília; 2007.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília; 2006.
17. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):825-39.
18. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2003.
19. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):221-7.
20. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):72-80.
21. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Bittenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):36-43.
22. Hutcheon L. Teoria e política da ironia. Belo Horizonte: UFMG; 2000.
23. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.

Agradecimento

Aos funcionários e aos pacientes hospitalizados no Hospital Geral Dr. César Cals, durante a pesquisa.