

VIRGINIA MERCÊDES D'LAZARI DE SOUZA

**A OUVIDORIA NA PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR:  
AÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS - BRASIL  
2017

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

S729o  
2017 Souza, Virgínia Mercêdes D'lazari, 1991-  
A Ouvidoria na promoção da humanização hospitalar :  
ações e contribuições / Virgínia Mercêdes D'lazari Souza. –  
Viçosa, MG, 2017.  
xv, 114f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Tereza Angélica Bartolomeu.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.87-94.

1. Sistema único de Saúde (Brasil) - Serviços ao cliente.
2. Ouvidorias - Brasil. 3. Hospitais - Administração.
4. Humanização dos serviços de saúde. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Economia Doméstica. Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica. II. Título.

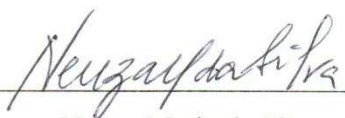
CDD 22 ed. 362.10981

VIRGÍNIA MERCÊDES D'LAZARI DE SOUZA

**A OUVIDORIA NA PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR:  
AÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de junho de 2017.



Neuza Maria da Silva



Nina Rosa da Silveira Cunha



Tereza Angélica Bartolomeu

(Orientadora)

## AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa concluída! Uma sensação de alívio e de dever cumprido, certamente a mais prazerosa conquista. Mas, esta conquista devo aqueles que me ajudaram e me incentivaram a enfrentar as dificuldades e aos momentos bons também, encontrados no caminho percorrido durante a realização desta pesquisa. Portanto, agradeço:

Primeiramente, ao meu Deus, por sempre me abençoar e iluminar o meu caminho nos momentos tortuosos, fazendo com que eu cumprisse mais uma etapa e aos momentos especiais e sonhados que me proporcionou.

Em especial, a minha querida mãe Cruzimar e aos meus irmãos Leticia e Thúlio, por acreditarem no meu potencial e estarem ao meu lado nas minhas decisões, pelo imenso amor, amizade e companheirismo concedidos e, pela compreensão, paciência, preocupação e força nos momentos de desespero e desesperança.

À minha orientadora, Tereza Angélica Bartolomeu, por me orientar e instruir ao longo dessa caminhada, compartilhando comigo seus vastos conhecimentos e competência; a confiança depositada em mim e no meu trabalho; a compreensão dos meus erros; o carinho e paciência nos dias de angústias e ansiedade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica - UFV e do Departamento de Economia Doméstica - UFV, pelos ensinamentos proporcionados nas disciplinas ministradas e aos demais funcionários, as ajudas e esclarecimentos das dúvidas.

Às professoras Neuza Maria da Silva e a Nina Rosa da Silveira Cunha, pelas importantes considerações na defesa do projeto e da dissertação.

Às pessoas iluminadas que me ajudaram na construção e aperfeiçoamento da dissertação, em especial a Natália, Silvânia, Gilberto, Aline, Ritinha, Simone, Suelem e Regilaine, vocês foram essenciais na concretização dessa pesquisa.

Aos meus amigos, mais próximos e também os distantes fisicamente, que me acompanharam nessa trajetória, na qual compartilhei as dificuldades e alegrias; o incentivo a continuar a batalhar pelos meus objetivos; as tentativas de me tirarem de casa para distrair e as conversas descontraídas para aliviar a ansiedade, a tristeza, o estresse, o cansaço e as inquietações. E aos meus novos amigos que o mestrado me proporcionou conhecê-los; em especial aquelas que se tornaram as minhas companheiras de mestrado, agradeço aos momentos divididos de desespero, inquietações, tristezas, dúvidas, ensinamentos, conquistas,

saidinhas, risadas e alegrias. Esses momentos foram importantes para o meu crescimento pessoal e profissional e, tornaram o mestrado mais divertido e prazeroso.

Aos hospitais que autorizaram a realização da pesquisa, principalmente a todos os colaboradores e clientes/pacientes/acompanhantes, que cederam o seu tempo e participaram da coleta de dados.

Agradeço, ainda, à CAPES pelo apoio financeiro, que foi essencial na execução dessa pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para a realização dessa conquista, o meu muito obrigada!

## **BIOGRAFIA**

VIRGÍNIA MERCÊDES D'LAZARI DE SOUZA, filha de Creuzimar de Souza, nasceu em Belo Horizonte, Minas Gerais, no dia 14 de abril de 1991.

Graduou-se em Economia Doméstica em janeiro de 2015, na Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais. Durante a Graduação, foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Seus estágios foram realizados nas áreas de vestuário e têxteis, limpeza e higiene das roupas e hotelaria.

Em março de 2015, ingressou no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais.

Em 28 de junho de 2017 defendeu a dissertação “A Ouvidoria na promoção da humanização hospitalar: ações e contribuições”.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	vii
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	viii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiv
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	2
1.2 PRESSUPOSTO .....	3
1.3 JUSTIFICATIVA .....	3
1.4 OBJETIVOS .....	4
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS .....	5
2.2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	7
2.3 O SISTEMA ÚNICO SAÚDE NO BRASIL.....	10
2.4 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	13
2.5 A OUVIDORIA NA SAÚDE .....	19
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>26</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO .....	27
3.3 UNIVERSO E AMOSTRAGEM .....	27
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	29
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS .....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS .....	34
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS OUVIDORIAS .....	36
4.3 DINÂMICA DE OPERAÇÃO DA OUVIDORIA .....	40
4.4 PERCEPÇÃO DOS COLABORADORES QUANTO À IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DA OUVIDORIA NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR .....	48
4.5 A PERCEPÇÃO DO CLIENTE QUANTO À SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONHECIMENTO DE SEUS DIREITOS E O SERVIÇO DE OUVIDORIA .....	70
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>82</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>87</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>95</b>
APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NOS HOSPITAIS.....	96
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	97
APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM AS OUVIDORAS .....	99
APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS GERENTES, COORDENADORES, SUPERVISORES DOS SETORES .....	102
APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A SUPERINTENDENTE EXECUTIVA/ GERENTE GERAL.....	104
APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O COORDERNADOR DA COMISSÃO DA HUMANIZAÇÃO.....	106
APÊNDICE G- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS CLIENTES DA SAÚDE .....	108
APÊNDICE H- QUADRO - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DOS HOSPITAIS ENTREVISTADO.....	110
APÊNDICE I - TABELA- CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES DA SAÚDE ENTREVISTADOS.....	111
<b>ANEXOS .....</b>	<b>112</b>
ANEXO A – ORGANONAGRAMA DO HOSPITAL A .....	113
ANEXO B – ORGANONAGRAMA DO HOSPITAL B .....	114

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Dinâmica de operação da Ouvidoria e o fluxo das manifestações recebidas na Ouvidoria do Hospital A.....	41
<b>Figura 2 -</b> Dinâmica de operação da Ouvidoria e o fluxo das manifestações recebidas na Ouvidoria do Hospital B.....	42
<b>Figura 3 -</b> Meios pelos quais os clientes da saúde souberam que poderiam manifestar-se.....	73
<b>Figura 4 -</b> Locais onde os clientes acham que podem fazer as manifestações.....	74
<b>Figura 5 -</b> Causa das reclamações dos clientes da saúde.....	76
<b>Figura 6 -</b> Locais que foram feitas as manifestações presenciais pelos clientes da saúde.....	77
<b>Figura 7 -</b> Meios pelos quais os clientes da saúde souberam que poderiam manifesta-se em relação aos serviços prestados.....	78
<b>Figura 8 -</b> Importância de se manifestar pelos clientes.....	79

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Fórmula para cálculo da amostra.....	29
<b>Quadro 2</b> - Características dos hospitais A e B.....	36
<b>Quadro 3</b> - Características das Ouvidorias dos hospitais A e B.....	40
<b>Quadro 4</b> - Tratamento das manifestações coletadas pela Ouvidoria dos hospitais A e B.....	48
<b>Quadro 5</b> - Ações humanizadoras criadas a partir das demandas do cliente na Ouvidoria nos hospitais A e B.....	68

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - atendimentos nos hospitais A e B e calculo da amostra.....	29
<b>Tabela 2</b> - Motivos pelos quais os clientes não registraram manifestação em dois hospitais de Minas Gerais- 2016.....	73
<b>Tabela 3</b> - Características dos clientes que não manifestaram e dos que manifestaram em dois hospitais de Minas Gerias- 2016.....	80
<b>Tabela 4</b> - Características dos clientes que não manifestaram em dois hospitais de Minas Gerias - 2016.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

**AIS** - Ações Integradas de Saúde

**ANVISA** - Agência Nacional da Vigilância Sanitária

**BDTD** - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

**CAPES** - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

**CAPS** - Caixas de Aposentadoria e Pensões

**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estado de Saúde

**CIB** - Comissões Intergestores Bipartites

**CIT** - Comissão Intergestores Tripartites

**CTI** - Centro de Tratamento e Terapia Intensiva

**DNERU** - Departamento Nacional de Endemias Rurais

**DNSP** - Departamento Nacional de Saúde Pública

**GTH** - Grupo de Humanização

**IAP** - Instituto dos Industrializados

**IAPB** - Instituto dos Bancários

**IAPC**- Instituto dos Comercários

**IAPETEC** - Instituto dos Trabalhadores de Transportes e Cargas

**IAPM** - Instituto dos Marítimos

**IAPS** - Institutos de Aposentadorias e Pensões

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INCA** - Instituto Nacional do Câncer

**INPS** - Instituto Nacional da Previdência Social

**IPASE** - Instituto dos Servidores do Estado

**MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PARTICIPASUS** - Política Nacional de Gestão Participativa

**PNH** - Política Nacional de Humanização

**PNHAH** - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

**PNI** - Programa Nacional de Imunizações

**PRO-HOSP** - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**QUALISUS** - Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência

**SADT**- Serviços de Exames Diagnóstico por Imagem

**SBPC** - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

**SCIELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**SEDH** - Secretária Especial dos Direitos Humanos

**SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública

**SIH** - Sistema de Informações Hospitalares

**SPM** - Secretária Especial de Políticas para Mulheres

**SUCAM** - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

**SUDS** - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde Política Nacional de Humanização

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

SOUZA, Virgínia Mercêdes D'lazari, M.Sc., junho de 2017, Universidade Federal de Viçosa. **A Ouvidoria na promoção da humanização hospitalar: ações e contribuições.** Orientadora: Tereza Angélica Bartolomeu.

A conquista da saúde, como direito social no Brasil, ocorreu com a Constituição Federal da República de 1988, quando criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, na década de 1990, foram redefinidos os processos dos serviços hospitalares com vista à adequação. Uma das propostas para adequação foi a inovação da gestão, com implantação dos serviços de Ouvidoria, visando compreender a satisfação dos consumidores. Em vista disso, foi estabelecida em 1996, a implementação das Ouvidorias em todos os níveis do SUS. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a nível federal a Ouvidoria Geral do SUS e a reafirmou na Política Nacional de Humanização (PNH) como estratégias para a humanização. Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi evidenciar a dinâmica da Ouvidoria em dois hospitais mineiros, buscando entender seu papel na promoção da humanização das instituições. Especificamente, pretendeu-se: caracterizar os hospitais e as suas Ouvidorias; compreender a dinâmica de operação da Ouvidoria e o tratamento dado às manifestações coletadas por ela; avaliar a percepção da ouvidora, dos gestores quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar; compreender a percepção do cliente da saúde quanto à satisfação dos serviços de saúde; o conhecimento sobre o serviço de Ouvidoria e seu direito de se manifestar. A presente pesquisa apresenta aspectos qualitativos e quantitativos, sendo realizada em dois hospitais, localizados na mesorregião da Zona da Mata Mineira, denominados nesse estudo de A e B. Os participantes desta pesquisa foram três ouvidoras, uma superintendente executiva, uma gerente geral, seis gerentes, seis coordenadores e uma supervisora de setores e 100 clientes do serviço de saúde. Para coleta de dados foram utilizados pesquisa documental, entrevista e questionário semiestruturados. A análise dos dados qualitativos foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo, e para os dados quantitativos utilizou-se a análise estatística descritiva e análise de frequência com tabela cruzada, ambas realizadas pelo o software estatístico IBM SPSS 20.0. Os resultados evidenciaram que a Ouvidoria é um serviço importante para ambos hospitais na percepção da maioria dos colaboradores. Ela é um instrumento indicador de qualidade e satisfação do cliente. As manifestações oriundas da Ouvidoria contribuíram no acolhimento, no atendimento, nos processos dos serviços prestados aos clientes e na parte comportamental, no engrandecimento e na valorização do trabalho dos colaboradores. Em relação às ações

humanizadoras, verificou-se que foram criadas para diminuir o tempo de espera por atendimento médico, da enfermagem e na recepção; na melhoria do acolhimento na maternidade; no tratamento ao cliente quando recepcionados; na climatização dos ambientes; no conforto, na alimentação, na ambientação, na estrutura do hospital para os clientes, na interligação dos serviços de saúde e na valorização dos colaboradores. Quanto à satisfação dos clientes com os serviços de saúde, a maioria não se manifestou, nem tinham essa intenção. Conheciam o direito de fazer manifestações, porém não sabiam em que local do hospital poderiam realizá-las. Contudo, conclui-se que a Ouvidoria é importante e contribui para promoção de humanização e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais. Entretanto, para maiores contribuições, os administradores deveram ficar atentos na operação dos seus serviços, na divulgação da Ouvidoria e facilitar o acesso dos clientes a ela.

## ABSTRACT

SOUZA, Virgínia Mercêdes D'lazari, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2017. **The Ombudsman's Office in promoting hospital humanization: actions and contributions.** Advisor: Tereza Angélica Bartolomeu.

The achievement of health, as a social right in Brazil, occurred with the Federal Constitution of 1988, when the Unified Health System (SUS) was created. From this, in the decade of 1990, the processes of hospital services were redefined in order for adjustments. One of the proposals for adaptation was the management innovation, with the implementation of ombudsman services, aiming at understanding consumer satisfaction. Thus, in 1996, the implementation of ombudsman's offices at all levels of SUS was established. In 2003 the Ministry of Health created the General Ombudsman's Office at the federal level and also reaffirmed the National Humanization Policy (PNH) as strategies for the humanization. Therefore, this research aimed to analyze the dynamics of the hospital ombudsman in two hospitals in Minas Gerais seeking to understand their role in promoting the humanization of the institutions. Specifically, the intentions of this work were: characterize hospitals A and B and their ombudsmen; analyze the dynamics of operation of the ombudsman's office and the treatment given to the claims collected by it; evaluate the perceptions of ombudsman and managers about the importance of the ombudsman's actions in hospital humanization; understand the client's perception of health about the satisfaction of health services and the knowledge about their right to express themselves as well as the ombudsman service. The present research shows qualitative and quantitative aspects. It was carried out in two hospitals located in the mesoregion of Zona da Mata Mineira, named in this study: A and B. The participants of this research were three ombudsman, one executive superintendent, one general manager, six managers, six coordinators, one sector supervisor and one hundred health clients. Documental research, interview and semi structured questionnaire were used for data collection. The qualitative data analysis was done through the technical analysis of content and for the quantitative data it was used the statistical descriptive and frequency analysis with cross table, both of them were performed by the statistical software IBM SPSS 20.0. The results showed that ombudsman is an important service in both hospitals according to most of the contributors. It is an instrument that indicates the quality and customer satisfaction. The claims from the ombudsman's office contributed to the reception, processes of services provided to clients and in the behavioral part, appreciation and valuation of the employees' work. In relation to humanizing actions, it was investigated that they were created

in order to shorten the waiting time for medical care, nursering and reception; better reception in maternity, client treatment, hospital acclimatization, comfort, food, environment, hospital structure for clients, interconnection among health services and employee's valorization. Most of the clients did not express feelings of satisfaction about the health service. Although, they knew about this right, they did not know where the right place was for this. Therefore, it was concluded that the ombudsman is important and contributes to the quality and humanization of the hospitals. However, for more contributions, the managers should be aware about the services operationalization, advertising of ombudsman and access to clients and services.

## 1 INTRODUÇÃO

A conquista da saúde como direito social, se deu no Brasil, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 1970 e 1980. Com a Constituição Federal da República em 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-la, passando a ser “Direito de Todos e Dever do Estado”

O reconhecimento constitucional culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com o objetivo de permitir o acesso integral e gratuito de todos os brasileiros aos serviços e às ações de saúde. O SUS constituiu uma política pública de saúde norteadada pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade, tendo como diretrizes organizativas, a descentralização, a regionalização e a participação da comunidade (PAIM, 2012).

A partir desses acontecimentos no âmbito da saúde, foram redefinidas também os processos dos serviços Hospitalares com vista à sua adequação, os hospitais deveriam promover ações de saúde e não somente internação de doentes. Portanto, uma das propostas para adequação dos serviços hospitalares foi a inovação da gestão, com a implantação de serviços de Ouvidoria, visando tornar a gestão mais flexível, menos formal e menos burocrática para a participação social (PEREIRA, 2000).

Sendo assim, na década de 1990, alguns hospitais privados e públicos aderiram, em suas estruturas organizacionais, os serviços de Ouvidoria, como estratégia gerencial, visando disseminar informações sobre seus serviços e dar voz aos consumidores, na busca da qualidade dos serviços prestados (FALCÃO, 2010).

No ano de 1996, foi incluída no Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a implantação da Ouvidoria no SUS, em todos os níveis. Naquela ocasião estabeleceu-se que estas deveriam estar vinculadas aos conselhos de saúde e serem criadas pelos gestores das instituições de saúde (PEREIRA, 2000). Por conseguinte, o Ministério da Saúde criou a Ouvidoria Geral do SUS em 2003, a nível federal, para avançar na avaliação e na materialização de modelos de gestão, com a participação da população, servidores e gestores, na busca do efetivo atendimento ao usuário (SILVA, 2008).

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, com o objetivo de expandir a humanização para além dos hospitais, reafirmou o serviço da Ouvidoria como um dos mecanismos para a gestão participativa, de forma a contribuir para a humanização. Até

então, existia apenas o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) instalado somente nos hospitais.

Foi nesse contexto que as Ouvidorias foram criadas, afinal, conforme mencionam Figueiredo e Santos (2005), a preocupação constante em “Ouvir” mais o cliente e percebê-lo como o sujeito receptor do cuidado, valorizando-o poderá melhorar a qualidade dos serviços prestados na saúde. Portanto, as Ouvidorias como canais democráticos, trabalham as demandas colocadas pelos usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas aos seus pleitos, disseminando assim informações gerenciais, de forma a promover o acolhimento do usuário (SILVA, 2008).

### **1.1 Construção do objeto de estudo e problematização**

Em 2010, ingressei no curso de graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa e nesse período tive a oportunidade de participar de projetos de extensão e iniciação científica, além de cursar disciplinas que me instigaram a investir na carreira acadêmica e realizar o mestrado.

Cursei a disciplina “Administração de Serviços em Hotelaria Hospitalar” que continha em seu conteúdo programático o tópico “Hospitalidade, atendimento, acolhimento e humanização” que me fez pensar de forma diferente sobre o bem-estar do paciente ao usar serviços de saúde humanizados. O tema pelo qual interessei-me foi o “Serviço de Ouvidoria Hospitalar”, um canal que proporciona a comunicação entre os clientes e os gestores, de forma que possam se manifestar quanto aos serviços prestados, para elevar a qualidade do atendimento dos serviços e a qualificação da gestão hospitalar.

Assim, iniciei uma pesquisa na literatura sobre os serviços de Ouvidoria Hospitalar. Posteriormente, realizei uma busca em sites de hospitais da Zona da Mata Mineira que oferecem o referido serviço e interessei-me por dois hospitais filantrópicos. Em seguida, entrei em contato com estes e realizei uma visita.

Nesse contexto, percebi a importância de investigar a dinâmica de operação da Ouvidoria, sob a ótica das manifestações dos clientes e respectivos familiares e/ou acompanhantes e verificar sua relação com a humanização do hospital. Com isso emergiu a seguinte indagação que norteou a presente pesquisa: As ações realizadas pela Ouvidoria Hospitalar mediante as manifestações dos clientes e familiares e/ou acompanhantes promovem a humanização hospitalar?

## 1.2 Pressuposto

Acreditava-se que a Ouvidoria Hospitalar fosse um canal de comunicação de grande potencial para a articulação do controle social na gestão, de forma a proporcionar instrumentos para a avaliação e transformação institucional, visando elevar a qualidade no atendimento e o fortalecimento da humanização hospitalar, em função das necessidades sociais dos clientes que buscam serviços de saúde.

## 1.3 Justificativa

A importância dessa pesquisa se deve ao viés democrático enfatizado na gestão participativa, sendo a Ouvidoria um canal de comunicação entre a gestão hospitalar e a comunidade assistida interna e externamente, apoiada nos princípios do SUS e nos direitos constitucionais estabelecidos e reforçados na Política Nacional de Humanização.

Outro aspecto de suma importância está relacionado à escassez de estudos científicos na área de saúde relacionados a Ouvidoria Hospitalar como canal de participação social e sua contribuição na humanização dos serviços. De acordo com Van Stralen et al. (2006 apud CARVALHO et al., 2009), os estudos sobre a participação social na saúde, têm se concentrado apenas na compreensão dos Conselhos como espaços da sociedade civil para concepção e gestão públicas.

Em pesquisa realizada no banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), foram identificadas duas dissertações e uma tese abordando a Ouvidoria Hospitalar. Falcão (2010) e Pereira, E. (2011) analisaram a Ouvidoria Hospitalar como estratégia para gestão. Já Pereira, L. (2000) analisou a Ouvidoria Hospitalar como estratégia para democratização.

Já nas bibliotecas eletrônicas dos periódicos científicos, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e junto à Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), foram identificados dois artigos além de uma dissertação já mencionada, a de Pereira, E. (2011). Carvalho et al. (2009), analisaram o papel do Ouvidor Hospitalar, sendo o psicólogo ouvidor contribuindo para a humanização e controle social. Já Pereira, H. (2002), analisou o motivo e as repercussões da criação da Ouvidoria Hospitalar.

Na *Web of Science* da Thomson Reuters, plataforma que reúne trabalhos de pesquisa multidisciplinares das principais revistas especializadas em Ciências, Ciências Sociais, Artes

e Humanísticas, não foram constatados estudos abordando as Ouvidorias Hospitalares e sua contribuição para a humanização.

Nesse sentido, os estudos científicos sobre a Ouvidoria Hospitalar têm se concentrado na compreensão da Ouvidoria como espaço de gestão participativa, espaço democrático para a participação social, mas não analisando a sua contribuição para o processo de humanização.

A escolha dos Hospitais, que neste estudo, foram denominados A e B, em cumprimento aos preceitos éticos e por solicitação dos hospitais convidados, se deu devido ao fato do Hospital A ter inserido em sua administração o Sistema de Gestão da Qualidade para o processo de Acreditação Hospitalar e possuir a certificação da NBR ISO 9001:2008, desde 2009 e o Hospital B por não ter passado pela Acreditação Hospitalar e conseqüentemente não possuir certificação. Ademais, ambos estão inseridos na Política Nacional de Humanização. Outra razão para a realização da pesquisa nessas instituições foi a autorização da Superintendente Executiva para realização da pesquisa no Hospital A e a autorização da Gerente Geral para realização da pesquisa no Hospital B.

Portanto, o desenvolvimento deste estudo foi relevante no sentido de colaborar para a construção e o aprimoramento de novos conhecimentos, podendo até fomentar novas pesquisas sobre humanização hospitalar.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo Geral**

Evidenciar a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar em dois hospitais mineiros, buscando entender seu papel na promoção da humanização das instituições.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os Hospitais A e B e as suas Ouvidorias;
- Compreender a dinâmica de operação da Ouvidoria e o tratamento dado às manifestações coletadas por ela;
- Avaliar a percepção da ouvidora e dos gestores quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar;

- Compreender a percepção do cliente da saúde quanto à satisfação dos serviços de saúde e o conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do objetivo proposto para realização deste estudo, tornou-se relevante apresentar e discutir alguns temas que estão correlacionados com a presente pesquisa, quais sejam: Políticas Públicas; Política Pública de Saúde; Sistema Único de Saúde no Brasil; Humanização na Saúde; e Ouvidoria na Saúde.

### 2.1 Políticas Públicas

A definição de Política Pública na literatura especializada é ampla, alguns autores e pesquisadores abordam de formas distintas sobre o assunto. Para Pereira (2009), a Política Pública possui como marca definidora o fato de ser *pública*, tendo em vista a origem da palavra *res publica*, no qual *res* significa coisa e *publica*, de todos. Desta forma, o conceito atrela Estado e sociedade, onde a ação pública além da representação do Estado conta com a participação da sociedade que se faz presente, podendo representar o poder de decisão, as condições e o controle sobre atos e decisões do governo.

Por outro lado, de acordo com Secchi (2010), o termo Política Pública é atrelado ao sentido da palavra *política*, expresso pelo termo Inglês *policy*. Este, está relacionado a orientações para decisão e ação. Sendo assim, a Política Pública trata do conteúdo concreto e símbolo de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões, é uma diretriz elaborada para o enfrentamento de problemas públicos. Nesse sentido Pereira (2009), reitera que a palavra *política*, que compõem o termo Política Pública, refere-se a medidas e ações formuladas e executadas devidas às demandas sociais.

Assim, a Política Pública significa um conjunto de decisões e ações que resultam ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade, caracterizadas por: constituir uma linha de orientação para ação pública sob responsabilidade da autoridade também pública, sob o controle da sociedade; visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade incorporados nas leis, com aplicabilidade pelas políticas públicas. Operacionalizam-se através de programas, projetos e serviços; remete a uma forma de organização política que se pauta pelo interesse comunitário e da população e não dos que governam; e deve visar à satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada (PEREIRA, 2009).

A Política Pública é também o estudo do estado em ação, que implica sempre na intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores governamentais, seja por demandas, suporte ou apoios, e não governamentais, seja por controle democrático (PEREIRA, 2009).

As políticas públicas têm como uma de suas principais funções a concretização de direitos de cidadania pela sociedade, amparados por lei. No Brasil, as primeiras políticas públicas de proteção social resultaram de lutas e reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, a partir do processo de industrialização, com o movimento operário grevista e não por iniciativa do Estado (SOUZA; BATISTA, 2012).

Portanto, o movimento dos trabalhadores ocorreu devido à crise decorrente do esgotamento do “milagre econômico”, ao final da década de 1980, proporcionando uma conjuntura socioeconômica favorável à redemocratização e a reorganização da sociedade civil. Estes movimentos foram importantes na articulação da discussão e definição da Carta Constitucional, que incorporou direitos sociais, nos quais, os deveres do Estado são enfatizados, através de políticas públicas (CUNHA; CUNHA, 2003). Desta forma, “a Carta Constitucional de 1988 deu nova forma à organização do sistema federativo Brasileiro, redefinindo o papel do governo federal, que passou a assumir prioritariamente a coordenação das políticas públicas” (CUNHA; CUNHA, 2003, p.15).

Nesse sentido, somente com a Constituição da República de 1988, que os direitos sociais foram instituídos numa concepção mais ampla de extensão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-los, ademais, surgiu também os direitos econômicos, sociais e culturais, referenciados no princípio da igualdade e pelo Estado de bem-estar. Foram introduzidas as políticas públicas (SOUZA; BATISTA, 2012), as demandas trabalhistas, e dispositivos na educação, saúde, segurança, habitacional, transporte, transferência de renda, segurança alimentar, entre outros.

As políticas públicas desempenham um papel fundamental no enfrentamento da desigualdade social no Brasil, tanto as políticas públicas voltadas para o social quanto as de ordem econômica e de infraestrutura. Embora a desigualdade seja decrescente nos últimos anos, ainda é um dos principais obstáculos para o processo de um país mais justo. Nesse sentido, as políticas públicas fazem a diferença para os menos favorecidos, ocasionando um processo menos difícil de enfrentar para uma realidade mais fluida (COHN, 2013).

## 2.2 Política Pública de Saúde no Brasil

A saúde como direito social para os brasileiros passou a ser reconhecida na Constituição Federal de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), devido aos resultados de lutas e reivindicações do movimento da Reforma Sanitária. Antes deste movimento o que existia na área da saúde, desde o século XX, eram três subsistemas, quais sejam, a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina de grupo, que caminharam de forma paralela, mas sem integração e comunicação. A ênfase na saúde pública se centralizava nas campanhas sanitárias voltadas para toda a população; por sua vez a medicina previdenciária era voltada para a saúde do trabalhador urbano e a medicina de grupo era constituída em um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço (PAIM, 2012; COTTA et al., 2013).

Na segunda década do século XX, os serviços médicos eram oferecidos por empresas aos trabalhadores. Somente na década seguinte, que foram criadas ações voltadas a Saúde Pública, ou seja, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), voltado para a profilaxia, propaganda sanitária, vigilância sanitária, saneamento, higiene industrial e controle de endemias. Em 1923, foram criadas ações do estado de atenção à saúde dos trabalhadores, isto é, a medicina previdenciária. Pela aprovação da Lei que regulamentavam as caixas de aposentadoria e pensões (CAPS) por Elói Chaves, ou seja, inicia-se a previdência social no Brasil, devido a movimentos de revoltas dos populares, dos movimentos anarquistas e comunistas (BAPTISTA, 2008; PAIM, 2012).

A Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), foram substituídas, a partir de 1933, por vários Institutos de Aposentadorias Pensões (IAPs) no governo de Getúlio Vargas. Esses eram organizados por categoria profissional e não por empresas, assim, temos o Instituto dos Marítimos (IAPM), dos Comerciários (IAPC), dos Bancários (IAPB), dos Industrializados (IAP), dos Servidores do Estado (IPASE) e dos Trabalhadores de transportes e cargas (IAPETEC), estendendo os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano (PAIM, 2012; COTTA et al., 2013).

No entanto, o acesso à assistência médica da previdência social era somente para os brasileiros que estivessem vinculados ao trabalho formal com carteira assinada, as pessoas que não pertenciam essa classe, pagavam por serviços médicos e hospitalares ou buscavam atendimento em instituições filantrópicas, uma vez que, a responsabilidades com a saúde era do indivíduo e não do Estado, pois o direito a saúde não era vinculado à condição de cidadania (PAIM, 2012).

No campo da saúde pública, segundo Escorel e Teixeira (2012), no primeiro governo de Getúlio Vargas, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), sendo composto pelos Departamentos Nacionais de Educação e de Saúde, no entanto, suas ações foram somente as ações continuadas do antigo DNSP. De acordo com Cotta (2013, p. 101), “o MESP começou a se institucionalizar com a recondução do presidente Getúlio Vargas ao poder em 1934, por meio de eleição indireta, quando se iniciou a gestão Gustavo Capanema no MESP”.

A Reforma Capanema, estabeleceu-se em 1937 antes da implantação do Estado Novo, instituído por Getúlio Vargas e seus aliados. A sua principal preocupação era a reorganização da saúde pública, no qual, a reformulação estruturou e modificou o funcionamento do Ministério, que passou a chamar Ministério da Educação e Saúde (MES), ampliando o seu principal setor. O Departamento Nacional de Saúde passou a se chamar Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Foram criadas delegacias federais de saúde nas oito regiões divididas, com objetivo de colaborar e supervisionar os serviços de saúde locais com os serviços federais; e foram criados também conferências nacionais de saúde com dirigente do setor com cunho administrativo, voltadas para integração e normatização dos serviços locais (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nesse sentido, até 1953, quando foi instituído o Ministério da Saúde, o que houve foram transformações nas campanhas sanitárias em órgãos e serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no período da II Guerra Mundial. Resultado de um acordo entre o governo brasileiro e norte americano, para o combate a febre amarela e a malária na Amazônia e no vale do Rio Doce, para a exploração da borracha, permanecendo ativo por muitos anos. Com a Criação do Ministério da Saúde, o combate a certas doenças passou a ser realizados por serviços específicos e centralizados. No âmbito do Ministério da Saúde, na década de 1960, no governo Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com o objetivo de unificar 15 órgãos envolvidos no combate, no controle ou na erradicação de doenças específicas. Posteriormente, o DNERU foi substituído pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (ESCOREL, TEIXEIRA, 2012; PAIM, 2012).

Assim sendo, o fortalecimento da expansão da assistência médico hospitalar em detrimento da Saúde Pública, se deu pelos ramos farmacêuticos e de equipamentos, com o

desenvolvimento industrial no governo JK. Contudo, esse processo se fortaleceu na segunda metade da década de 1960, com a política de compra de serviços de diagnósticos e terapêuticos no setor privado pela previdência social e com a criação da modalidade medicina de grupo. Dessa maneira, a maior parte dos recursos federais eram gastos com a assistência médica individual. Nesse sentido, ocorreram mudanças para o sistema sanitário brasileiro. Em 1964 com o golpe Militar e na nova forma de organização do Estado, a ênfase na assistência médica era para o crescimento progressivo do setor privado e para a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Portanto, em 1966 a primeira ação significativa foi no sistema previdenciário brasileiro, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Na década de 70, foram incluídas novas categorias profissionais no sistema, aumentando a procura por serviços e os gastos no setor saúde com contratação dos serviços privados (SCOREL E TEIXEIRA, 2012). O modelo médico-assistencial apresentou grande crescimento, contrastando com a deterioração das ações de saúde pública (PAIM, 2012).

O investimento na área de saúde durante o regime militar foi precário, e com isso doenças antes erradicadas voltaram, surtos epidêmicos de doenças que já estavam controladas, o saneamento e as políticas de habitação populares desprezadas, aumento da pobreza e principalmente da desigualdade social. Diante desse cenário de crise política e o fim do “milagre econômico”, começam a se definir estratégias para a manutenção do governo, umas das estratégias, foi a política de abertura do governo e a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento, no qual, era voltada para desenvolvimento social (BATISTA, 2008).

Com as ações da saúde pública no Regime Militar, voltadas somente para campanhas sanitárias, com precário investimento do Poder Público na saúde para a população, em um cenário de crise política e no fim do “milagre econômico”, iniciou-se o movimento da Reforma Sanitária. Este visava ao enfrentamento dos problemas sanitários, reestruturação do sistema de serviços e a democratização da saúde. Fizeram parte deste movimento instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estado de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais (BAPTISTA, 2008; PAIM,2012).

De acordo com Mattos (2009), o processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária, formulou uma consonância em torno de princípios básicos que deveriam

nortear a atuação do Estado na saúde, seguindo por uma compreensão da saúde e de seus determinantes sociais, das responsabilidades do Estado para com a saúde e a formulação dos princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, antes da implantação do SUS, foram tomadas algumas iniciativas como uma *estratégia-ponte* para o SUS, no qual, podem ser mencionadas as *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde* (SUDS) (PAIM, 2012).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estado de Saúde (CEBES) formulou, pela primeira vez, a proposta do Sistema Único de Saúde, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação, por meio do documento *A Questão Democrática na Área da Saúde*, apresentado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para o movimento sanitário, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, resultando em um capítulo da Constituição Federal, nomeado “Saúde”, desdobrando-se posteriormente nas Leis Orgânicas da Saúde, que permitiram a implantação do SUS (PAIM, 2012).

Com a Constituição da República em 1988, criou-se o SUS, com a proposta vinculada a uma ideal central, no qual, todas as pessoas têm direito à saúde, na condição de cidadão, supõe uma sociedade solidaria e democrática, movida por valores de igualdade, sem discriminação ou privilégios (PAIM, 2012).

Nesse sentido as ações e serviços de saúde passaram a ser financiada pelo poder público, com a criação do Sistema Único de Saúde, sendo regionalizado, hierarquizado e organizado, seguindo algumas diretrizes básicas.

### **2.3 O Sistema Único Saúde no Brasil**

O SUS foi criado com a Constituição da República em 1988, mas implementado no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990), com a proposta vinculada à uma ideia central, de que todas as pessoas têm direito à saúde, na condição de cidadãos, supondo-se uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade, sem discriminação ou privilégios (PAIM, 2012).

As ações e serviços de saúde passaram a ser financiados pelo Poder Público, integrando assim um Sistema Único de Saúde, regionalizado hierarquizado e organizado seguindo algumas diretrizes básicas.

Os princípios e diretrizes que, desde então, norteiam o funcionamento do SUS são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade (NORONHA et al., 2012).

O SUS corresponde a um Sistema Público de Saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais e insere-se em um contexto mais amplo da Política Pública – a seguridade social – que abrange as políticas de saúde, as políticas de previdência e a assistência social.

Nas negociações e nas decisões do SUS, destacam-se a participação de diferentes esferas de governo e grupos representativos dos interesses da sociedade. Pode-se mencionar os gestores nos Conselhos de Saúde, nos Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde, na Comissão Intergestores Tripartites (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (NORONHA et al., 2012).

Paim (2012), ressalta que o SUS não é constituído somente por organismos da administração direta, como o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais correspondentes, integram-se também ao SUS os Órgãos e Instituições chamadas de Administração Indireta, como as Autarquias, Fundações e Empresas Públicas. No entanto, a iniciativa privada pode participar do SUS, de forma a complementar, mediante o contrato regido pelo direito público, funcionando como serviço público.

O SUS representa um marco teórico na área da saúde, possibilitando a seguridade legal e a atenção à saúde, como direito do cidadão brasileiro. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve vários programas e serviços. Desenvolve uma das propostas de atenção primária à saúde mais abrangentes, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), estruturado a partir de 1994, formalizado em 2006 através da *Política Nacional de Atenção Básica*, com objetivo de integração entre as ações preventivas e curativas para famílias em distintos territórios. E desenvolve também o Programa Nacional de Imunizações (PNI), como estratégia de vacinação; pela Política Nacional de Medicamentos, com objetivo de ampliação da assistência farmacêutica; pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para atender pessoas com transtornos mentais próximos da sua residência, evitando internações em hospitais psiquiátricos e pelo Programa de Volta para Minha Casa, que consiste no fornecimento de bolsas para auxílio à reabilitação de ex-internos que passaram a conviver com suas famílias, deixando os hospitais psiquiátricos (PAIM, 2012).

Além disso, o SUS dispõe também de um Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), representando o maior conjunto de procedimentos executados em hospital no mundo,

pago por um mesmo financiador. Possui uma rede de Bancos de Sangue, ou seja, os Hemocentros e vários Institutos e Centros de Pesquisas, desenvolvendo ações de comunicação e educação em saúde, formando trabalhadores e profissionais (PAIM, 2012). O SUS realiza diversos serviços, segundo Paim (2012, p.75):

O SUS faz muita coisa que pouca gente sabe. Alguns números são necessários para ilustrar a sua grandiosidade. Suas cifras estão na casa de milhares, milhões, ou mesmo bilhões. Com efeito, o SUS realiza em um ano cerca de 2,8 bilhões de procedimentos; 11,3 milhões de internações hospitalares; 619 milhões de consultas; 2,5 milhões de partos (normais e cesarianas); 3,2 milhões de cirurgias, 211 mil cirurgias cardíacas; 9,9 milhões de terapias renais substitutivas, sendo responsável por 97% da oferta para pacientes renais crônicos (hemodiálise); 1 milhão de tomografias, 12 mil transplantes ( mais de 95% de transplantes feitos no Brasil); 150 milhões de imunizações; 422 milhões de exames bioquímicos e anatomopatológicos; 58 milhões de fisioterapias; 244 milhões de ações odontológicas; 3,7 milhões de órteses e próteses; 28 milhões de ações de vigilância sanitária; e 9 milhões de exames de ultrassonografia.

De acordo com Silva e Lima (2008), desde a sua criação ocorreram grandes avanços no âmbito das Políticas Públicas de Saúde, como o Programa de Controle de DST/AIDS, alcançando importantes resultados e reconhecimento internacional. Paim (2012), ressalta também que o SUS tem alcançado importantes resultados, além do desenvolvimento de programas e da produção de serviços, sendo eles a ampliação dos recursos humanos, especialmente através do PSF; o reconhecimento da PNI no exterior pela elevada cobertura vacinal, sendo umas das mais bem sucedidas estratégias de vacinação reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por pesquisadores internacionais; a descentralização da gestão do sistema, abrangendo a totalidade dos estados e municípios e a efetiva participação da comunidade mediante Conferências e Conselhos de saúde.

O SUS constituiu uma Política Pública de Saúde que, apesar dos avanços acumulados, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da Política Pública de Saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do Serviço Público de Saúde (OLIVEIRA et al., 2006). Nesse sentido Souza e Costa (2010, p. 515), ressaltam que:

O SUS está consolidado em nosso país, mas enfrenta desafios constantemente, dentre os quais, a qualificação da gestão e o do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, entre outros. Esses

dilemas conjunturais desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos.

Para Silva e Lima (2008), o SUS está longe de ser efetivo, igualitário, humanizado e resolutivo no enfrentamento dos problemas de saúde individual e coletivo da população, como endemias ainda vivenciadas, como hanseníase, chagas, esquistossomose, tuberculose e dengue que, reemergiram de forma contundente. Além disso, os serviços de saúde, atualmente sofrem diversos problemas nas unidades básicas e nas hospitalares, como a insuficiência de recursos humanos e materiais, inadequação e degradação das instalações físicas, falta de equipamentos e tecnologias necessárias, ocasionando assim uma demanda reprimida de má qualidade no atendimento e de baixa resolutividade associada a longas filas de espera para os dependentes dos serviços e falta de qualidade no atendimento médico - hospitalar.

Paim (2012), ressalta que os problemas do SUS revelam desigualdades na prestação dos serviços de saúde, as pesquisas indicam que os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para serem atendidos do que os que dispõem de seguro saúde. Essa desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para assistência médica; desatenção dos profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas; corredores de pronto socorro superlotados com macas; longas esperas para realização de uma consulta ou exame; mercantilização da doença por planos de saúde e prestadores de serviços.

Diante das dificuldades apresentadas na Assistência à Saúde no SUS, para Goulart e Chiari (2010), o que se tem colocado em pauta como fundamental é a qualidade da atenção prestada na saúde e o atendimento humanizado. A qualidade diz respeito, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular, para os que necessitam dos serviços de saúde e para os profissionais. Diante da importância da humanização nos serviços de saúde, faz-se necessário abordar no próximo item o conceito de humanização nos serviços de saúde.

## **2.4 Humanização na Saúde**

O conceito humanização no campo da atenção à saúde vem sendo utilizado com diferentes significados, e vem se modificando no decorrer dos anos, confundindo-se nas fases iniciais, com a luta por direitos dos pacientes/usuários. A humanização da atenção à saúde tem fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos que, no Art. 1º afirma:

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (FORTES, 2004).

Para Pessini et al. (2003), a humanização na saúde implica em considerar a essência do ser, respeitando a individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde a fim de legitimar o lado condolente das pessoas envolvidas. A intenção do processo do atendimento humanizado é o de facilitar positivamente o enfrentamento dos desafios que a pessoa vulnerável poderá passar.

Bakes et al. (2004) afirmam que a humanização tende a seguir a política institucional de humanização a fim de representar a razão de ser e existir de um hospital. A humanização focalizada no paciente compreende uma relação efetiva de cuidado, na acolhida, na sensibilidade, na ternura, no respeito e na compreensão do paciente e não da doença. Busca também, a redução mínima da ruptura entre a vida normal do paciente e a que lhe impõe restrições. Nesse sentido, para que a permanência do paciente no hospital seja menos traumática, já que o hospital, por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas, o paciente e a sua família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos.

Para o Ministério da Saúde (2005), a humanização busca a elevação da qualidade do atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Busca também o alinhamento com as Políticas Mundiais de Saúde e a redução dos custos excessivos, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias.

No campo da Política Pública de Saúde a humanização é caracterizada pela transformação dos modelos de atenção e gestão nos Serviços e Sistema de Saúde e pela busca da construção de novas relações entre usuários e trabalhadores. A prática da produção de saúde deve estar pautada no comprometimento, de forma que o atendimento seja de melhor qualidade, diante da sintonia de melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

No âmbito hospitalar, a humanização preocupa-se em ter, como principal meta, a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. Os fatores que devem ser ponderados são a dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar na relação entre o doente e o profissional da saúde. Nesse sentido, o movimento da humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e

treinamento dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente (MOTA et al., 2006).

Segundo Peres e Lopes (2012), o processo de humanização nos hospitais deve incluir também a família em suas ações. A família está ligada diretamente à ajuda e ao acompanhamento da doença do paciente, sendo maior aliado para a recuperação do doente, ela é responsável pelos cuidados tanto físico como psicológico e social. Os familiares necessitam também de apoio psicológico, para superar situações delicadas, visto que, ser familiar e acompanhante é uma tarefa difícil, já que apresentam sentimentos de preocupação, ansiedade, expectativa, bem como à infraestrutura, que, por vezes, lhe oferece um local sem o mínimo de conforto. Nesse sentido, o familiar ou acompanhante necessita também de cuidados humanizados.

Pesquisas realizadas em hospitais mostram que, quando se trabalha com humanização, há uma melhora no ambiente hospitalar, trazendo benefícios, como aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários, redução do tempo de internação, e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde. Como consequência disso, há redução dos gastos do hospital, trazendo benefícios para todos. Diante disso, muitos hospitais perceberam quanto é necessário incorporar diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes, no ambiente hospitalar (MARTINS, 2001; MAZZETTI, 2005 apud MOTA et al., 2006).

Assim, o conceito de humanização passou a ser destaque para a reconstrução das práticas de saúde no Brasil, devido aos inúmeros problemas do SUS e aos obstáculos apresentados na assistência à saúde. De acordo com Oliveira et al. (2006), houve a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o usuário do Serviço de Saúde.

No ano de 2000, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de debater a reconstrução das práticas de saúde, tendo como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, com o intuito de intervir nas agendas das políticas públicas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, no ano de 2000 a 2002, várias iniciativas no campo da humanização da atenção à saúde e instalados nos hospitais, como “Cuidando dos Cuidadores”, “Doutores da Alegria”, etc. Esses projetos têm como finalidade passar uma visão positiva da internação hospitalar, principalmente menos traumatizante para as crianças, possibilitando uma comunicação mais intensa e melhora na hora da alimentação,

de forma a facilitar o trabalho da equipe de saúde, trazendo uma melhor qualidade de vida para todos (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

De acordo com os mesmos autores, também foram criados projetos na área da Saúde da Mulher, como a “Humanização do Parto”, assim como na saúde da criança com o projeto “Mãe-Canguru”, para recém-nascidos de baixo peso. O Programa Nacional de Humanização (PNHAH), com ações voltadas para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e para o trabalhador, o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal, o Hospital Amigo da Criança, Programa de Acreditação Hospitalar, o Prêmio Galba de Araújo, dentre outros programas e ações que visavam desenvolver atividades ligadas a lazer, a recreação, a artes plásticas, música e teatro para tornar o hospital um ambiente menos traumático e doloroso.

Nem sempre tais iniciativas foram efetivas. Encontravam-se um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos pacientes e para alguns profissionais que lutavam por melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

No entanto, todos esses programas foram vistos como importantes contribuições para a sensibilização e acumularam experiências significativas nos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento. Os esforços para a humanização, com práticas de acolhimento não foram suficientes para a mudança do modelo de desatenção vigente. Nesse sentido, constatou-se a necessidade de articular essas ações e programas, necessitando-se, assim, da criação de uma política para reforçar a prática da humanização, no sentido de abranger o modelo de atenção e gestão na saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com Vieira (2008), a humanização dos serviços de saúde entrou na agenda ministerial, para se tornar uma política de qualificação do sistema. Contudo, essa questão aproxima-se da discussão das práticas de trabalho no SUS, onde o saber fazer tem que estar interligado ao saber ser.

Com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a partir da composição de uma nova equipe para o Ministério da Saúde em 2003, o PNHAH enquanto programa de governo sofreu alterações, passando a ser definida a construção de uma Política Nacional de Humanização, que englobasse as iniciativas já existentes, potencializando-as e espraiando o conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde do SUS. Assim, acentuava-se a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde, com o objetivo de integrar a humanização e não a reduzi-lo a projetos isolados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) se concretizou através de caráter coletivo e unificador das várias posições e a pactuação nas instâncias do SUS, sendo exposta e discutida na “Oficina Nacional Humaniza SUS: Construindo a Política Nacional de Humanização” em 2003 e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde, durante 141ª reunião ordinária, em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MORI, OLIVEIRA, 2009).

De acordo com Pasche et al. (2011), os primeiros anos da PNH foram destinados à formulação e consolidação da humanização como Política Pública, por meio de atividades extensivas, com sustentação teórico-metodológica, e à sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, com os trabalhadores, gestores e usuários. A partir de 2006, que ocorre de forma mais sistematizada o investimento da PNH de forma a integrar os serviços hospitalares, de atenção básica, às equipes gestoras.

Sendo assim, tornou-se uma política transversal do SUS, não mais limitada a programas voltados para áreas ou serviços específicos, por meio dos seus dispositivos. É uma estratégia que se tem constituído como uma forte aliada, quando temos como princípio a ampliação e afirmação do SUS que dá certo, sendo implementada na Atenção Básica, na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorro, Pronto-Atendimentos, Atenção Pré-Hospitalar e outros, na Atenção Especializada e na Atenção Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A PNH se constituiu com base em um conjunto de métodos, princípios, diretrizes e dispositivos. Assim, os princípios e diretrizes operam por meio de dispositivos, consolidado em quatro eixos estruturantes e intercessores: atenção, gestão, formação e comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para Pasche e Passos (2008), a PNH possui o método de intervenção que não se fixa apenas em obter resultados, mas na construção de modos de ir caminhando, que informam e definem pontos de chegada, sendo uma questão central, para garantir aprimoramento nos modos de fazer.

Os princípios norteadores da PNH, baseiam-se em quatro princípios articulados e indissociáveis, sendo eles: 1) Inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados; 2) Transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, fomentando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação; 3) Autonomia e protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas; 4) Construções históricas, que são

capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização (PASCHE, 2009).

As diretrizes gerais formuladas pela PNH apontam no sentido de: acolhimento; ampliar para o diálogo entre os sujeitos implicados na produção de saúde; clínica ampliada; promover a gestão participativa e cogestão; valorização do trabalho e dos trabalhadores; acolhimento do paciente; defesa dos direitos dos usuários; ambiência; fomento das Grupidades, coletivos e redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os dispositivos da PNH, segue uma premissa, que deve-se respeitar as “iniciativas diferentes em cada lugar, cada situação”, operando assim como experiências singulares. Portanto, devem ser exploradas as situações comuns emergentes das experiências locais estudando métodos e instrumentos de sua abordagem em planos mais abrangentes, assim, fazendo emergir delas indicadores a serem tratados em instrumentos nacionais de negociações em torno de situações desejadas (SANTOS FILHO, 2007).

Paim (2012, p. 91), ressalta que a PHN “assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na corresponsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão”.

Na perspectiva da PNH, a humanização não deve estar restrita somente na questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência na relação entre serviço, profissional de saúde e usuário. A humanização em saúde deve levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Silva (2002) ressalta que a humanização do atendimento, não é somente o resgate do mais bonito do ser humano, mas é o resgate de uma forma mais inteira, mais coerente em todas as dimensões da comunicação. A habilidade da comunicação passa pela capacidade de relacionar com as pessoas próximas; que estas podem ser professores de comunicação, no qual, significa colocar-se a atenção em dimensões que, muitas vezes, não é colocada.

Para Deslandes (2005), no contexto da humanização hospitalar o processo da comunicação, refere-se à ampliação da competência comunicativa que compõe a base de um cuidado e gestão participativa, em que os sujeitos possam ser atuantes. Supõe um modelo de produção de cuidado resolutivo, centrado na comunicação que atribui troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários.

Assim sendo, a comunicação na saúde é um dos grandes desafios da humanização, se dá, por meio de relações de poder preestabelecido por modelos comunicacionais e de atenção consolidados e reproduzidos cotidianamente. Diante disso, se faz necessário um trabalho de comunicação que promova a integração entre os diversos públicos da instituição: funcionários, corpo clínico, estudantes, fornecedores, pacientes e os respectivos familiares e a comunidade (NASSAR, 2003).

Para a mesma autora, é importante verificar diversas opiniões na área da saúde, na busca de alcançar não só um consenso onde os interesses possam ser harmonizados, mas também na colaboração da construção de uma imagem frente à sociedade. Essa imagem funciona como resultado do processo pelo qual a empresa visa à credibilidade, devendo basear-se na coerência entre discurso e ação.

No contexto do SUS, Fornari (2011), afirma que a comunicação tem um papel importante na implementação do Sistema de Saúde e na participação da comunidade, com o objetivo da construção adequada das necessidades de saúde da população e em consonâncias com os princípios e diretrizes do SUS, não devendo somente restringir na divulgação ou mesmo trabalhar com a noção de persuasão. As pessoas precisam ser vistas como interlocutores e, não apenas como receptores, vistas como cidadãos relevantes com falas valorizadas e reconhecidas.

Contudo, para o mesmo autor, a população precisa ter acesso a espaços e canais de comunicação, além das informações e conteúdos em consonância com suas necessidades para que tenham a possibilidade de se constituírem como sujeitos nos processos comunicacionais. Nesse sentido as Ouvidorias, são canais de comunicação que apresentam um potencial estratégico de ampliação na escuta de vozes mais periféricas e para potencializar seus pontos de vista e interesses no controle social do SUS, para o processo democrático e podem ser uma estratégia para a produção do cuidado e da gestão, comprometidos com a humanização.

## **2.5 A Ouvidoria na Saúde**

No contexto histórico, de acordo com Falcão (2010), a Ouvidoria sempre esteve voltada para o controle da administração pública.

Teve seu marco inicial na Suécia, por volta do século XVIII, quando se instituiu a figura do *Ombudsman*, palavra de origem germânica que significa representante, advogado, defensor do povo, com a função de controlar o funcionamento da administração pública, sendo ponte entre o governo e a população. Este era eleito pelo parlamento. A partir de então,

vários países como a Finlândia, Dinamarca, Noruega, França, Inglaterra e Alemanha instituíram o *Ombudsman* como modelo em suas organizações, aprimorando-o de acordo com a realidade de cada país (GABRA, ROSSI, 2007; LYRA, 2000).

No Brasil, no período colonial foi elaborada uma proposta semelhante ao modelo *Ombudsman* sueco, sendo pioneira em 1823, elaborada pelo Deputado José de Souza Mello. Ele apresentou um projeto estabelecendo a criação de um Juiz do Povo em cada província, possibilitando que a população pudesse recorrer e apresentar suas queixas à Corte. Novas tentativas aos longos dos anos foram elaboradas, com objetivo de defender os direitos da população. Mas, as Ouvidorias ressurgiram somente depois do regime militar. Com a redemocratização do Brasil, a partir de 1983 foram retomados debates para criação de canais de comunicação entre o poder e a população (BASTOS, 2006; LYRA, 2000).

Nesse sentido, em 1986, surge na administração pública brasileira a Ouvidoria Municipal de Curitiba-PR, instituída pelo Decreto-Lei nº. 215/86, com a finalidade de defender os direitos individuais e coletivos dos cidadãos de atos ilegais cometidos pela administração pública. A democracia participativa se efetivou somente com a Constituição Federal de 1998, expandindo assim os canais de comunicação entre os cidadãos e as instituições, permitindo assim maior transparência do serviço público (FERNANDES, SILVA, 2006; LYRA, 2000).

As Ouvidorias se efetivaram somente com a Constituição Federal de 1988, legitimando a participação social, para o controle do Estado (GURGEL, 2004 apud PEREIRA, 2011).

No âmbito da saúde pública, a Ouvidoria, surge timidamente, com a finalidade de garantir a participação da sociedade na construção de um novo modelo de atenção à saúde (PEREIRA, 2011). Nesse sentido, foram inseridas na Constituição Federal e na lei do SUS, em 1990, sendo implantadas na área governamental e institucional (SOUZA, 2010).

Dessa forma, a participação social instituiu-se no Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, e determinada através do Art. 198 como uma das diretrizes, estabelecendo formas de participação popular em sua gestão por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De caráter mais efetivo, a participação social que atendesse os anseios das pessoas, ocorreu com a implantação de Ouvidorias no SUS. Ela foi incluída no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em 1996, destacando que os Conselhos e Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de

participação. Entre esses mecanismos incluem-se Ouvidorias e serviços Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde (SOUZA, 2010).

Nesse sentido, a partir de 1996 várias iniciativas de escuta ao cidadão no âmbito do SUS foram adotadas pelo Ministério da Saúde: o “Pergunte AIDS” que se transformou posteriormente em “Disque Saúde”; o “Disque pare de fumar”, uma parceria com Instituto Nacional do Câncer (INCA). Em 2003 surge o “Disque saúde mulher”, parceria com a Secretária Especial de Políticas para Mulheres (SPM); “Disque denúncia” de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescente, parceria com a Secretária Especial dos Direitos Humanos (SEDH); “Disque medicamentos” parceria com a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) (PEREIRA, 2011).

No nível federal foi criada a Ouvidoria Geral do SUS em 2003, através do Decreto nº 4.726. Administrativamente, compõe a estrutura do Ministério da Saúde, sendo parte complementar da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, mas com o objetivo de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, buscando integrar e estimular práticas que permitam expandir o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde. As Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários, contribuindo com o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Um dos elementos constituintes dessa política foi à elaboração de diretrizes e de princípios de funcionamento do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS. Esse sistema tem como parâmetro para sua atuação alguns programas do Ministério da Saúde, tais como a Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (QUALISUS), que estabelece a criação de Ouvidorias em todos os hospitais e postos de saúde do programa, e a Política Nacional de Gestão Participativa (PARTICIPASUS), que busca incentivar a participação popular na gestão do SUS (CARVALHO, 2009).

Desde então, o Departamento da Ouvidoria Geral do SUS vem estabelecendo convênios com outros órgãos, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Agência Nacional de Vigilância Nacional de Vigilância (ANVISA) e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, na perspectiva da ampla participação da sociedade civil no processo decisório da gestão pública da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com Carvalho (2009), as Ouvidorias devem ser organizadas de modo a obedecerem aos princípios do SUS, mencionados anteriormente (pág. 11), da seguinte forma:

- **universalidade:** as Ouvidorias devem estar estruturadas de modo que possa atender gratuitamente as demandas de todo cidadão;
- **integralidade:** consiste nas demandas dos usuários em receber atenção em todas as fases do processo;
- **equidade:** as Ouvidorias devem desenvolver estratégias de acolhimento que permitam o atendimento de todas as demandas recebidas;
- **descentralização:** se refere à implantação das Ouvidorias nas secretárias estaduais, municipais e nos serviços de saúde, com a definição das competências de cada uma;
- **regionalização:** consiste na disponibilização das Ouvidorias em cada região sanitária, seja em cidades polo, seja em distritos sanitários;
- **hierarquização:** as Ouvidorias devem seguir a mesma lógica hierárquica do SUS, considerando as necessidades regionais;
- **participação da comunidade:** as Ouvidorias devem garantir às comunidades o recebimento de suas manifestações assim como possibilitar a sua participação na avaliação dos resultados obtidos a partir da leitura das demandas.

Dessa forma, as Ouvidorias têm propiciado a democratização das relações do cotidiano das organizações do SUS, garantindo ao cidadão um canal que lhe garanta a oportunidade de expressão das suas reivindicações, denúncia e sugestões, para reparação dos serviços de saúde. Além disso, traz também uma prática pedagógica da saúde, quebrando paradigmas na relação usuário *versus* profissional. Este quadro começa a mudar, dando espaço para a materialidade de novas posturas profissionais a partir da construção de um cidadão mais consciente do que seja a cidadania no serviço público. Desse modo, a Ouvidoria na Saúde é imprescindível ao processo de educação continuada (FALCÃO, 2010).

A implantação das Ouvidorias nos hospitais ocorreu-se em tempo e contexto diferentes na Saúde Pública. Nas décadas de 1980 e 1990, após o período da redemocratização no Brasil, frente à globalização mundial e a busca de serviços de qualidade pelo consumidor, as instituições lutavam pela sobrevivência num mercado cada vez mais complexo e competitivo. Frente a esse cenário as instituições passaram a rever suas estratégias diante da qualidade da prestação dos serviços, no qual, basearam nas estratégias gerenciais de qualidade total nos serviços prestados. Esse quadro conduziu também para os serviços públicos de saúde e posteriormente para os Hospitais Públicos (PEREIRA, 2002).

Nas últimas décadas no Brasil a identificação da Gestão por Qualidade Total com um modelo de mercado de livre concorrência, se assistia um movimento das Instituições Públicas da Saúde em adotar ferramentas de qualidade no atendimento aliado a otimização de recursos. Mas inúmeras dificuldades práticas e operacionais nas Instituições Públicas de Saúde eram apresentadas, mesmo com o fortalecimento das ferramentas no campo teórico (FALCÃO, 2010).

Diante da insatisfação vivenciada nos serviços de saúde na década de 1990, os hospitais públicos e privados despertaram para a preocupação de satisfazer o paciente. Assim foram instigados a adotarem estratégias diferenciadas para viabilizar o incremento do nível de qualidade. As estratégias implantadas para gestão se deram através de canais que deram voz aos clientes para relato da satisfação dos serviços prestados, assim contribuindo para elevar a qualidade dos serviços, uns desses canais foram os serviços de Ouvidoria (PEREIRA, 2002).

O serviço de Ouvidoria se constituiu no setor da saúde, mais precisamente nos hospitais, no intuito de melhorar a qualidade a assistência e com o objetivo de obter: Certificação Qualidade Total – ABNT NBR ISO 9001; Certificação de Controle de Qualidade Hospitalar; Selo da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar, entre outros (PEREIRA, 2011). Nesse sentido, o resultado da implantação das Ouvidorias, revelou significado no quadro institucional, ao estabelecer novas formas de envolvimento e de disciplinamento de usuários e de trabalhadores (PEREIRA, 2002).

O serviço de Ouvidoria no setor da saúde, mais precisamente nos hospitais, representa um espaço estratégico, politicamente institucionalizado, capaz de provocar mudanças significativas, produzir um novo modelo de gestão mais democrático e comprometido com o bem comum, cujo objetivo é melhorar a qualidade da assistência (PEREIRA, 2011).

Os hospitais públicos e os privados estabeleceram estratégias gerenciais, tais como os serviços de Ouvidoria próprios, mas acompanharam nas últimas décadas as reformas do governo, que determinaram o redimensionamento das políticas públicas no âmbito nacional, estadual e municipal na área da saúde (PEREIRA, 2002).

Algumas das iniciativas do Ministério da Saúde ocorrida em 2004, em adotar a Ouvidoria em todos os hospitais públicos foi um dos mecanismos de gestão, através da PNH. Com o objetivo de humanizar o atendimento hospitalar, através da escuta solidária, do acolhimento às necessidades do usuário, sem prejuízo as demandas do trabalhador. Propondo o modelo de gestão centrado na construção coletiva, ou seja, na gestão participativa, um modo

de administrar abrangendo diferentes opiniões, de forma ética e política. Assim, a Ouvidoria tem por finalidade ser um “serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.14).

Nesse sentido a PNH em seu Núcleo de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, criou a carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no Sistema Único de Saúde, no qual, consiste em permitir o paciente denunciar problemas relacionados à baixa qualidade no atendimento e apresentar sugestões junto às Ouvidorias de cada hospital ou à Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde (FALCÃO, 2010).

Falcão (2010), afirma ainda, que a implantação das Ouvidorias foi um passo à frente rumo à construção coletiva para um pensar e um fazer democrático na assistência à saúde hospitalar, visto que, é um grande desafio desenvolver uma cultura de participação do cidadão nos hospitais públicos, pela predominância, por parte de alguns profissionais, somente a compreensão biomédica da doença.

A Ouvidoria como um canal de comunicação, proporciona aos clientes (usuários) a participação na gestão dos hospitais, na busca de qualidade. A participação social no Sistema de Saúde do Brasil está definida através da Constituição Federal de 1988, regulamentada pela lei 8.142/90 e determinada através do Art. 198 como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com Pasche (2009), a participação cidadã em saúde é espaço de abertura para a construção na gestão da política de saúde, sendo um conjunto de processos de corresponsabilização da sociedade, mas não desresponsabilizando o Estado de suas funções essenciais. Diante disso, tornou-se uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde, a construção de espaços coletivos e arenas decisórias, no qual, são importantes para o processamento de interesse na formulação e gestão de políticas públicas.

Dessa forma para promover a democratização dos serviços mediante ao controle social do SUS, vários dispositivos de participação social foram criados, como as Conferências, Conselho Municipal e a Ouvidoria. De acordo com Vázquez et al. (2005), esses mecanismos institucionais são classificados em coletivos e individuais, sendo os coletivos representados pelas Conferências e os Conselhos, e, os individuais as Ouvidorias. Portanto, as Conferências e os Conselhos são macroestruturas de controle, de forma coletiva da

participação, planejamento e gestão das políticas em nível abstrato. Já as Ouvidorias são microestruturas de controle, caracterizadas por formas de participação individual e execução das políticas a nível local de ação.

Portanto, a Ouvidoria tem se constituído como uma importante estratégia para garantia dos direitos individuais e coletivos do cidadão, possibilitando assim o envolvimento no processo da gestão das instituições públicas hospitalares. Nesse sentido, Lobato (2009, apud SOUZA, 2010) corrobora afirmando que a Ouvidoria é uma estratégia inovadora que busca inserir o usuário na dinâmica da gestão pública, como sujeito do processo de democratização das relações institucionais, fortalecendo o elo entre o usuário e a organização.

Na busca de soluções das gestões hospitalares que, viabilizassem o planejamento de forma a ajustar melhor a aplicação dos recursos, a condução da equipe e a qualidade dos serviços, verificou-se necessário a participação social. Tal participação se tornou importante para a contribuição na manutenção do sistema de avaliação do desempenho, na redefinição de estratégias que possibilitasse verificar se estavam sendo alcançados os resultados pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de serviços prestados (COSTA, SALAZAR, 2008).

É importante ressaltar que a sociedade está em constantes modificações, e se adapta às novas condições de vida em seu contexto sociocultural. Nesse sentido o público consumidor, diante da mudança sociocultural, busca o reconhecimento da sua participação, para as mudanças na qualidade dos serviços de saúde. Vázquez et al.(2005), relatam que, é crescente a maturidade do público consumidor, expandindo-se cada vez mais a noção de cidadania, impondo aos gestores dos serviços de saúde a criação de novas estratégias de comunicação para melhor atender às expectativas do cliente, visando atingir a excelência no atendimento.

Diante disso, a Ouvidoria é uma estratégia que visa à efetiva participação do cidadão, estreitando e fortalecendo sua relação com as instituições de saúde. De acordo Vilanova (2004), a Ouvidoria está sendo uma estratégia fundamental de *Feedback* para administração pública, propiciando a detecção de problemas institucionais, visto que, sem a participação direta da comunidade, seria difícil identificar sua real importância.

Para Kurz et al.(2008), a Ouvidoria é um meio de comunicação para o fortalecimento da cidadania, através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar seu parecer a respeito do atendimento, seja positivo ou negativo. Isso sem dizer seu papel interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo. No entanto, a sua atividade se caracteriza por receber do usuário sua

dúvida, sugestão, crítica, reclamação e elogio. Além disso, possibilita diagnosticar e promover mudanças pertinentes à demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos.

Diante da finalidade das Ouvidorias como instrumentos de comunicação, em que remete à fala, à escuta e à possibilidade do entendimento por meio do diálogo nas Instituições de Saúde, a sua função primordial vem de forma a auxiliar na orientação das ações, visando a qualidade dos serviços de saúde e a humanização. Dessa forma, Souza (2010), relata que as Ouvidorias nas instituições de saúde são estratégias consubstanciadas, reafirmadas em um dos pontos abordados pela Política Nacional de Humanização (PNH), já que, a humanização tem como propósito a valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde, como eixo estruturante das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Em conformidade com o problema e os objetivos propostos, a presente pesquisa apresenta aspectos qualitativos<sup>1</sup> e quantitativos<sup>2</sup>, com maior predominância qualitativa, visando analisar a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar, buscando entender seu papel na humanização das instituições de saúde.

O desenvolvimento da pesquisa foi de natureza exploratória/descritiva<sup>3</sup>, buscou analisar a subjetividade contida nas informações sobre o serviço da Ouvidoria Hospitalar, permitindo compreender o histórico, a dinâmica de operação, o tratamento das demandas pela gestão e a contribuição para a humanização.

Com enfoque qualitativo e quantitativo, a pesquisa analisou a percepção do cliente da saúde em relação serviços de saúde, permitindo compreender a ocorrência da manifestação

---

<sup>1</sup> A pesquisa qualitativa aborda os significados, os motivos, as crenças, os valores e as atitudes do ser humano, a partir da realidade vivenciada com seu grupo, no qual, ele é capaz de pensar sobre o que faz e interpretar suas ações (MINAYO, 2010).

<sup>2</sup> A pesquisa quantitativa tem por finalidade “[...] medir opiniões, reações, sensações, atitudes, hábitos e atitudes etc. de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada” (MANZATO, SANTOS, 2012, p. 7).

<sup>3</sup> A pesquisa exploratória tem por finalidade esclarecer e modificar conceitos e ideias. São desenvolvidas para proporcionar visão geral de um determinado fato. Já a pesquisa descritiva tem por finalidade descrever determinada população ou fenômeno, é aplicada em levantamentos de opiniões, atitudes e crenças de uma população. Cabe também em estudos que visam analisar o nível de atendimento de órgãos públicos. (GIL, 2008).

em relação à satisfação dos serviços prestados e ao conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria.

Com o aceite do convite e autorização da Superintendente Executiva do Hospital A e da Gerente Geral do Hospital B e após aprovação do CEP - Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, sob o parecer nº 1.631.282, deu-se início à realização da pesquisa.

### **3.2 Local de estudo**

A pesquisa foi realizada em dois hospitais, denominados nesse estudo como Hospital A e Hospital B, ambos localizados na mesorregião da Zona da Mata Mineira. Os gestores solicitaram a não divulgação dos nomes dos hospitais, o que foi atendido anteriormente. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a Zona da Mata Mineira é uma das doze mesorregiões do estado de Minas Gerais, situa-se na porção sudeste do estado, próxima à divisa dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo. É constituída por sete microrregiões: Cataguases, Juiz de Fora, Manhuaçu, Muriaé, Ponte Nova, Ubá e Viçosa.

Os Hospitais A e B são fundações Filantrópicas, que atendem clientes dos SUS, além de particulares e de convênios. Têm em sua estrutura organizacional o serviço de Ouvidoria Hospitalar como meio de aproximar os clientes do hospital na gestão participativa.

### **3.3 Universo e Amostragem**

Os participantes do presente estudo foram as ouvidoras, os gerentes, coordenadores e supervisores dos setores, coordenadores da comissão de humanização, a superintendente executiva /gerente geral e os clientes externos da saúde dos Hospitais A e B.

Os setores que receberam manifestações recorrentes dos clientes foram selecionados mediante a indicação da ouvidora. No total foram realizadas 21 entrevistas, sendo 13 no Hospital A, quais sejam: a ouvidora e o gerente responsável pela Ouvidoria, a superintendente executiva, o coordenador da comissão de humanização, a gerente e supervisora do Pronto Socorro, a gerente da Enfermagem, gerente da Hotelaria, gerente dos Serviços de Exames Diagnóstico por Imagem - SADT, coordenador do CTI, coordenadora da unidade de internação, coordenadora do Centro de Otorrinolaringologia.

No Hospital B foram entrevistados 8 colaboradores: a ouvidora, a psicóloga organizacional que auxilia a ouvidora, a diretora administrativa, a coordenadora do grupo de humanização, a gerente da Enfermagem, dois coordenadores do Pronto Socorro e a coordenadora de atendimento.

Os responsáveis pelos setores mencionados e os cargos de chefias, se diferem na nomenclatura usada nos hospitais e pela divisão hierárquica. No Hospital B não há a função de supervisor. A estrutura organizacional dos hospitais pode ser visualizada nos organogramas presentes nos Anexos A e B.

A amostra foi constituída de 100 clientes da saúde, que foram os acompanhantes de pacientes, que receberam atendimentos nos setores de atendimento sem internação, compreendendo uma amostragem aleatória simples, ou seja, a partir do valor amostral encontrado foram selecionados os clientes da saúde de ambos hospitais aleatoriamente para a entrevista.

Optou-se por delimitar o número de pessoas atendidas nos hospitais para somente àquelas atendidas nos setores de atendimento sem internação, visto que, estavam mais acessíveis para coleta de dados e também pela maior concentração de pessoas. No entanto, foram escolhidos somente os acompanhantes para participar da pesquisa, por desempenharem o papel de apoio emocional, no atendimento das necessidades e estar à frente para resolver ou tomar providências relacionadas ao paciente, já que, o paciente muitas vezes encontra-se debilitado e não tendo disponibilidade para participar da pesquisa.

Para definir o tamanho da amostra de clientes da saúde (n=100), foi utilizado o número total de clientes atendidos nos hospitais no ano de 2015. Assim de limitou-se o total de clientes atendidos, excluindo os atendimentos de internações<sup>4</sup> e selecionando somente os atendimentos sem internações<sup>5</sup>. Após a obtenção do número de atendimentos sem internações, foi feito o cálculo de amostra (Quadro 1), com um erro amostral de 10%, intervalo de confiança de 95%, e probabilidade de ocorrer ou não o evento de 50%, chegando à amostra de 100 clientes da saúde e ao número exato de clientes da saúde que iriam ser entrevistados em cada hospital, sendo 64 clientes da saúde foram do Hospital A e 36 clientes da saúde do Hospital B, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

---

<sup>4</sup>Atendimentos de internações: corresponde ao número de clientes internados atendidos nos hospitais

<sup>5</sup>Atendimentos sem internações: corresponde ao número de clientes atendidos nos pronto socorro, serviço de exames diagnóstico por imagem, ambulatório de ortopedia e nos centros de otorrino e fonoaudiologia, oftalmologia, oncologia dos hospitais

#### Quadro 1- Fórmula para cálculo da amostra.

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{[e^2 \times (N - 1)] + (Z)^2 \times P \times Q}$$

$n$  - é o tamanho da amostra  
 $Z$  - Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado ( $Z = 1,96$  – nível de confiança de 95%)  
 $P$  - Probabilidade de Ocorrência do evento  
 $Q$  - Probabilidade do evento não ocorrer ( $Q = P - I$ )  
 $e$  - é o erro amostral (margem de erro)  
 $N$  - tamanho da população

Fonte: Nique e Ladeira (2014)

Tabela 1 - atendimentos nos hospitais A e B e calculo da amostra.

Hospital	Atendimentos realizados	Atendimentos sem internações		Amostra- Erro 10%
	no ano de 2015	realizados no ano de 2015		
	Nº	Nº	%	
Hospital A	123.457	116.856	64	64
Hospital B	71.593	65.546	36	36
Total	195.050	182.402	100	100

Fonte: Hospital A e B, adaptado pela autora, 2016.

### 3.4 Procedimentos para a coleta de dados

Foram utilizadas nessa pesquisa as seguintes técnicas para coletas de dados: pesquisa documental<sup>6</sup>; entrevista semiestruturada<sup>7</sup>; e questionários semiestruturado<sup>8</sup>, ambos elaborados pela pesquisadora.

A pesquisa documental foi realizada, utilizando-se dados arquivados no sistema de gerenciamento e sites dos hospitais, a fim de compreender as características dos mesmos.

Os roteiros de entrevistas (Apêndice C) foram usados juntos às ouvidoras, a fim de compreender a percepção da mesma quanto ao serviço da Ouvidoria Hospitalar, permitindo compreender o histórico, a dinâmica, análise das manifestações e a efetividade para humanização. Já as entrevistas com os gerentes, coordenadores e supervisores dos setores

<sup>6</sup>A pesquisa documental permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

<sup>7</sup>A entrevista tem por finalidade explorar, visto que, busca o detalhamento das questões e formulação mais precisa dos conceitos relacionados ao tema (BONI, QUARESMA, 2005).

<sup>8</sup>O questionário é “[...] técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidos a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesse, expectativas [...]”, podem ser designados auto aplicados, quando são propostos escritos para responderem e podem ser designados como questionários aplicados como entrevistas ou formulários, quando as questões são oralmente ditas pelo pesquisador (GIL, 2008, p. 121).

(Apêndice D), com a superintendente executiva/gerente geral (Apêndice E) e com o coordenador da comissão de humanização (Apêndice F) foram realizadas com o intuito de verificar a percepção dos mesmos quanto ao serviço da Ouvidoria Hospitalar, permitindo a análise das manifestações apresentadas e sua efetividade para a humanização hospitalar.

Os questionários (Apêndice G) foram aplicados junto aos clientes externos da saúde, para avaliar a sua percepção quanto à satisfação dos serviços de saúde e o conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria.

Para a realização desses procedimentos (pesquisa documental, entrevista e questionário) na coleta de dados, foram agendados por telefone, com as ouvidoras, a entrevista e a pesquisa documental ao arquivo da Ouvidoria. Além disso, foi agendado pessoalmente, no ambiente de trabalho nos hospitais, a entrevista com os gerentes, coordenadores e supervisores dos setores, coordenador da comissão de humanização, superintendente executiva/gerente geral. Já em relação aos clientes da saúde, esses foram abordados para a aplicação do questionário nos setores de atendimento sem internação dos hospitais enquanto estavam esperando atendimento ou após ter recebido atendimento, ou seja, foram abordados nos respectivos setores de atendimento sem internação: pronto socorro, serviço de diagnóstico por imagem - SADT, centro de otorrino, ortopedia, oftalmologia, fonoaudiologia. A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2016, tanto no Hospital A como no B.

Antes da aplicação dos métodos (questionário e entrevista), explicaram-se a finalidade da pesquisa e os procedimentos que seriam adotados. Foi entregue aos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), para assinatura, documento esse que continha as informações necessárias e explícitas sobre a participação na pesquisa em consonância com Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012. As entrevistas com os colaboradores dos hospitais foram feitas utilizando um roteiro semiestruturado. Foram gravadas, quando permitidas e posteriormente transcritas. Os questionários foram aplicados juntos aos clientes da saúde, seguindo um roteiro semiestruturado com questões abertas e fechadas. As questões fechadas foram assinaladas pela pesquisadora no momento da coleta de dados e as abertas foram transcritas.

Realizaram-se as entrevistas com os colaboradores dos hospitais em seu ambiente de trabalho. Os questionários foram aplicados aos clientes da saúde nos setores de atendimento sem internação dos hospitais A e B, que estavam esperando atendimento ou que já tinham recebido atendimento.

### 3.5 Procedimentos para a análise dos dados

Após a coleta dos dados foram realizadas as análises e a interpretação dos dados, que foram organizados utilizando técnicas específicas para tratamento e análise de acordo com os dados qualitativos e quantitativos.

Para a análise dos dados qualitativos foi aplicada a técnica de análise de conteúdo<sup>9</sup>, a partir de categorias previamente definidas. Ou seja, utilizando-se grade fechada, onde as categorias foram predefinidas a partir dos objetivos propostos e dos pressupostos teóricos apresentados nesse estudo. Foram utilizados procedimentos metodológicos conforme as diferentes fases da análise de conteúdo, sugeridos por Bardin (2012): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise foi realizada a organização e preparação de todo o material usado no referencial teórico que auxiliaram no entendimento do objeto de estudo, a formulação de hipóteses e objetivos, e a definição dos entrevistados, para a coleta de dados.

Na exploração do material provenientes das entrevistas com os colaboradores, foi realizada a transcrição das gravações e posteriormente definiram-se as categorias de análise, agrupando-as em unidades, com a finalidade de tornar todos os dados operacionais.

Já no tratamento dos resultados, as informações obtidas foram descritas, interpretadas e explicadas. Os resultados obtidos foram discutidos com o referencial teórico, bem como fazendo inferência dos resultados.

Os dados quantitativos, obtidos dos questionários aplicados junto aos clientes da saúde, foram analisados utilizando-se estatística descritiva<sup>10</sup> (frequências). Primeiramente os dados coletados foram preparados, codificados, tabulados e analisados por estatística descritiva. Posteriormente aplicou-se o cruzamento dos dados, com a finalidade de identificar a relação entre as variáveis descritas a seguir. Para isso utilizou-se o software estatístico IBM SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Sciences*)<sup>11</sup>.

No caso dos clientes que não se manifestaram em relação aos serviços prestados pelos setores de atendimento sem internação e no caso dos que se manifestaram, foram

---

<sup>9</sup>“Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44).

<sup>10</sup>A estatística descritiva é a etapa inicial da análise, fase que são descritos os dados, os valores ou as pontuações obtidas para cada variável, ou seja, é a descrição da distribuição das pontuações ou frequências (SAMPLIERI, 2006). Tem por objetivo “resumir as principais características de um conjunto de dados por meio de tabelas, gráficos e resumos numéricos” (GUIMARÃES, 2008, p.25).

<sup>11</sup>Pacote de Software de análise estatística para Ciências Sociais, desenvolvido na University of Chicago (SAMPLIERI, 2006).

cruzadas as seguintes variáveis: cliente externo (acompanhante familiar e acompanhante não familiar), sexo, idade e escolaridade.

### **3.5.1 Categorias de análise**

#### **3.5.1.1 Caracterização dos hospitais A e B e as suas Ouvidorias**

Para caracterizar os hospitais foi realizada uma pesquisa documental no sistema de gerenciamento e nos sites dos hospitais. Os aspectos investigados foram: histórico, características físicas, atendimentos, serviços prestados e as estruturas organizacionais.

Para compreender as características da Ouvidoria Hospitalar, foi realizada uma entrevista com a ouvidora. Os aspectos investigados foram: histórico, objetivo, normatização, vinculação administrativa, equipe de trabalho, características físicas, mecanismos utilizados na comunicação interna e externa; divulgação dos serviços da Ouvidoria.

#### **3.5.1.2 A dinâmica da Ouvidoria e o tratamento dado às manifestações coletadas pela Ouvidoria**

Visando compreender a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar, foi realizada uma entrevista com a ouvidora. Os aspectos investigados foram: a forma de organização dos dados; comunicação e encaminhamento das manifestações aos setores relacionados a elas; o acompanhamento das manifestações e o retorno dado ao usuário do hospital que fizeram as manifestações e a divulgação dos serviços da Ouvidoria.

Para compreender o tratamento das manifestações coletadas pela Ouvidoria foi realizada uma entrevista com a ouvidora e com os gerentes, coordenadores, supervisores dos setores, coordenador da Comissão da Humanização e a superintendente executiva/gerente geral. Os aspectos investigados foram: as manifestações; os setores que recebem manifestações e sua natureza; procedimentos adotados em função da manifestação e o retorno dado aos clientes do hospital que fizeram as manifestações.

### **3.5.1.3 A percepção da ouvidora, dos gestores quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar**

Com o objetivo de avaliar as ações da Ouvidoria na perspectiva dos gestores e dos clientes da saúde quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar, foi realizada uma entrevista com a ouvidora e gerentes, coordenadores, supervisores dos setores, coordenador da humanização e a superintendente executiva/gerente geral. Os aspectos investigados foram: importância da Ouvidoria para o hospital, o auxílio da Ouvidoria no direcionamento da qualidade e humanização e criação de serviços, estruturas, ambiência, programas ou projetos e cursos humanizadores demandados pela Ouvidoria.

### **3.5.1.4 A percepção do cliente da saúde quanto à satisfação dos serviços de saúde e o conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria**

Com o objetivo de compreender a percepção do cliente da saúde quanto à satisfação dos serviços de saúde e o conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria, foi aplicado um questionário e entrevista com os clientes da saúde. Os aspectos investigados foram: ocorrência da manifestação em relação a satisfação aos serviços prestados. Quanto aos que não manifestaram: a pretensão de se manifestar, o conhecimento quanto ao direito de se manifestar, a obtenção do conhecimento desse direito, o conhecimento do serviço ou canal que recebe a manifestação e quanto aos que se manifestaram a natureza e causa da manifestação, como foi feita a manifestação, o conhecimento do direito que podem manifestar-se e a importância de se manifestar.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo teve por objetivo analisar a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar, buscando entender seu papel na promoção da humanização nas referidas instituições. Foram investigados dois Hospitais de Minas Gerais, os quais foram identificados por A e B, visando preservar sua identidade. Sendo assim, serão apresentadas a caracterização dos Hospitais A e B e suas respectivas Ouvidorias; a dinâmica de operação da Ouvidoria e o tratamento dado às manifestações coletadas por elas; a percepção dos colaboradores quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar; a percepção do cliente da saúde quanto a

satisfação dos serviços de saúde e o conhecimento sobre o seu direito de se manifestar e ao serviço de Ouvidoria.

As falas transcritas dos colaboradores participantes foram identificadas nesse estudo pela abreviação da função exercida e pelo hospital no qual trabalham. As características dos colaboradores dos hospitais e dos clientes da saúde entrevistados podem ser verificados nos quadros apresentados nos apêndices H e I.

#### **4.1 Caracterização dos Hospitais**

Os Hospitais A e B são Fundações Filantrópicas e Beneficentes de Saúde, sem fins lucrativos e de caráter prioritariamente assistencial. O Hospital A foi fundado no início dos anos de 1990 e o Hospital B na primeira década de 1900.

Atendem clientes do SUS, particulares e de convênio à população local e de municípios de suas microrregiões. O Hospital A oferece atendimento à população de 54 municípios, num total de 697 mil habitantes, sendo 60 mil da cidade em que se localiza. E o Hospital B oferece atendimento à população de 20 municípios, num total de 228 mil habitantes, sendo aproximadamente 78 mil da cidade em que se localiza.

A estrutura organizacional, em relação aos serviços prestados pelo Hospital A e Hospital B, está disposta no organograma (Anexo A e B). O corpo clínico e os serviços oferecidos nos hospitais podem ser observados no quadro 2.

Os Hospitais A e B são referências de atendimento em Urgência e Emergência para a Microrregião, porém, cada hospital possui especialidades e serviços que se diferem.

O Hospital A tem a referência pública como hospital captador de órgãos e referência regional na área de Otorrinolaringologia. Ele oferece serviços de alta complexidade em cirurgias cardíacas, em neurocirurgias, no tratamento oftalmológico, oncológico, Aids, nutrição enteral e parenteral.

O Hospital B é referência macrorregional em atendimento à gestante de alto risco e está aguardando credenciamento na Rede Cegonha<sup>12</sup>. Está inserido em diversas atividades de ensino e pesquisa, por meio de parcerias com instituições de ensino superior e ensino técnico de sua cidade. Oferece programas de residência médica e programas com a participação de

---

<sup>12</sup> Rede cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

estagiários do ensino superior. Tais programas estão voltados principalmente para o atendimento de mães e gestantes.

Ambos os hospitais contam com serviços que auxiliam na gestão para a obtenção da otimização da qualidade nos serviços ofertados. Dentre eles está o serviço de Ouvidoria Hospitalar, cuja finalidade é aproximar a gestão participativa e o desenvolvimento de atividades humanizadoras para os clientes da saúde e colaboradores, do Grupo de Humanização – GTH/Comissão de Humanização.

No entanto, somente o Hospital A conta com o Sistema de Gestão da Qualidade para o processo de Acreditação Hospitalar, implementado em sua administração desde 2006, com base no Programa SGQ: 5S. Em 2008, a instituição iniciou as adequações da estrutura organizacional de acordo com a norma NBR ISO 9001, obtendo certificados em 2009, 2012 e 2015. O hospital busca inovação, melhoria da estrutura tecnológica, capacitação dos profissionais, o reconhecimento como hospital de alta complexidade, qualidade e resolutividade em seus serviços no estado de Minas Gerais e busca equilíbrio econômico-financeiro.

O Hospital B é credenciado no Programa Pro-Hosp<sup>13</sup> e obtém recursos oriundos de Emendas Parlamentares de políticos da região, uma vez que os recursos somados recebidos pelo SUS e Convênios são insuficientes. O quadro 2 apresenta uma síntese das características dos hospitais A e B:

---

<sup>13</sup>Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG, do Governo Estadual. Tem como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas Gerais. Contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população, de preencher vazios assistenciais, e inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2007).

**Quadro 2 - Características dos hospitais A e B.**

<b>Características</b>	<b>Hospital A</b>	<b>Hospital B</b>
<b>Fundação</b>	Filantropico.	Filantropico.
<b>Criação</b>	Início dos anos de 1990.	Primeira década de 1900.
<b>Atendimento</b>	Clientes do SUS, particular e convênio; População local e de 54 municípios.	Clientes do SUS, particular e convênio; População local e de 20 municípios.
<b>Número de Leitos</b>	70 leitos para o SUS; 36 leitos para particular/convênio; 10 leitos para o CTI – SUS; 2 leitos para CTI-Particular/Convênios.	113 leitos para atendimento interno; 5 leitos para CTI; 9 leitos de UTI Neonatal; 5 leitos UTI pediátrica; 5 leitos na Unidade Intermediária infantil/pediátrica.
<b>Corpo Clínico</b>	73 médicos.	102 médicos; 1 dentista.
<b>Serviços Prestados</b>	Pronto socorro SUS e convênios; Ambulatório médico, odontológico e ortopedia; Centro de otorrinolaringologia, oncologia e oftalmologia; Unidade de Terapia Intensiva - UTI; Centro de Tratamento e Terapia Intensiva CTI; Apartamentos de convênios e particulares, pediatria, enfermarias, maternidade; Serviços de Exames Diagnóstico por Imagem - SADT; Instituto do coração.	Pronto socorro; Unidade de Terapia Intensiva-UTI; Centro de Tratamento e Terapia Intensiva - CTI; Apartamentos de convênios e particulares, pediatria, enfermarias, maternidade; Tomografia, ressonância, oncologia, teste de orelhinha endoscopia, ultrasonografia e laboratório de análises clínicas <sup>14</sup> ; Banco de leite.
<b>Referência (Microrregional)</b>	Atendimento e Urgência e Emergência; Captador de órgãos; Serviços de Otorrinolaringologia; Serviços de alta complexidade em cirurgias cardíacas e neurocirurgias.	Atendimento e Urgência e Emergência; Atendimento à gestante de alto risco.
<b>Certificação</b>	Norma NBR ISSO 9001 (2009, 2012 e 2015); Acreditação Hospitalar (2006).	—

Fonte: Site e Sistemas de gerenciamento dos Hospitais A e B. Elaborado pela autora, 2016.

## 4.2 Caracterização das Ouvidorias

Os serviços da Ouvidoria dos Hospitais A e B, foram implementados por motivos diferentes. No Hospital A, segundo o gerente do setor de planejamento e qualidade, a implementação da Ouvidoria se deu pela iniciativa do hospital no ano de 2005, com intuito de obter a certificação da ISO 9001-2008 e pela implementação da Normativa da ISO 9001 e Programa 5s. Foi baseada na Lei do Código de Defesa do Consumidor e na Política Nacional de Humanização.

<sup>14</sup>Serviços terceirizados fornecidos pelo Hospital B.

No Hospital B, a Ouvidoria foi implementada em julho de 2007. O motivo da implementação e a base legal para instituí-la não foi mencionado pela ouvidora. A mesma relatou não saber o motivo do hospital implementar o serviço de Ouvidoria, isto é, a ouvidora acha que o serviço foi implementado por ordem do Ministério da Saúde. Não foram identificados documentos em que constassem o instrumento normativo de criação e regulamentação da Ouvidoria.

A Ouvidoria do Hospital A está localizada e vinculada administrativamente ao setor de Planejamento e Qualidade, sendo subordinada à superintendência executiva, como pode ser observado no organograma (Anexo A) que trata da estrutura organizacional do Hospital A. Quanto à vinculação da Ouvidoria do Hospital A ao setor de Planejamento e Qualidade, de acordo com o gerente e a ouvidora, ocorreu devido ao setor ser estratégico no suporte de tomada de decisão da direção, como unidade de fiscalização, onde é realizada auditoria interna, no qual são levantadas as demandas que são reportadas à superintendência executiva para a tomada das devidas providências.

A Ouvidoria do Hospital B, segundo a ouvidora, está localizada junto ao setor de Marketing. Porém, os serviços são independentes, uma vez que localizam-se no mesmo espaço pelo fato de serem gerenciados pela ouvidora, que acumula duas funções, a de ouvidora e de coordenadora do setor de Marketing. Tal contexto não se insere no organograma do hospital.

Cabe ressaltar que, os serviços e a condução dos processos da Ouvidoria, em ambos os hospitais, são desenvolvidos pelas ouvidoras, que assumiram a função em 2015. No Hospital A, a Ouvidoria é subordinada ao gerente do setor de Planejamento e Qualidade, pois o gerente, além de outras responsabilidades, é responsável pela Ouvidoria, auxiliando em situações graves, no encerramento do período de tabulação dos dados, na formulação de relatórios, no levantamento dos fatos mais reclamados e quais os setores que tiveram problemas. No que tange o Hospital B, pela importância que é dada ao bem-estar do colaborador da instituição de saúde, a Ouvidoria é amparada por uma psicóloga organizacional, que além de outras funções, auxilia sobre os acontecimentos que envolvem os colaboradores.

#### **4.2.1 Atendimento, comunicação e a divulgação da Ouvidoria aos clientes**

O atendimento das Ouvidorias dos hospitais A e B são voltados para os clientes externos e familiares, sendo que o Hospital B, também atende os colaboradores. Ambas as Ouvidorias têm por atribuição atender manifestações, como denúncias, reclamações, sugestões, elogios e fornecer informações. Os atendidos têm acesso às Ouvidorias pelos seguintes canais de comunicação: presencial, telefone, e-mail, urnas e questionários. Seu funcionamento vai de 07:00 às 17:00 horas.

Os atendimentos presenciais ao cliente acontecem quando o mesmo sente a necessidade de procurar o setor para se manifestar, quanto a sua insatisfação ou satisfação em relação aos serviços prestados pelos hospitais.

Na Ouvidoria do Hospital B, segundo a ouvidora, as manifestações presenciais acontecem também por convite da ouvidora, quando as manifestações são recebidas por telefone, e-mail, por questões de legitimidade da informação, devido a trotes recebidos pedindo informações de pacientes que não eram seus familiares. Na Ouvidoria, o cliente é acolhido e são fornecidas todas as informações. O cliente faz o relato da sua manifestação e posteriormente é registrado formalmente pela ouvidora, com a devida presença e consentimento do cliente, sendo assinado por ambos.

A Ouvidoria do Hospital A recebe manifestações por telefone ou e-mail, diferente da Ouvidoria do Hospital B, como foi descrito anteriormente. Os clientes podem utilizar os meios de comunicação, mas, no ato do atendimento por esses meios, a Ouvidora os convidam para relatar presencialmente.

As Ouvidorias de ambos os hospitais disponibilizam aos clientes, formulários referentes a uma pesquisa de satisfação em relação aos serviços prestados. No verso do formulário há espaço destinado a elogios, sugestões e reclamações. Estes são recolhidos uma vez por semana.

No Hospital A os formulários ficam juntamente com as 19 urnas, localizadas em diferentes locais do hospital, sendo eles: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, CTI, Ortopedia, Oncologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Recepção, Internação, Pronto Socorro Convênio, Pronto Socorro SUS, Apartamentos de convênios e particulares, Serviços de Exames Diagnóstico por Imagem (SADT). Além de receber as manifestações feitas pelo cliente através dos formulários, por vontade própria de relatar sobre os serviços prestados, a Ouvidoria tem o papel de incentivar a pesquisa de satisfação, que são realizadas com o

mesmo questionário referente ao setor. De acordo com a ouvidora, há um incentivo, por parte dela, aos colaboradores dos setores para oferecerem e aplicar os questionários aos clientes, com objetivo de detectar situações de insatisfação, sugestão, com o propósito de analisar e aplicar ações que visem a melhoria dos serviços.

No Hospital B, os formulários ficam juntamente com as duas urnas, localizadas em dois locais no hospital, sendo eles: Recepção e Pronto Socorro. Quando o cliente da saúde recebe alta, os técnicos de enfermagem entregam o formulário para ele preencher. Neste formulário, o cliente pode se manifestar, tendo a liberdade de preencher ou não o formulário. De acordo com a Ouvidora, muitas vezes, não há retorno dos questionários que vão para os apartamentos. Acredita-se que as pessoas não são receptivas a isso, pela questão de se sentirem inibidas por estarem no hospital, mas não investigaram se realmente é por isso.

Em ambos os hospitais, o cliente não é obrigado se identificar quando procura qualquer canal de comunicação. No entanto, na Ouvidoria do Hospital A, a identificação ocorre somente quando se trata de reclamação de atendimento médico, mas se o cliente não quiser se identificar é preciso montar uma equipe com testemunhas para averiguar os fatos, de modo que a responsabilidade não fique somente com uma pessoa. Na Ouvidoria do Hospital B, segundo a ouvidora, a identificação é opcional, para que não haja constrangimento e receio de ser tratado de forma diferente quando estiver sendo atendido no hospital.

As divulgações dos serviços de Ouvidorias, em ambos os hospitais, ocorrem na forma de folders e através dos colaboradores. Assim, no Hospital A, a divulgação também ocorre pelo site do hospital, em urnas que contém as informações sobre a Ouvidoria; pelos colaboradores da recepção e das unidades de internação, que por incentivo da ouvidora, falam sobre o serviço para o cliente e aplicam os questionários. No Hospital B, o serviço de Ouvidoria é divulgado ao cliente no ato da internação, quando recebe os questionários pelo técnico de enfermagem, podendo responder e tirar suas dúvidas. Quanto aos locais onde ficam os folders de divulgação do serviço de Ouvidoria nos hospitais, estes são a recepção e o pronto socorro do Hospital A. Já no Hospital B, os folders encontram-se no pronto socorro. O quadro 3 apresenta, em síntese as características das Ouvidorias dos hospitais pesquisados:

**Quadro3- Características das Ouvidorias dos hospitais A e B.**

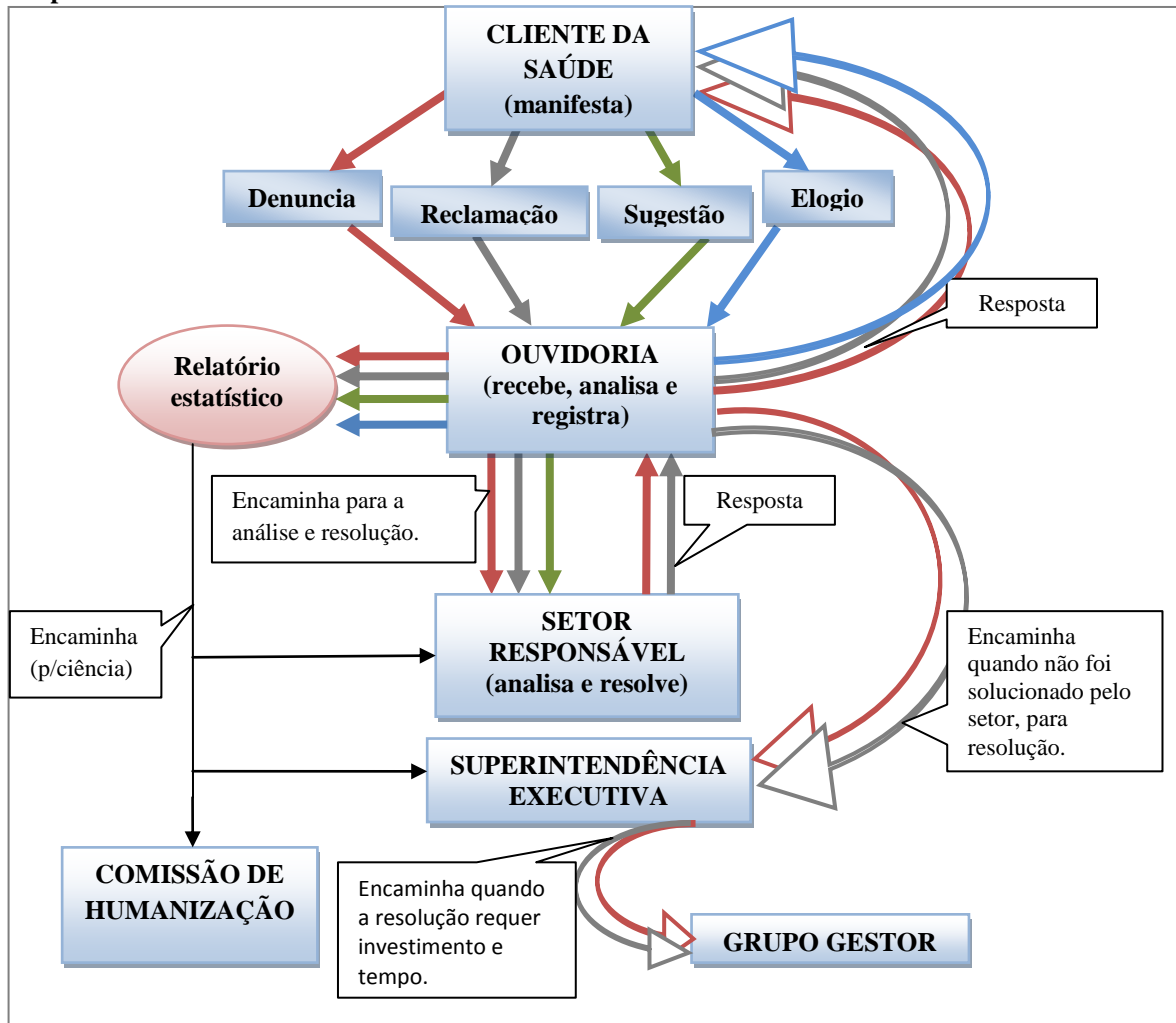
<b>Características</b>	<b>Ouvidoria do Hospital A</b>	<b>Ouvidoria do Hospital B</b>
<b>Implementação</b>	2005	2007
<b>Instrumento normativo de criação</b>	Norma NBR ISSO 9001 e Programa Sistema de Gestão da Qualidade SGQ: 5S.	—
<b>Base legal</b>	Lei do Código de Defesa do Consumidor e na Política Nacional de Humanização.	—
<b>Local</b>	Setor de Planejamento e Qualidade.	Setor de Marketing.
<b>Vinculação administrativa</b>	Gerencia do setor de Planejamento e Qualidade.	Ouvidoria.
<b>Realização dos serviços e condução dos processos</b>	Ouvidora; Gerente do setor de Planejamento e Qualidade.	Ouvidora; Psicóloga Organizacional.
<b>Atendimento</b>	Clientes externos e familiares.	Clientes externos e familiares; Colaboradores.
<b>Manifestações que atendem</b>	Denúncias, reclamações, sugestões, elogios e fornecer informações.	Denúncias, reclamações, sugestões, elogios e fornecer informações.
<b>Acesso</b>	Presencial, telefone, e-mail, urnas (19) e questionários.	Presencial, telefone, e-mail, urnas (2) e questionários.
<b>Divulgações dos serviços</b>	Folders, colaboradores, site do hospital e urnas.	Folders e colaboradores.

Fonte:Dados da pesquisa, 2016.

### **4.3 Dinâmica de Operação da Ouvidoria**

A dinâmica de operação das Ouvidorias do Hospital A e do Hospital B ocorre em função das manifestações dos clientes. Portanto, para conhecimento e resolução dessas manifestações, as Ouvidorias operacionalizam as informações recebidas, percorrendo caminhos de forma a identificar os setores responsáveis. Após resolvido é feita uma comunicação ao cliente da saúde (resposta) como pode ser observado nas figuras 1 e 2.

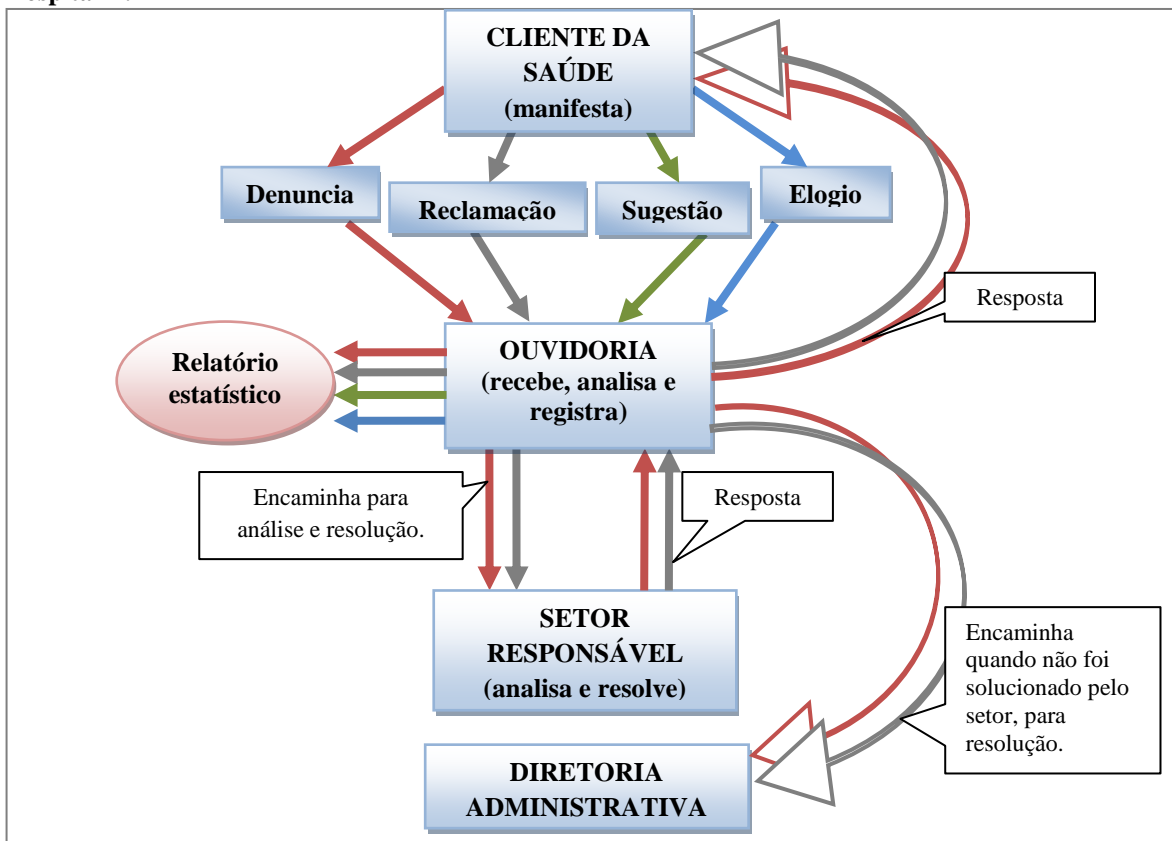
**Figura 1- Dinâmica de operação da Ouvidoria e o fluxo das manifestações recebidas na Ouvidoria do Hospital A.**



Fonte:Elaborado pela autora, 2016.

A dinâmica de operação das Ouvidorias, de ambos hospitais, ocorre de forma igual, realizando as seguintes providências: registro da informação recebida; análise prévia; levantamento estatístico; encaminhamentos das manifestações aos setores responsáveis e à administração; e, retorno aos clientes. No entanto, as Ouvidorias se diferem quanto aos procedimentos adotados nestas operações.

**Figura 2 - Dinâmica de operação da Ouvidoria e o fluxo das manifestações recebidas na Ouvidoria do Hospital B.**



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

### **Análise prévia das manifestações**

Quanto à análise prévia das manifestações, para averiguar a procedência, na Ouvidoria do Hospital A, é feita somente das situações que já aconteceram, recebidas por telefone, e-mail e por questionários respondidos deixados nas urnas, que passam por um processo de análise pela Ouvidora antes de ser encaminhados aos setores de onde vieram as manifestações. Segundo a ouvidora, as manifestações recebidas presencialmente são sempre comunicadas imediatamente aos setores.

Os procedimentos adotados na análise prévia das manifestações são diferentes na Ouvidoria do Hospital A. Por exemplo, os elogios recebidos, em relação aos serviços prestados e aos colaboradores que realizaram um bom atendimento, passam por um levantamento de identificação dos clientes que fizeram os elogios. Tal identificação ocorre com o propósito de enviar cartas de agradecimento para o cliente, e para a confecção de certificados que são entregues para aqueles colaboradores que foram elogiados.

As sugestões, no referido hospital, de acordo com a ouvidora são separadas em pertinentes e não pertinentes. As pertinentes são analisadas juntamente com os setores, para que vejam se há possibilidade de trabalhar em cima da sugestão. No entanto, não foi mencionado pela ouvidora o que é feito com as sugestões não pertinentes. Já as reclamações, primeiramente, são investigadas quanto à procedência, isto é, se procedem ou não procedem, quando procedem é averiguada a veracidade do fato em relação ao setor envolvido, para a classificação quanto ao grau de urgência e não urgência, para a devida resolução.

Na Ouvidoria do Hospital B, a análise prévia das manifestações é feita somente com as reclamações e denúncias presenciais. As manifestações dos clientes, recebidas através de questionários, são separadas por casos que podem ser analisados e solucionadas pela ouvidora posteriormente. Além disso, a maioria dos casos são analisados e solucionados pela própria Ouvidoria, sem recorrer os setores responsáveis. Esta recorre à psicóloga em casos que não consegue solucionar.

### **Encaminhamento das manifestações**

Quanto ao encaminhamento das manifestações aos setores responsáveis para análise e solução, a Ouvidoria do Hospital A encaminha as reclamações, denúncias e sugestões. Os locais que recebem, com frequência, as manifestações presenciais são os setores de enfermagem e o pronto socorro. Os locais que recebem com frequência todo tipo de manifestação, por questionários, são os setores Serviços de Exames Diagnóstico por Imagem (SADT), Hotelaria, Centro de Otorrino, Unidade de Internação, Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI), Recepção, Pronto Socorro e Enfermagem.

As reclamações e as denúncias feitas presencialmente na Ouvidoria do Hospital A, no mesmo momento são encaminhadas e comunicadas imediatamente pela ouvidora ao gerente do setor que recebeu a manifestação, para investigação e solução do fato. Em alguns casos é preciso que a ouvidora ajude na investigação, recorrendo a todos os responsáveis dos setores e todos os colaboradores envolvidos.

As reclamações e as sugestões, recebidas por telefone, e-mail e pelos questionários respondidos deixados nas urnas, são encaminhadas para os gerentes dos setores responsáveis, via sistema Siquali<sup>15</sup>, por um processo aberto de não conformidade. Os setores respondem para a Ouvidoria, pelo mesmo sistema, a solução da insatisfação, para a mesma dar o

---

<sup>15</sup>Siquali – Sistema online estatístico que realiza o gerenciamento do setor de qualidade e da ouvidora do HA, é um software da DNV pago.

retorno/resposta aos clientes. Em alguns casos, quando a reclamação ou a denúncia é recorrente e não foi solucionada pelo setor, é preciso recorrer à superintendente executiva. Desse modo, a ouvidora comunica presencialmente a situação e a superintendente executiva encaminha para os grupos gestores, para conhecimento e posteriormente ser solucionadas, visto que algumas insatisfações necessitam de investimento e tempo.

Na Ouvidoria do Hospital B, as manifestações encaminhadas aos setores responsáveis, são as reclamações e as denúncias presenciais dos clientes e dos colaboradores. Os setores que recebem com frequência essas manifestações são: recepção, portaria, segurança, pronto socorro e o setor de enfermagem. Portanto, esse encaminhamento ocorre quando a ouvidora e a psicóloga chegam a uma conclusão de que a reclamação se trata de algo grave, e que não conseguem resolver ou não tem autonomia, sendo comunicado presencialmente ao coordenador dos setores de forma imediata, para as providências cabíveis. As reclamações e denúncias recebidas na Ouvidoria com maior gravidade, como o envolvimento com a justiça, morte, agressão, leva ao acionamento da diretora administrativa para resolução e pareceres finais.

### **Retorno/resposta ao cliente**

Quanto ao retorno/resposta ao cliente, esse é dado pela Ouvidoria, após receber o trâmite ou a solução das reclamações pelo setor responsável. No Hospital A, o retorno para o cliente é imediato somente quando a manifestação é presencial e de urgência. Quando o registro de reclamação é de algo que já ocorreu ou que não seja manifestação grave, feita presencialmente ou em questionário, o retorno é dado por telefone ou cartas sem tempo determinado. Tais procedimentos dependem da resolução de cada caso. O cliente é comunicado no ato da manifestação presencial, por telefone e e-mail, quando o mesmo deixa seu contato no questionário deixado nas urnas.

Já no Hospital B, o retorno é dado somente aos clientes e aos colaboradores que fizeram a manifestação presencialmente, em um tempo de 48 horas. Dependendo da gravidade do processo, é comunicado ao cliente e ao colaborador o tempo que irá receber o retorno no ato do registro da reclamação, porém, é passado somente o tempo de espera e não a classificação da gravidade. O retorno é dado por telefone, por ofício, presencialmente, através do meio de comunicação que o cliente ou o colaborador preferir.

## **Registro das manifestações**

Quanto ao registro das manifestações, na Ouvidoria do Hospital A, as que são pertinentes, quando houver análise, investigação e solução, são registradas no sistema Siquali e arquivadas por tempo indeterminado. As manifestações feitas que não procedem são registradas no arquivo Word, por tempo indeterminado. Os formulários em papéis são arquivados por um ano, pois todas as informações pertinentes já estão no sistema Siquali, não havendo necessidade de arquivar os papéis por muito tempo.

Com o registro é feito o levantamento estatístico das manifestações no próprio sistema Siquali na Ouvidoria do Hospital A. Por meio do sistema são levantados o número, os tipos e os serviços que tiveram manifestações recorrentes. Com os dados obtidos são feitos relatórios bimestral ou trimestral, que também está contido o tratamento das manifestações na Ouvidoria e pelos setores, para que posteriormente possam ser estudadas e aplicadas pela administração ações que visem melhoria no hospital.

O relatório das manifestações é encaminhado para a superintendência executiva, para os setores responsáveis, para a comissão de humanização e colocados no mural do hospital para que todos os colaboradores possam ver e estar cientes do grau de satisfação e insatisfação dos clientes, sobre os serviços prestados nos setores do hospital. Os levantamentos realizados na Ouvidoria são apresentados, bimestralmente, na reunião do grupo gestor, que reúne todos os setores do hospital para apresentação de indicadores.

Na Ouvidoria do Hospital B, as manifestações não são transferidas para arquivos virtuais, ficam arquivadas em papéis físicos durante cinco anos. Posteriormente, é realizado um levantamento estatístico com essas manifestações, juntamente com as reclamações presenciais, para identificar o número de reclamações recebidas, os serviços acionados e as causas. Esse levantamento não é encaminhado para os setores responsáveis e para a diretora administrativa. É apresentado quadrimestral na reunião do grupo gestor, que reúne todos os responsáveis pelos setores do hospital para apresentação de indicadores. Foi relatado pela ouvidora que, os coordenadores que têm interesse em acompanhar as manifestações dos respectivos setores, durante o mês, devem procurar a Ouvidoria, sendo que, em outras ocasiões, as manifestações são apresentadas a pedido ou interesse do coordenador.

#### **4.3.1 O tratamento das manifestações coletadas pela Ouvidoria**

Foi relatado, por colaboradores responsáveis pelos setores, que nos hospitais A e B as manifestações que recebem tratamento são as reclamações, pois as ouvidoras sempre os comunicam, de imediato.

Quanto aos outros tipos de manifestações, os colaboradores responsáveis pelos setores do Hospital A, são informados através do relatório, que é encaminhado pela Ouvidoria bimestral ou trimestral, e durante a reunião do grupo gestor. Os colaboradores responsáveis pelos setores do Hospital B ficam sabendo de outras manifestações somente durante a reunião do grupo gestor, onde a ouvidora apresenta o índice das manifestações.

Sendo assim, os colaboradores responsáveis pelos setores de ambos os hospitais, relataram que os procedimentos adotados na resolução das manifestações são: investigação do fato, aplicação de métodos para resolução e reuniões. Quanto a estes procedimentos adotados, houve um predomínio dos colaboradores, de ambos os hospitais, em relatar sobre os procedimentos para resolução da insatisfação voltados especificamente ao colaborador. No entanto, no Hospital A foi relatado também, pelo colaborador responsável do setor de enfermagem, sobre os procedimentos adotados na insatisfação, que envolve a falha de rotina e da unidade de internação sobre a falha dos métodos. No Hospital B foi relatado, pelo colaborador responsável pelo setor do pronto socorro, sobre os procedimentos adotados na insatisfação que envolve atraso no atendimento médico.

Portanto, a investigação dos fatos e a aplicação de métodos para resolução, de acordo com todos colaboradores responsáveis pelos setores de ambos os hospitais, quando se trata de reclamação específica do colaborador, este é acionado juntamente com o cliente para entender ambas as partes, no intuito de verificar a veracidade do fato. Após averiguação do fato é dado o *feedback* de orientação, no sentido de que pontos podem ser melhorados, corrigidos ou aplicação de advertência verbal para o colaborador. Caso a reclamação seja recorrente na Ouvidoria, o colaborador é suspenso ou demitido, dependendo da gravidade.

No Hospital A, quando a reclamação é de uma suposta falha de rotina no setor de enfermagem, de acordo com a colaboradora, é envolvida toda a equipe para investigação dos fatos, que verifica se há necessidade de treinamento para o colaborador ou mesmo explicar a rotina da instituição para o cliente. Para as insatisfações, em relação às falhas dos métodos na unidade de internação, é aberto um plano de ação para rever o método, a fim de fazer ajustes. No entanto, quando a falha não é recorrente, ou seja, somente aconteceu uma vez, não mudam o método, só há correção.

No Hospital B, quando a reclamação do cliente é em relação ao atraso do atendimento médico no pronto socorro, de acordo com a colaboradora, é realizada uma investigação da natureza, do porquê da reclamação, do quadro do cliente e do horário que foi feita a triagem. Para tanto, foi implementado na ficha de atendimento, o horário da triagem, de modo a analisar se realmente a reclamação procede.

Em ambos os hospitais, para tratar das insatisfações, as reuniões são realizadas em todos os setores dos hospitais. No Hospital A, as reuniões, para discussão e pontuação dos acontecimentos do setor durante o mês, são mensais. Um dos pontos tratados é sobre as manifestações recebidas pela Ouvidoria, expondo o número de reclamações para que todos tomem conhecimento do ocorrido, porém, preservando o nome dos colaboradores reclamados.

No Hospital B, as reuniões dos responsáveis pelos setores de atendimento e pronto socorro acontecem juntamente com a ouvidora, sendo realizadas no momento em que o colaborador recebeu a reclamação. Já as reuniões mensais acontecem com todos os colaboradores juntamente com a psicóloga organizacional que auxilia a ouvidora. No setor de enfermagem, as reuniões são bimestrais, com todos os colaboradores, para o conhecimento dos fatos ocorridos no setor, de forma a perceberem como estão sendo os serviços prestados.

Em ambos os hospitais, quanto aos procedimentos tomados pelos setores, a comissão de humanização e as instâncias administrativas, não os auxiliam. As ouvidoras somente acionam as instâncias administrativas, na resolução das manifestações, quando são reclamações graves.

Quanto ao tratamento dessas reclamações nas instâncias administrativas, no Hospital A, a superintendente executiva relatou que auxilia somente a resolução dos problemas que a ouvidora comunica para que juntas possam solucionar, quando são problemas relacionados a médico, cirurgia ou algum problema com o convênio. Através dos relatórios recebidos bimestralmente ou trimestralmente, pela ouvidora, são visualizados os procedimentos tomados pelos setores para resolução das insatisfações. Algumas insatisfações são discutidas e resolvidas na reunião de indicadores, onde são apresentados pela ouvidora. Os índices da Ouvidoria e os problemas mais pontuais são discutidos e tratados em conjunto, durante a reunião do grupo gestor.

No Hospital B, a diretora administrativa relatou que auxilia a ouvidora quando há manifestações que precisam intervir. A equipe que recebeu a manifestação, é chamada para dar sugestões quando possível, de modo informal. A frequência de intervenção da administração na resolução de alguma manifestação é baixa. Desse modo, a ouvidora e a

psicóloga organizacional decidem como será solucionada a insatisfação na maior parte dos casos.

Quanto à atuação do Grupo de Humanização Hospitalar (GTH) /Comissão de Humanização nas manifestações coletadas no Hospital A, segundo o coordenador da comissão, o setor atua na Ouvidoria, juntamente com a ouvidora, somente como propósito de promover ações, reconhecer e valorizar os colaboradores que recebem elogios. A ouvidora encaminha, bimestralmente, o relatório estatístico das manifestações que compete à Comissão de Humanização resolver.

No Hospital B, a coordenação do GTH relatou que o grupo não auxilia os setores e a Ouvidoria na resolução das manifestações, por não receberem relatórios da Ouvidoria e nem serem acionados para auxiliar nas demandas dos clientes, pois não há comunicação da Ouvidoria com a coordenação. Desse modo, somente tomam conhecimento dos fatos durante a apresentação da ouvidora na reunião de indicadores. O GTH trabalha de forma independente realizando atividades voltadas para colaboradores e voluntários.

**Quadro 4: Tratamento das manifestações coletadas pela Ouvidoria dos hospitais A e B.**

Hospital/ Setor	Manifestação/ Reclamação	Tratamento	
		Investigação do fato	Aplicação de métodos para resolução
Hospital A e B /Todos os setores investigados.	Especificamente ao colaborador.	Entender ambas as partes, no intuito de verificar a veracidade do fato.	<i>Feedback</i> de orientação. Caso recorrente na Ouvidoria, com gravidade cabe suspensão ou demissão.
Hospital A/ Enfermagem.	Falha de rotina.	Envolve toda a equipe.	Treinamento para o colaborador e explicação da rotina da instituição para o cliente.
Hospital A/ Unidade de Internação.	Falha dos métodos.	Abertura de plano de ação para rever o método.	Reajuste do método, quando a falha não é recorrente.
Hospital B /Pronto Socorro.	Atraso no atendimento médico.	Investigação da reclamação, do quadro do cliente e do horário que foi feito a triagem.	Implementação na ficha de atendimento, o horário da triagem, de modo a analisar se realmente a reclamação procede.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

#### **4.4 Percepção dos colaboradores quanto à importância das ações da Ouvidoria na humanização hospitalar**

A fim de compreender as ações da Ouvidoria quanto à importância da humanização hospitalar, foram investigados aspectos como: a importância da Ouvidoria para o hospital, o auxílio da Ouvidoria no direcionamento da qualidade e humanização e criação de serviços ou ações humanizadoras, como nas estruturas, na ambiência, alimentação, programas ou projetos e cursos demandado pela Ouvidoria.

#### **4.4.1 A importância do serviço de Ouvidoria**

A percepção da maioria dos colaboradores de ambos os hospitais, quanto à importância do serviço prestado pela Ouvidoria nos hospitais é de que este serviço possui extrema relevância. Apenas um dos colaboradores do hospital B considerou que a mesma não era importante. Destacou ainda, que seria importante se funcionasse de maneira adequada.

Dentre as percepções dos colaboradores quanto à categoria de importância da Ouvidoria, surgiram algumas subcategorias como:

- A Ouvidoria é o olhar do cliente dentro da instituição;
- Excelente canal para o acolhimento e direcionamento do cliente reivindicar seus direitos e se manifestar;
- Instrumento indicador de qualidade e da satisfação dos clientes;
- Um canal essencial para o alcance da qualidade;
- A Ouvidoria se torna importante com o funcionamento adequado.

#### **A Ouvidoria é o olhar do cliente dentro da instituição**

No que se refere à subcategoria “A Ouvidoria é o olhar do cliente dentro da instituição”, os colaboradores de ambos os hospitais tiveram essa percepção em relação a importância da Ouvidoria, sendo que ocorreu um predomínio dos colaboradores do Hospital B em relação ao Hospital A, em relatar essa consideração.

Na percepção dos colaboradores, a Ouvidoria é a “terceira visão” da instituição, uma vez que, a percepção do cliente é mais apurada, tanto nos pontos positivos, quanto nos negativos, no que diz respeito à assistência direta, bem como nos processos de maneira geral. Verificam-se falhas que não são percebidas pela liderança dos setores, que posteriormente podem ser sanadas e/ou evitadas:

É bom por que a gente não tem como saber o que acontece o tempo inteiro, a gente vai saber das coisas a partir de terceiro. Então quando alguém chega “ah está acontecendo isso no meu apartamento, “ fui maltratado por um funcionário”, a gente não está ali o tempo inteiro, se não chegar ninguém para falar, a gente não vai saber onde pode estar melhorando (C1, Adm., F, H.B).

O serviço de Ouvidoria ele veio para dar o feedback para o nosso trabalho, as vezes você acha que está tudo indo bem, mas não está tudo indo bem [...] (O2, Psicol. F, H.B).

A Ouvidoria é a visão do cliente com o serviço, por mais que a gente tenta a todo o momento melhorar todo o processo com a percepção nossa, a percepção do cliente é melhor (G5, Enf., F, H.A).

[...] Através da Ouvidoria que podemos ver qual setor que está precisando melhorar, ou seja, na questão operacional, de acolhimento ou da própria humanização mesmo. É fundamental para que funcione bem, todo hospital deveria ter esse serviço e é um serviço que irá dar o retorno do o cliente (SE1, Adm. F, H.A).

É uma forma às vezes do cliente relatar o que está acontecendo por que às vezes a gente não enxerga e eles podem estar mostrando pra gente o que a gente pode melhorar e o que a gente tem de bom também (G3, Nut., F, H.A).

[...] O cliente tem o senso crítico melhor [...], eles não reclamam só por reclamar, eles reclamam por que sabem que alguém vai ler e vai fazer alguma coisa [...]. É importante você vê essa visão do cliente, você pode ir ajustando as inadequações da empresa (O1, Adm., F, H.A).

Percebe-se, que a Ouvidoria é considerada como um importante canal que promove o elo entre o cliente e a gestão, capaz de identificar falhas, sugerir mudanças significativas, de forma a contribuir com a gestão, para a melhoria contínua da qualidade do hospital.

A percepção dos clientes diante dos serviços oferecidos, de acordo com os estudos de Paim e Ciconelli (2007), consiste em um grande artifício utilizado para alcançar a qualidade na prestação de serviço em saúde, já que, relatam práticas que estejam inadequadas, que futuramente podem ser corrigidas ou solucionadas. Manfredini (2007), corrobora quando afirma que o consumidor está constantemente observando e avaliando o processo, sendo assim, a interação entre o cliente e o prestador do serviço reflete a qualidade em serviços.

A melhoria contínua deve estar atrelada aos objetivos das instituições, no entanto para isso, segundo Minayo (2008), os gestores devem criar como estratégia espaços para avaliação das práticas cotidianas, permitindo assim a desconstrução de ideias interiorizadas, de forma que dão abertura para campo de visão, com intuito de beneficiar a instituição.

A Ouvidoria torna-se uma grande aliada da instituição, por visar a efetiva participação do cliente, estreitando e fortalecendo sua relação com as instituições de saúde. Proporciona aos colaboradores uma visão dos seus serviços, já que na maioria dos casos não percebem problemas ou falhas nos serviços prestados, pelo costume de estar constantemente inseridos no ambiente. De acordo com Pereira (2002), a Ouvidoria favorece a avaliação e o aperfeiçoamento dos serviços prestados pelas instituições, quando bem conduzida pode fortalecer o movimento de transformação em prol do cidadão.

## **Excelente canal para o acolhimento e direcionamento do cliente reivindicar seus direitos e manifestar sua satisfação**

No que diz respeito à subcategoria “Canal para o acolhimento e direcionamento do cliente reivindicar seus direitos e manifestar sua satisfação”, os colaboradores de ambos os hospitais tiveram a percepção de ser excelente. Porém, ocorreu um predomínio de relatos dos colaboradores do Hospital A em relação aos do Hospital B.

Para os colaboradores dos Hospitais estudados, a Ouvidoria é um canal próprio para ouvir o cliente, onde ele pode fazer qualquer tipo de manifestação sem restrição, podendo apontar suas satisfações ou insatisfações. Assim, podem atender e resolver de imediato a manifestação, dando suporte e apoio ao cliente, a fim de evitar processos futuros. Relataram também, que através desse canal criado a partir da Ouvidoria, o cliente sente-se muito importante, acolhido, pode ser ouvido, respeitado e valorizado. Algumas falas abaixo podem exemplificar o que foi dito anteriormente:

Acho fundamental o serviço de Ouvidoria, ouvir o cliente. Acho mais importante é ter alguém pra ouvir, às vezes o cliente quer é falar, por que quando não tem esse serviço, ele fica meio perdido, pra quem falar, com quem falar. A Ouvidora é imparcial, acho isso fundamental [...] (G2, Cont.,F, HA.).

Eu acho quando você chega em um lugar, não é bem atendido e não tem ninguém para você falar, reclamar, ter uma orientação, você sai daqui muito machucado. Ninguém vem aqui pra passear, é um momento delicado, que a pessoa está debilitada, ela precisa desse aconchego, o ouvidor tem que ser quase um psicólogo, é fundamental para que os serviços do hospital funcionem [...] É muito importante as pessoas saírem daqui tranqüila, que ela foi ouvida, foi respeitada no direito dela, foi valorizada [...] (SE 1, Adm, F, H.A).

As vezes o cliente não quer falar com o gerente. E se ele quiser falar de mim que o tratei inadequadamente, ele vai querer alguém que não seja o gerente. Então é muito importante a Ouvidoria [...] (G4, Adm., F, H.A).

Quando não tinha o serviço de Ouvidoria, o cliente não tinha a quem direcionar, é um canal para acolher o cliente (C1, Adm., F, H.B).

O paciente e o familiar estão totalmente vulneráveis, tudo parece ser mais acentuado, diante da doença. Toda a estrutura familiar e a dinâmica é modificada com a internação de um paciente [...] às vezes o que eles necessitam é de uma escuta. O paciente e o familiar sentem em relação ao problema dele, “então que saber vou processar esse hospital”, mas ele vê que o funcionário estar tentando conversar, está tentando ajudar, “poxa eles foram tão solícitos, eles tentaram resolver, tentaram fazer isso, deram total suporte, total apoio”, assim evitaria muitos processos (C4, Psicol. F, H. B).

Dessa forma, a Ouvidoria torna-se muito importante, por ser um canal entre o hospital e o cliente que o acolhe em um momento de vulnerabilidade, no qual, necessita na maioria das vezes, ser apenas ouvido. Não havendo esse serviço na instituição, o cliente não

teria um direcionamento de onde manifestar e de expor suas opiniões acerca dos serviços prestados pelos hospitais. Percebe-se que a Ouvidoria não é somente um instrumento de gestão, mas também tem constituído um canal de garantia dos direitos dos cidadãos e acolhimento na hora que o cliente mais necessita.

Além disso, a intervenção da Ouvidoria pode agilizar as ações administrativas, ações que podem ser evitadas nos tribunais para resolução do problema. Cabe à Ouvidoria, interagir com os diferentes públicos, exercitando sua capacidade de ouvi-los, dessa forma, pode-se observar uma valorização da Ouvidoria como agente de transformação (SANTOS, 2006).

Caso as manifestações fossem encaminhadas à administração e as manifestações tivessem sido referentes à um determinado setor, talvez estas não recebessem o tratamento adequado. Devido a isso, torna-se importante o canal de comunicação com a Ouvidoria que é um espaço para acolher opiniões, críticas, reclamações dos clientes, que devem ser tratadas com isenção e imparcialidade de forma a promover as apurações e providências necessárias (IBGC, 2016).

Para Renck (2014, p.215):

As Ouvidorias, independente de previsão expressa no texto constitucional, constituem esses espaços democráticos aonde qualquer interessado pode manifestar o seu pensamento acerca dos serviços do órgão público, e dele receber uma resposta por intermédio do ouvidor (RENCK, 2014, p.215).

Para o mesmo autor, a administração deve demonstrar que respeita e está interessada na causa do cidadão. Nesse sentido, para garantir a participação de qualquer cidadão, a Ouvidoria precisa disponibilizar diversos meios de comunicação para a participação de todos os usuários, principalmente dos menos favorecidos.

### **Instrumento indicador de qualidade e da satisfação dos clientes**

Em relação à subcategoria “Instrumento indicador de qualidade e da satisfação dos clientes”, esta foi considerada somente por alguns colaboradores do Hospital A, sendo que, predominante entre as percepções destes.

Os colaboradores consideraram que através das manifestações oriundas da Ouvidoria é possível rastrear e mensurar a qualidade dos serviços que estão sendo prestados no hospital e a satisfação e insatisfação dos clientes com relação a esses serviços:

Por que é o nosso medidor assistencial, se agente está deixando os clientes satisfeitos ou não com os serviços prestados. É como se fosse um medidor das questões de elogios e reclamações, quando tem reclamações as pessoas apontam o que precisa melhorar determinada situação. Eu sempre considero os relatórios da

Ouvidoria e sempre tento melhorar em cima das reclamações que a gente recebe (G5, Enf., F,H.A).

Com a Ouvidoria tem como está mensurando a qualidade do serviço prestado pela enfermagem (C1, Enf., F, H.A).

Pra gente ver a satisfação dos clientes, porque as insatisfações e as satisfações a gente consegue mensurar pelo serviço de Ouvidoria (C2, Enf., F, H.A).

[...] Com as questões recebidas na Ouvidoria, que a gente consegue ver quando tem uma falha e para fazer um plano de ação de forma a resolução daquele problema, visando a qualidade do atendimento. Essa melhoria continua tem que ser feita, tem que ser trabalhada, tratada, tem que ser feito um plano de ação, de acordo com a demanda da Ouvidoria (SE1, Adm., F, H.A).

É importante ressaltar que é crescente a maturidade do público consumidor, pois com as inovações das tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida, expandindo-se cada vez mais a noção de direitos, tornando mais exigentes diante dos serviços prestados. Diante disso, os gestores dos serviços de saúde devem conhecer o grau de satisfação dos clientes, para assim criarem novas estratégias de comunicação e gestão, no intuito de atender as expectativa e necessidade do cliente (VÁZQUEZ et al.,2005).

Corroborando com os autores, Rossi e Slong (1998, p.102), enfatizam que “As informações sobre os níveis de satisfação dos clientes, constituem uma das maiores prioridades de gestão nas empresas comprometidas com qualidade de seus produtos e serviços e, por conseguinte, com os resultados alcançados junto a seus clientes”.

Portanto, os hospitais, além de promoverem e manterem a saúde dos clientes, devem recebê-los com dignidade, de modo a perceber sua satisfação e facilitar a participação nas decisões em relação aos serviços de saúde e incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e o cliente. Pôde-se perceber que a Ouvidoria tem um papel fundamental nesse quesito, sendo um elo entre o cliente e a gestão, para identificação das inconformidades dos serviços prestados.

De acordo com Manfredini (2007), os processos de comunicação apresentam-se como recurso fundamental e estratégico, facilitando as ações organizacionais de ordem econômica, tecnológica, política e social, levando as empresas a fazer um esforço para melhorar seu desempenho diante das demandas do cliente e das inovações do mercado.

### **Um canal essencial para o alcance da qualidade**

A subcategoria “Um canal essencial para o alcance da qualidade” também teve desta que, somente por alguns colaboradores do Hospital A, apresentando assim menos relatos.

Consideraram que a Ouvidoria é um canal essencial para o alcance da qualidade, quando a missão da instituição for a qualidade no atendimento:

Eu acho que a empresa que tem certa preocupação, com o atendimento de qualidade para os nossos clientes, esse sempre vai ter a Ouvidoria bem ativa, a direção sempre vai acompanhar. Quando você vê que esse processo não está alinhado, o foco do gestor talvez seja outro [...]. Do ponto de vista de atendimento é importante e para empresa também é importante (G1, Adm., M, H.A).

Torna-se cada vez mais importante adotar instrumentos que auxiliem na busca pela qualidade dos serviços. A Ouvidoria cumpre esse papel, pois proporciona uma avaliação das condições dos hospitais, sua infraestrutura, processos e resultados, tornando-se essencial na identificação de elementos importantes e imprescindíveis para a busca da qualidade nos serviços. Paiva e Gomes (2007), afirmam que é através da qualidade que a instituição de saúde se torna conhecida e escolhida pelos clientes e pode ser definida como a maneira que uma ação é desenvolvida, de modo que atenda integralmente as necessidades de seus clientes.

Com intuito de atender as necessidades dos clientes, Pereira (2002), afirma que a maioria dos hospitais públicos e privados adotam as Ouvidorias como uma das estratégias de gestão da administração, com o objetivo de obter certificação de qualidade. Assim, o serviço de Ouvidoria se constituiu principalmente nas instituições de saúde, no intuito de melhorar a qualidade, a assistência e aprimorar seus processos, por ser um espaço estratégico, politicamente institucionalizado, sendo capaz de provocar mudanças significativas, produzindo um novo modelo de gestão, democrático e comprometido com o bem comum (MOTTA, 2003; PAIM, CICONELLI, 2007; PEREIRA, 2011).

### **Inadequação do funcionamento da Ouvidoria**

No que concerne à subcategoria “Inadequação do funcionamento da Ouvidoria” esta foi considerada somente por alguns colaboradores do Hospital B, sendo a que menos apresentou relatos.

Os colaboradores relataram que, a forma como é realizado o serviço de Ouvidoria no hospital não é satisfatória. Aham que a mesma não funciona de forma adequada, uma vez que conhecem esse serviço em outros hospitais. Ainda relataram que as manifestações dos clientes não são passadas aos responsáveis pelos setores, ou seja, elas deveriam ser passadas primeiramente aos responsáveis para serem resolvidas e posteriormente ao psicólogo. Dessa forma as informações ficariam retidas na Ouvidoria. A fala abaixo ilustra o que foi dito anteriormente:

[...] Aconteceu um evento, em que o pai reclamou do enfermeiro, foi resolvido com a psicóloga. Eu sei de como isso aconteceu por que a psicóloga me chamou pra conversar, a ouvidora deveria ter vindo diretamente em mim, pra depois ir ao psicólogo (G1, Enf.. F, H.B).

[...] Outro dia eu ouvi no corredor que o funcionário agrediu o paciente, oficialmente ninguém veio me falar isso. Como que vou chegar para uma pessoa que agrediu o paciente? Sendo que não sei o que se trata. Então assim deveria direcionar de maneira diferente recorrendo primeiros os setores [...] (G1, Enf.. F, H.B).

Diante da percepção do colaborador, a Ouvidora não está cumprindo o seu papel de intermediar o cliente da saúde com a gestão da instituição, a qual é a responsável pelos serviços prestados, pela fiscalização e pela resolução de problemas. Sem ciência dos acontecimentos é impossível realizar ações corretivas, já que, não dispondo desse serviço, o grau de satisfação dos clientes em relação aos serviços prestados em um setor não é conhecido.

A relação entre o ouvidor e a gestão é fator crucial de sucesso para suas atribuições da Ouvidoria. Sem essa ligação e autonomia, a Ouvidoria deixa de ser instrumento de mudança para instituição, acarretando a redução da contribuição do usuário na gestão (CARDOSO, 2012).

Diante disso, o serviço da Ouvidoria torna-se desacreditado aos olhos do cliente, por não cumprir o seu papel de elo entre a gestão e ele, e assim deixa de ser um instrumento que geraria mudanças na instituição. Lyra (2012), ressalta a notoriedade com que as Ouvidorias vêm conquistando os cidadãos, elas não serão capazes de ser reconhecidas e respeitadas pela sociedade, pelo fato de não se afirmarem no âmbito nacional como um serviço ágil, que tenha autonomia, que promova um retorno positivo e independente de órgãos de controle social.

Para tanto, as manifestações dos clientes recebidas na Ouvidoria deveriam percorrer o caminho sugerido pelo Ministério da Saúde (2013): primeiramente, análise e tratamento na Ouvidoria e posteriormente devem ser encaminhadas aos órgãos competentes para o conhecimento da manifestação, com o propósito de gerar melhorias dos serviços prestados aos clientes e assim, dar a resposta ao cidadão que gerou a manifestação.

Outro relato importante foi que a Ouvidoria somente recebe demandas e não desempenha uma pesquisa de satisfação com o cliente, na qual, deveria ser uns dos serviços realizados por ela:

[...] Muitas coisas ficam presas na Ouvidoria, pelo o que entendo de Ouvidoria, as pessoas deveriam passar nos quartos para fazer uma pesquisa de satisfação com o cliente. Eu nunca vi essa pesquisa de satisfação, se tem, eu não sei, deveria ter em todos os setores. A impressão que eu tenho é que a Ouvidoria não funciona como em outros hospitais, ela só tem a demanda. Fica muito esperando o paciente ou acompanhante que vá reclamar, não tem uma pesquisa de satisfação, pode ter coisa

boa também [...] Acho que o ouvidor não pode medir opinião e nem mesmo deixar de passar a queixa pra quem tem que passar (G1, Enf., F, H.B).

Uma das atribuições da Ouvidoria é promover a pesquisa de satisfação, com o propósito de medir o grau de satisfação diante dos serviços prestados, no entanto, na instituição pesquisada, esse serviço não é realizado. Caberia a ela receber as manifestações espontâneas do cliente, em relação aos serviços prestados, e posteriormente apresentar as informações da pesquisa ao gestor para eventuais mudanças.

A pesquisa de satisfação tem por finalidade desenvolver o papel de instrumento para a avaliação do serviço de saúde por parte do usuário tornando relevante no direcionamento de ações e inovações nas instituições, para o aprimoramento dos serviços, como inovações tecnológicas, de recursos humanos e infraestrutura (INCHAUSPE, 2013).

Nas instituições, principalmente nas de saúde, as Ouvidorias podem ter modelos diferentes de gestão como relata Gomes (2006 apud CARDOSO, 2012). Podem ser do tipo reativas ou proativas. São reativas depois de provocadas, quando algo já ocorreu. São proativas quando atentas às múltiplas relações institucionais e com visão sistêmica, mantendo relação com o ambiente externo, de forma a atuar juntamente com a gestão apresentando sugestões de mudanças e evitando danos. É importante ressaltar que o ouvidor deve entender que as Ouvidorias não são sistemas fechados, fazem parte de sistemas complexos, que mantêm inúmeras relações com o ambiente externo.

Em um estudo realizados por Silva et al.(2014), em Ouvidorias de saúde, constatou-se que nas dez Ouvidorias estudadas, apenas duas eram ativas, ou seja, realizavam serviços de pesquisa de satisfação, enquanto as outras eram receptivas, restritas às funções tradicionais, recebendo somente as demandas. Além disso, foi ressaltada a necessidade da Ouvidoria ser ativa, para sua efetivação, uma vez que a busca do usuário favorece o acesso do usuário aos serviços de Ouvidoria e a escuta em uma perspectiva de humanização, identificando assim as necessidades dos usuários.

#### **4.4.2 A contribuição da Ouvidoria no direcionamento da qualidade e humanização nos hospitais**

Quanto à categoria “Contribuição da Ouvidoria no direcionamento da qualidade e humanização nos hospitais”, na percepção da maioria dos colaboradores dos hospitais, as manifestações dos clientes feitas na Ouvidoria auxiliam no direcionamento visando a

qualidade e humanização hospitalar. Porém, para alguns, as manifestações poderiam auxiliar mais e para outros a Ouvidoria não tem auxiliado nesse sentido.

Dentre as percepções dos colaboradores quanto a essa categoria, surgiram algumas subcategorias como:

- Contribuição nos serviços hospitalares;
- Contribuição na parte comportamental dos colaboradores;
- Contribuição no engrandecimento e valorização do trabalho dos colaboradores;
- A Ouvidoria contribui pouco;
- A Ouvidoria não contribui.

### **A Contribuição nos Serviços Hospitalares**

No que se refere à subcategoria “A Contribuição nos Serviços Hospitalares”, os colaboradores de ambos os hospitais, relataram que a Ouvidoria tem auxiliado mais no acolhimento e no atendimento em alguns serviços prestados aos clientes.

Para os colaboradores do hospital A, os serviços prestados aos clientes que as informações da Ouvidoria auxiliaram foram: no atendimento da enfermagem, dos médicos e da hotelaria. A partir dessas informações, ficaram atentos como estava sendo feito os serviços e a prestação da assistência humanizada, desde acolhimento, a forma de falar, a administração de medicamentos, a realização de curativos, como era a alimentação e a limpeza, pois são manifestações recorrentes dos clientes. Sendo assim, a melhoria acontece através do *feedback* dado pelos clientes:

[...] Cada vez mais a gente vai observando essas reclamações, sempre estão tentando fazer com que a equipe presta assistência mais humanizada possível. Isso vem desde a forma de falar, até nas ações da enfermagem, que são relacionadas a administração de medicamentos, realização de curativos (G5, Enf., F, H.A).

[...] A equipe de enfermagem tem um número grande de pacientes pra cuidar. Então muitas vezes, já aconteceu de ter Ouvidoria relatando assim “podia parar pra conversar”, você vê que o paciente está carente. Então hoje o quê que agente faz, percebeu que tem um paciente que está mais queixoso, chamando ou que muitas vezes não está conversando, aí você tenta conversar [...] (C1, Enf., F, H.A).

Quando a gente percebe o relato do cliente que se sentiu coagido, humilhado, a gente tem que trabalhar a questão da humanização. Através da percepção do cliente, a gente consegue ver onde precisa melhorar, a humanização é o cuidado diário com o cliente [...] (SE1, Adm., F, H.A ).

No Hospital B, os serviços prestados aos clientes em que as informações da Ouvidoria auxiliaram foram: na recepção/portaria (repcionistas, telefonistas, seguranças e

porteiros) e no pronto socorro. A partir dessas considerações perceberam algumas necessidades desses setores, pois na recepção/portaria as insatisfações estavam relacionadas ao tratamento ríspido e informações erradas, e no pronto socorro ocorriam atraso no atendimento de triagem e médico:

[...]Melhorou principalmente na parte da recepção e portaria, que no princípio era o maior índice de reclamação e hoje já não é mais. Sempre quando tem reclamação, agente faz algum tipo de trabalho, a gente faz até um acompanhamento mesmo com o funcionário ( DA 1, Adm., F, HB).

[...] Devidas as reclamações foi mudado o atendimento. Com as reclamações, já foram feitas implementações no sentido de não ter novas, mas acaba ocorrendo pelo horário de espera no pronto socorro. A população está ficando um pouco impaciente, devido os postos de saúde não está realizando muitas marcação de fichas. Com isso, está sobrecarregando, agente está tentando com as reclamações fazer uma implementação pra diminuir, em dois meses diminuiu um pouco (C2, Enf., M, HB).

As manifestações dos clientes ajudaram, dando uma maior clareza devido aos outros problemas que já aconteceu, pra evitar esses mesmo a gente já faz a explicação aos clientes. Geralmente o paciente que fica de observação de um dia para o outro no pronto socorro, tende a ficar um pouco mais tenso, por que está ficando aqui, então antes de ficar de observação agente já passa toda a orientação justamente pra evitar transtorno para o paciente (C2, Enf., M, HB).

Sendo assim, pôde-se constatar que através da escuta ao cliente, a prestação dos serviços humanizados, foram melhor trabalhados, porém, para que isso sempre ocorra, os colaboradores deveram estar sempre atentos e ter a capacidade de compreensão, de forma a entender a real necessidades dos clientes. Assim, os responsáveis pelos setores poderão passar para sua equipe, como está a satisfação em relação aos serviços prestados e incluí-los na gestão, de forma que seja realizado um trabalho humanizado em conjunto.

Corroborando com o que foi dito acima, Nassar (2003), ressalta ainda a importância de verificar diversas opiniões na área da saúde, na busca de alcançar não só um consenso onde os interesses possam ser harmonizados, mas também na colaboração da construção de uma imagem frente à sociedade. Essa imagem funciona como resultado do processo pelo qual a instituição visa à credibilidade, devendo basear-se na coerência entre discurso e ação.

Nesse sentido, de acordo com Pereira (2011), é importante favorecer o atendimento humanizado, através da escuta solidária, do acolhimento às necessidades do usuário, sem prejuízo às demandas do cliente.

Sendo assim, a recepção humanizada, deverá seguir o que preconiza todas as outras atividades da instituição, pois os outros serviços prestados irão dar prosseguimento aos cuidados já iniciados na recepção. Para isso a recepção deverá contar com profissionais com conhecimento de saúde, com capacidade de compreensão das dimensões humanas do adoecimento, a fim de desempenhar de fato a escuta das necessidades. Para Rios (2009, p.

134), “O verdadeiro entendimento só ocorre quando criamos espaço para a compreensão da diversidade das ideias das pessoas e assumimos uma atitude consciente de respeito, legítimo interesse pelo outro, atenção e crítica racional”.

Castelli (2003, p.163) afirma que “o cliente é recebido pela recepção, mantém-se permanentemente em contato com ela durante a sua estada e, ao partir, é a recepção que lhe presta os últimos serviços”. Sendo assim, a recepção do hospital, é o local onde o cliente tem seu primeiro contato, sendo a porta de entrada, daí é formada a primeira impressão em relação aos serviços prestados pelo hospital.

### **A contribuição na parte comportamental dos colaboradores**

No que tange à subcategoria “A contribuição na parte comportamental dos colaboradores”, esta foi relatada apenas pelos colaboradores do Hospital A. Consideraram que, através das manifestações dos clientes recebidas na ouvidoria, puderam perceber que alguns colaboradores não estavam comportando-se de forma adequada, havendo desrespeito dos colaboradores com os clientes. Essa ponderação do cliente é importante, porque muitas vezes o colaborador não percebe que agiu de maneira inadequada. Sendo assim, houve melhoras na parte comportamental dos funcionários, tanto nos relacionamentos com os clientes quanto com os colegas. As falas a seguir mencionam o que foi retratado acima:

A Ouvidoria é importante pra o crescimento, não somente do processo, mas da parte comportamental do funcionário, porque às vezes a gente tem reclamação de comportamento [...] Você passa pra ele o que está acontecendo, porque às vezes ele mesmo nem deu conta daquilo que fez [...] (G3, Nut., F, H A).

[...] Eu melhorei muito com isso, por que eu era meio general, mas general não no sentido de atrocidade, desrespeito a pessoa, eu não via onde chamar a atenção dos colaboradores. Houve essa melhora através de duas pontuações a respeito disso “a gerente demonstrou desrespeito ao chamar atenção do colaborador perto do cliente”, eu tive duas reclamações dos clientes que estava na salinha, houve um erro grotesco, aí eu fiquei muito nervosa e acabei excedendo, nem percebi que estava cheio de cliente, após as reclamações nunca mais me excedi [...] (G4, Adm., F, H A).

Percebe-se através dos relatos dos colaboradores entrevistados, que o *feedback* dado pelo cliente, através da Ouvidoria em relação ao comportamento do colaborador, foi reconhecido e utilizado positivamente, de forma que houve mudança de comportamento e no atendimento com os clientes externos e internos.

Portanto, coloca-se como relevante que os colaboradores da saúde sejam informados sobre suas atitudes em serviço, a fim de renovar suas ações. Para Burbridge e Burbridge (2012), as empresas que não investem e não sabem lidar e gerenciar conflitos junto aos

funcionários correm o risco de passar por muitas adversidades, diante do cenário competitivo e com inúmeras transformações sociais, culturais e políticas.

Assim, os profissionais das organizações de saúde, que sabem transformar críticas negativas em efeitos construtivos são de grande valor. Pois, não devem permitir que apenas emoções determinem a condução de um conflito, é necessária a interferência da racionalidade nestas condições. As instituições de saúde devem sempre investir no aperfeiçoamento do gerenciamento de situações de conflitos dos profissionais (CIAMPONE, KURGANT, 2005).

### **A contribuição no engrandecimento e valorização do trabalho dos colaboradores**

No que se refere à subcategoria “Contribuição no engrandecimento e valorização do trabalho dos colaboradores”, foi considerada também apenas pelos colaboradores do Hospital A. Como um meio de engrandecer e de valorizar o trabalho dos colaboradores, de forma a humanizar o ambiente para o colaborador, a Ouvidoria foi apontada pelos entrevistados como uma grande aliada. Pois, os colaboradores relataram que manifestações oriundas da Ouvidoria são expostas em murais nos setores, fazendo com que todo o hospital tenha acesso a elas. Assim, é exposto para todos, os colaboradores que mais receberam elogios. Na medida em que os elogios se tornam públicos, os profissionais querem saber se foram elogiados de alguma forma, isso faz com que todos se sintam motivados a melhorar a assistência aos clientes, no intuito de serem elogiados também.

[...]Eu sempre falo é muito gostoso ser lembrado por alguém e receber elogios, porque a tendência é as pessoas reclamarem. Os elogios a gente valoriza muito e fazemos esse trabalho aqui dentro pra divulgar para o trabalhador ficar ciente (SE1, Adm., F.H.A.).

Pôde-se perceber com esse estudo que humanizar o atendimento é também dar condições dignas de trabalho aos funcionários. Desse modo, a Ouvidoria tem um papel fundamental nesse quesito, facilitando o diálogo interno, de forma que os bons profissionais sejam reconhecidos e assim possibilitando ações voltadas para valorização dos trabalhadores da saúde.

Portanto, através dos relatos constatou-se que os colaboradores se sentem motivados a melhorar a assistência aos clientes, no intuito de serem elogiados. Os elogios são expressões da admiração, que ocorre de forma mais usual (PEASE, PEASE, 2006, apud SOUZA, 2010). Para os mesmos autores, isso é explicado como a lei do retorno equivalente, ou seja, ao agir de forma agradável receberá um retorno equivalente.

A partir da ação da Ouvidoria, em estar realizando o levantamento e divulgando o retorno positivo, foi essencial para enaltecer o profissional e agregar valor a imagem da Ouvidoria, de forma que os colaboradores não vejam a Ouvidoria como o setor que recebe somente reclamações e críticas.

### **A Ouvidoria contribui pouco**

Quanto à subcategoria “A Ouvidoria contribui pouco”, poucos colaboradores, de ambos os Hospitais, tiveram essa percepção. No Hospital A, os colaboradores relataram que a Ouvidoria poderia auxiliar mais efetivamente no direcionamento da humanização hospitalar. Relataram também que as manifestações dos clientes, recebidas na Ouvidoria, são na maioria dos casos com relação às falhas dos processos e pouco em relação aos atos desumanos:

[...] Às vezes as pessoas não reclamam, mas você acaba orientando o colaborador a forma de falar, aí acaba indo pra humanização [...] Eu acho que a Ouvidoria corrige muitos processos, mais que a humanização, mas há queixas de postura que acaba envolvendo a humanização (G2, Cont., F, HA).

De acordo com Mello (2008), o trabalho em saúde irá se humanizar com a combinação da defesa da vida com a qualidade, mas tal combinação só será efetiva com a participação ativa do cliente e com a contribuição do saber tecnológico.

Os colaboradores do Hospital B, consideraram que o serviço de Ouvidoria tem ajudado, mas vem proporcionando pouco resultado na humanização, devido à forma inadequada como é realizado, ocorrendo falta de comunicação e de ligação da Ouvidoria com os setores, que deveriam ser melhor trabalhados. As falas exemplificam o que foi mencionado:

Tem ajudado, mas não tem surtido efeito, porque acho que precisa de um trabalho melhor, mais orientado da Ouvidoria. Porque agente faz é no dia dia, dá um toque “olha não faz isso, “olha como o familiar está entrando ali”, “orienta o acompanhante a fazer isso”. Então é mais no dia dia, não tem um trabalho assim orientado e focado pra isso não, acho importante ter, no dia dia pelo menos no setor. Não consigo parar pra tentar fazer um trabalho desse, as vezes escrevo algumas mensagens no caderno de plantão “Trate melhor, você pode estar do outro lado”, mas nada muito intenso (C1, Adm., F, H.B).  
Mas falta comunicação da Ouvidoria, faltando interligar com os setores, está faltando uma coisa na outra (C4, Psic., F, HB).

Outro motivo considerado foi a falta de interesse dos colaboradores responsáveis pelos setores em entender o serviço de ouvidoria.

Sim, mas bem menos que deveria no meu modo de ver. Eu acredito que pela falta de interesse de muitos coordenadores de entender o trabalho da ouvidora, de participar de um processo, assim fica muito difícil. Como disse existe uma hierarquia é bem antiético, você burlar essa hierarquia então eu não faço, devido a isso tem repetições

de casos que poderiam ter sido evitados no primeiro registro (O 1, Com.Soc., F, H.B).

Cardoso (2011), afirma que é importante que o ouvidor apresente a capacidade de escuta, de forma, a saber, entender o outro e ter habilidade de mediação. Um ouvidor que não tenha habilidade para negociação e mediação, acaba resolvendo um problema e gerando outro ou provocando ressentimentos, que resultarão em outras situações indesejáveis e comprometendo todo o seu mandato.

O ouvidor deve ter uma visão sistêmica e entender que as instituições influenciam e são influenciadas, é um conjunto de macro dimensões interligado, podendo funcionar ou não de forma harmônica. Devem perceber que demandas das pessoas, são desajustes da instituição ou incompatibilidade de um modelo de gestão com a tarefa institucional, mas caberá ao ouvidor sugerir mudanças ou ajustes no modelo de gestão (CARDOSO, 2011).

Nesse sentido, o ouvidor primeiramente deverá intermediar as manifestações aos setores responsáveis por elas. Cabe à ouvidora promover essa comunicação, para os responsáveis estarem cientes. É importante que o ouvidor promova a comunicação antes de querer resolver algo que não compete só a ele, para não gerar insatisfação em relação seu serviço e para que os responsáveis possam tomar ciência de como está a qualidade dos serviços prestados. Somente assim, poderão sanar as inadequações e criar ações para aperfeiçoamento dos serviços. Cabe também ao ouvidor entender que desarmonias no trabalho existem. Como os colaboradores não entendem o funcionamento da Ouvidoria, compete a ela promover a explicação da real função da Ouvidoria e se houver resistência por parte dos responsáveis pelos serviços, em receber as manifestações e em resolvê-las. Cabe a ouvidora sugerir ou mudar a forma como está sendo conduzido o modelo de gerir o setor junto à administração geral.

### **A Ouvidoria não contribui**

No que se diz respeito à subcategoria “A Ouvidoria não contribui”, foi considerada somente pelos colaboradores do Hospital B. Segundo eles, as manifestações dos clientes não contribuem no direcionamento da promoção a humanização hospitalar. Disseram ainda que isso ocorre pela falta de comunicação da Ouvidora com os setores.

Percebeu-se com esse estudo que a Ouvidoria tem um grande potencial para identificação das desconformidades das instituições e das necessidades dos clientes da saúde.

Além disso, constatou-se que a Ouvidoria é a responsável por assegurar ao cliente a oportunidade de participar da gestão da instituição. Mas, para sua efetividade, as atividades que exerce devem estar integradas a todos os responsáveis pelas manifestações, de forma que a Ouvidoria seja de fato um instrumento de transformação para a gestão, ou seja, somente tomando ciência dos fatos, a gestão poderá promover ações de humanização e de mudanças, de forma a beneficiar todos os envolvidos desde os clientes internos até os externos. A fim de tentar solucionar esses problemas no cotidiano com os colaboradores, é necessário abordar assuntos como acolher, conversar e tratar os clientes de forma humanizada.

Rios (2009, p.131), afirma que para desempenhar de fato a escuta das necessidades dos clientes, é preciso compreender pelo menos três ações básicas:

1. Escuta aberta, com respeito e real interesse na boa comunicação com o outro e resposta à sua demanda – papel do acolhedor;
2. Escuta qualificada, com as características da primeira, mas amparada tecnicamente para respostas mais complexas – papel da retaguarda técnica;
3. Gestão, organização e supervisão de todo o processo de acolhimento – papel do supervisor (RIOS, 2009, p.131).

Diante disso, as necessidades dos clientes, devem ser integradas com todos os setores responsáveis para haver prosseguimento na escuta e nos cuidados iniciados pelo ouvidor. O ouvidor tem o papel de mediar a escuta das necessidades dos clientes diante dos órgãos competentes, ou seja, diante dos profissionais da saúde que possuem conhecimentos técnicos específicos sobre o setor onde ocorreu a insatisfação do cliente. Estes irão tomar conhecimento do fato e tomarão as devidas providências em prol do benefício da saúde.

#### **4.4.3 Ações humanizadoras criadas a partir das demandas do cliente na Ouvidoria**

A maioria dos colaboradores dos hospitais relatou terem sido realizadas ações humanizadoras em seus setores, bem como em outros setores do hospital. Porém, alguns disseram não ter sido promovida nenhuma ação humanizada nos setores. Outros não souberam informar a este respeito.

No hospital A, os colaboradores identificaram através das manifestações mais recorrentes dos clientes na Ouvidoria, necessidades e problemas nos setores do hospital. Através dessas demandas foram executadas ações no pronto socorro do SUS e de convênios, na enfermaria, na hotelaria, na enfermagem, no atendimento, na infraestrutura e em outros setores.

Segundo os colaboradores, no pronto socorro do SUS e de convênios, foram contratados mais médicos para o atendimento de plantão, no intuito de melhorar o

atendimento, acolhimento e diminuir o tempo de espera do cliente, pois antes haviam muitas reclamações na Ouvidoria devido à demora do atendimento médico. Foi relatado que somente um médico fazia atendimento de plantão no pronto socorro do SUS e de Convênios ao mesmo tempo.

No pronto socorro do SUS foram feitas reformas de expansão da área e colocaram ar condicionado, para conforto dos clientes, que antes reclamavam muito do calor no ambiente.

Em todas as enfermarias foi instalado ar condicionado, para conforto e climatização adequada durante a internação dos clientes, pois havia muitas reclamações devido à alta temperatura, ocasionada pelo sol durante o dia todo.

No setor de alimentação da hotelaria foi modificado o cardápio, sendo acrescentados alguns alimentos após sugestões dos clientes. Antes era oferecida somente uma opção de alimentação. Em função das manifestações na Ouvidoria, os clientes agora podem escolher a sua alimentação de acordo com sua dieta e a alimentação que não esteja no cardápio mediante solicitação.

Na recepção foram contratados recepcionistas para o atendimento telefônico agilizando as marcações de consultas, a fim de melhor acolher e atender os clientes. Um dos fatores que geravam insatisfações era o tempo de espera para serem atendidos pela recepção, na qual, tinha um recepcionista que realizava tanto o atendimento de balcão e o atendimento telefônico.

No setor de enfermagem havia muitas reclamações com relação à demora do atendimento. Para melhor atendimento e acolhimento, foram contratados mais técnicos de enfermagem, diminuindo assim o tempo de espera.

Foram comprados colchões apropriados para casos específicos de enfermidades dos clientes internados e cadeiras para os acompanhantes visando o conforto de ambos. Estes detalhes foram percebidos e relatados nas manifestações. Foi mudada também a cor de alguns ambientes para melhor atender os clientes.

Foram realizados alguns treinamentos pela ouvidora sobre ética para todos os colaboradores do hospital, devido a recorrência de reclamações e falhas pontuadas nas manifestações recebidas na Ouvidoria. Foi relatado que, pela crise no Brasil, muitos recursos foram cortados no hospital. Havia um curso sobre atendimento e humanização que seria ministrado por algumas pessoas de Juiz de Fora, mas foi cancelado por questões financeiras. A partir disso, tiveram que ficar atentos a buscar assuntos que agregassem e que ajudassem nas questões que envolvessem a humanização, porém os cursos e treinamentos passaram a ser

ministrados pelos próprios coordenadores dos setores. No Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI), pela ocorrência de algumas insatisfações quanto à estrutura do mesmo, até o período da pesquisa, esperavam que esse fosse reformado, visto que, o projeto da reforma já havia sido elaborado.

A ouvidora fez levantamentos para verificar quem se destacou em elogios recebidos através das manifestações dos clientes. Através desse levantamento a ouvidora, juntamente com a comissão de humanização, confeccionou certificados para os colaboradores e realizou um evento a cada seis meses, para entregar os certificados. Com o objetivo de valorizar, engrandecer, motivar os colaboradores e mostrar como é importante realizar um bom trabalho, sendo lembrado pelo diferencial que fez no momento importante da vida do cliente.

Consideraram que essas ações realizadas a partir dos elogios, foram muito bem recebidas pelos colaboradores do hospital, houve uma mudança no comportamento dos mesmos. Ao atender o cliente, passaram a ter um olhar mais cuidadoso. Eles se sentem motivados a realizar um bom trabalho, no intuito de serem mencionados nos elogios recebidos na Ouvidoria.

Dentre as ações feitas e descritas, em decorrências das demandas dos clientes nos hospitais, pode-se notar que as ações foram voltadas também para a valorização do colaborador. De acordo com Souza (2010), a saúde emocional do trabalhador está relacionada com o prazer e a satisfação com o trabalho que realiza. Almejam qualidade de vida no ambiente do trabalho, buscando sentido naquilo que fazem, alinhando seus valores com os da empresa. Querem ser respeitados e reconhecidos, pois isso contribui muito para construção de uma autoimagem positiva e para dar sentido à própria vida, através de sua identidade profissional.

É importante ressaltar que humanizar o atendimento é também dar condições dignas de trabalho aos funcionários. Nesse sentido, a Ouvidoria tem um papel fundamental, facilitando o diálogo interno, de forma que os bons profissionais sejam reconhecidos, assim possibilitando ações voltadas para valorização dos trabalhadores da saúde.

No Hospital B, os colaboradores consideraram que através de constantes reclamações e sugestões na Ouvidoria foi possível detectar falhas que precisavam ser sanadas nos setores de pronto socorro, na maternidade, na recepção e na parte técnica da enfermagem.

De acordo com os colaboradores no pronto socorro foi modificada a ficha de atendimento, de forma que essa fosse feita em um horário e a triagem em outra. Foram colocados cartazes de orientações dos procedimentos que até então não eram realizados no

hospital. Isso, devido às muitas reclamações decorrentes da demora do atendimento da triagem e do médico, no pronto socorro, devido ao grande número de pacientes que não conseguiram atendimento médico nos postos de saúde, devido ao limite de fichas, acarretando assim sobrecarga no atendimento da recepção, atendimento da enfermagem e atendimento médico do hospital.

Na maternidade e na recepção, também foram criadas ações para agilizar o atendimento e diminuir o tempo de espera na triagem e no atendimento médico ao cliente. Relataram que com essas modificações realizadas está sendo possível diminuir o tempo de espera.

Na maternidade foram colocadas secretárias por alas, para melhor acolher o cliente. Havia muitas reclamações no que refere à necessidade de ter uma secretaria para atender o cliente. Devido à notória melhora no atendimento e acolhimento do cliente na maternidade foi colocada também uma secretária para atendimento no pronto socorro. Foi relatado também que futuramente será colocada uma secretária em outros setores.

Na recepção/portaria, foram realizados trabalhos de orientação sobre como tratar o cliente da saúde e acompanhamentos com os colaboradores, devido ao alto índice de reclamação, ao tratamento ríspido dos porteiros e informações erradas dadas pelas recepcionistas aos clientes, que não orientavam e não eram corretas. Foi criado um curso de educação continuada para todos os colaboradores do hospital com o objetivo de promover a interação entre os setores, devido reclamações técnicas da parte de enfermagem e do atendimento na recepção.

As ações realizadas foram para melhorar o atendimento ao cliente de forma a diminuir a espera por atendimento da enfermagem e médico, melhoria no acolhimento na maternidade e tratamento ao cliente quando recepcionados, assim como promover a interligação dos serviços de saúde.

Adotar instrumentos de gestão de qualidade na gestão de uma instituição de saúde é de suma importância, uma vez que, estando os colaboradores comprometidos com metas e resultados, a postura é diferenciada e produzirá melhorias contínuas na instituição. Portanto, as metas da mesma devem ser reformuladas de acordo com as necessidades do consumidor, já que é no primeiro contato que o cliente criará a conceito da instituição.

Para Cardoso (2006), a Ouvidoria tem uma dimensão muito ampla, podendo identificar pontos relevantes que podem estar inadequados com a missão da instituição. Através da identificação dos pontos inadequados, podem ser planejadas mudanças, de modo a

redirecionar as ações em sintonia com reais necessidades dos clientes e não devendo restringir-se somente em mediar conflitos, o que requer um maior preparo gerencial.

Através da gestão participativa é possível promover a compreensão dos problemas e buscar soluções compartilhadas, que resultam em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho (RIOS, 2009). A Ouvidoria é um dos dispositivos no sistema de escuta qualificada, que promove a mediação entre o cliente e a gestão da instituição, para a solução dos problemas apresentados.

Nesse sentido, a Ouvidoria se torna um órgão estratégico, representativo e essencial instrumento para a transformação institucional. Na concepção de Alves Junior (2002) a Ouvidoria constitui um espaço que fornece informações, que favorece a avaliação e identificação de áreas que estejam precisando de maior atenção, possibilitando assim a definição de planos de ação institucional, para correções de eventuais falhas, de forma que promova meios de atender as necessidades e as expectativas dos clientes.

Diante disso, percebe-se que, a instituição que está preocupada em fornecer serviços de qualidade, deve ficar atentas às demandas dos clientes e a Ouvidoria como instrumento de gestão, pode proporcionar a comunicação ente o cliente e a gestão.

Pôde-se constatar também, através das ações feitas por ambos os hospitais, que as mesmas não foram voltadas apenas para humanizar o comportamento dos colaboradores em relação ao tratamento ao cliente, a humanização tem uma grande dimensão, de forma a englobar todo bem-estar na estadia do cliente na instituição, centrada na demanda do mesmo.

De acordo com Rios (2009) as ações que chamavam de “humanizadoras” em vários hospitais, principalmente nos hospitais públicos, inicialmente foram voltadas para recreação, lazer, aparência do ambiente. Eram para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provocava nos pacientes e trabalhadores. Já nos hospitais privados a humanização era uma “cosmética da atenção”, onde as recepcionistas apresentavam boa aparência e eram jovens, os ambientes bem decorados, frigobar nos quartos e presença de lojas de conveniência.

No entanto, para a mesma autora, o SUS tomou outra direção em relação aos modelos comerciais, com o tempo a humanização foi ganhando outra consistência que resultou na PNH, que alcança os processos da atenção e da gestão participativa, com a união da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional. O quadro 4 apresenta, em síntese as ações humanizadoras criadas nos hospitais:

**Quadro 5 - Ações humanizadoras criadas a partir das demandas do cliente na Ouvidoria nos hospitais A e B.**

Setor	Hospital A		Hospital B	
	Manifestação	Ação	Manifestação	Ação
<b>Recepção</b>	Insatisfações dos clientes ao tempo de espera para serem atendidos pela recepção. Havia uma recepcionista que realizava o atendimento de balcão e de atendimento telefônico.	Contratação de recepcionistas para o atendimento telefônico agilizando as marcações de consultas, a fim de melhor acolher e atender os clientes.	Alto índice de reclamação, ao tratamento ríspido dos porteiros e informações erradas dadas pelas recepcionistas aos clientes, que não orientavam e não eram corretas.	Trabalhos de orientação de como tratar o cliente da saúde e acompanhamentos com os colaboradores, a fim de melhor acolher e atender os clientes.
<b>Pronto Socorro</b>	Reclamações recorrentes da demora do atendimento médico, somente um medico fazia o atendimento do SUS e Convênios; Reclamações recorrente ao calor no ambiente do pronto socorro do SUS.	Contratação de mais médicos para o atendimento de plantão para o SUS e para convênios; Reformas de expansão da área e instalação de ar condicionado no pronto socorro do SUS.	Muitas reclamações decorrentes da demora do atendimento da triagem da enfermagem e do atendimento médico.	Modificação da ficha de atendimento, de forma que essa fosse feita em um horário e a triagem em outra. E foram colocados cartazes de orientações dos procedimentos que até então não eram realizados no hospital.
<b>Maternidade</b>	Muitas reclamações no que refere a necessidade de ter uma secretaria para atender as mães e gestantes internadas.	Foram colocadas secretárias por alas, para melhor acolher mães e gestantes.	—	—
<b>Enfermarias</b>	Muitas reclamações relacionadas a alta temperatura, ocasionada pelo sol durante o dia todo.	Instalação de ar condicionados, para conforto e climatização adequada durante a internação dos clientes.	—	—
<b>Enfermagem</b>	Muitas reclamações com relação à demora do atendimento da enfermagem.	Contratação de mais técnicos de enfermagem, para melhor atendimento e acolhimento e diminuir o tempo de espera.	—	—
<b>Alimentação da hotelaria</b>	Sugestões dos clientes para mais opção de alimentação.	Foi modificado o cardápio, acrescentando alguns alimentos, disponibilizando outras opções. E podem solicitar alimentos que não estejam no cardápio.	—	—

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

**Quadro 5 - Ações humanizadoras criadas a partir das demandas do cliente na Ouvidoria nos hospitais A e B.**

Setor	Hospital A		Hospital B	
	Manifestação	Ação	Manifestação	Ação
<b>Unidade de Internação</b>	Reclamações de desconforto durante a internação.	Compras de colchões apropriados para casos específicos de enfermidades dos clientes internados e cadeiras para os acompanhantes, para o conforto desses.	—	—
<b>Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI)</b>	Ocorrência de insatisfações quanto a estrutura do hospital.	Projeto de reforma, para conforto e acessibilidade dos clientes.	—	—
<b>Todos os setores</b>	Recorrência de reclamações comportamentais e falhas de colaboradores.	Treinamentos pela ouvidora sobre ética para todos os colaboradores do hospital, para aperfeiçoar o atendimento e promover a humanização. Confecção de certificados pela ouvidora e pela comissão de humanização, a cada 6 meses, para serem entregues ao colaboradores que recebem elogios na Ouvidoria, para valorizar, engrandecer, motivar os colaboradores.	Reclamações técnicas da parte de enfermagem e do atendimento na recepção.	—

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

### **Implicações quanto a não promoção de ações humanizadoras**

Quanto à subcategoria “Implicações quanto a não promoção de ações humanizadoras”, alguns dos colaboradores, de ambos os hospitais, relataram que não foi promovida nenhuma ação humanizadora proveniente das demandas dos clientes na Ouvidoria em seus setores. Relataram que as manifestações recebidas eram provenientes dos procedimentos técnicos e de comportamentos, onde não foi feita nenhuma ação, houve apenas orientação aos colaboradores. Consideraram que pela falta de comunicação da Ouvidoria com os setores e o não acesso às informações da Ouvidoria, não foram criadas ações humanizadoras nos seus receptivos setores.

No meu setor não foi feito ações, mas sei de alguns setores que sim. Tem pouca queixa no setor, quando tem mais é *feedback*, orientação para a equipe. (G 2, Cont.,F.,H.A.).

Não foi realizada nenhuma ação humanizada, porque não temos acesso as manifestações recebidas na Ouvidoria. Acredito que os projetos iram surgir a partir dessas queixas, tanto as reclamações e as sugestões, a partir daí vai ser legal, é consequência, automaticamente vai ser feito algo para amenizar ou solucionar. Mas no momento não, mas eu tenho esse ponto de interrogação porque a gente não tem esse acesso a essas manifestações (C4, Psicol. F, H.B).

A comunicação é um dos grandes desafios da humanização, pode-se observar que ela ocorre principalmente nas instituições de saúde por meio de relações de poder preestabelecido por modelos comunicacionais e de atenção consolidados e reproduzidos cotidianamente (NASSAR, 2003). Diante disso, faz-se necessário um trabalho de comunicação que promova a integração entre os diversos públicos da instituição: funcionários, corpo clínico, estudantes, fornecedores, pacientes e os respectivos familiares e a comunidade.

Constatou-se que somente tomando ciência das demandas, a gestão poderá identificar onde os problemas que estão ocorrendo. Só depois dessa identificação as medidas poderão ser tomadas para resolução e criação de ações que humanizem os serviços e o atendimento fornecido aos clientes.

Estudos mostram que ao apostar na gestão participativa, de forma integral, a comunicação entre o cliente interno e o externo e a gestão, podem obter resultados positivos na qualidade e humanização. Diante disso, Trentini e Corradi, (2006, apud SOUZA, 2010) ressaltam que a utilização da avaliação das demandas, como procedimento de correção, é um meio para o direcionamento das decisões, eliminando os problemas e aplicando medidas positivas.

Portanto, a Ouvidoria quando bem conduzida, promoverá o elo entre o cliente e a gestão, fornecendo as demandas dos clientes. A Ouvidoria traz à tona os condicionantes de insatisfação que permeiam as relações e as práticas exercidas na saúde e podem promover mudanças, ao favorecer uma gestão articulada e compartilhada com os envolvidos no processo de desenvolvimento da prestação do atendimento.

#### **4.5 A percepção do cliente quanto à satisfação dos serviços de saúde, conhecimento de seus direitos e o serviço de Ouvidoria**

A fim de compreender a percepção do cliente da saúde quanto a essa categoria, foram investigados aspectos ligados à frequência com que foram feitas as manifestações em

relação a satisfação com os serviços prestados. Sendo assim, foi feita a seguinte pergunta: O (a) Sr.(a) já fez alguma reclamação, elogio, sugestão ou denúncia com relação à forma que a pessoa que o (a) Sr.(a) está acompanhando foi atendido (a) aqui no hospital?

Através desse questionamento, constatou-se que 86% (86) dos clientes, não realizaram nenhum tipo de manifestação, já 14% (14) manifestaram-se em relação a forma como as pessoas acompanhadas, estavam sendo ou foram atendidas.

Em estudo realizado por Peixoto et al. (2013, p. 792), com funcionários e usuários de uma Ouvidoria, foi constatado que o motivo pelo qual os usuários não procuravam a Ouvidoria e não manifestavam sua satisfação em relação aos serviços de saúde era: “[...] temor de represália por parte dos funcionários da instituição”. Esses são desafios que demonstram a improvável participação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde, dificultando a identificação dos problemas e serviços que não estão em conformidades.

Nesse sentido, junto aos clientes que responderam não ter realizado nenhuma manifestação, buscou-se investigar aspectos como: a pretensão de manifestar-se; o conhecimento quanto ao direito de poder manifestar-se, a obtenção do conhecimento desse direito; e o conhecimento do serviço ou do canal que recebe as manifestações. Enquanto junto aos outros clientes que responderam já ter realizado algum tipo de manifestação, foram investigados aspectos como: a natureza e causa da manifestação; como foi feita a manifestação; o conhecimento do direito de poder manifestar-se; e a importância de manifestar.

#### **4.5.1 Não manifestações dos clientes em relação aos serviços prestados pelos setores de atendimento sem internação**

Nesse item serão abordados os resultados referentes aos 86% (86) dos clientes que não se manifestaram em relação aos serviços prestados.

##### **A pretensão de manifestar-se**

Quanto a pretensão de manifestar-se em relação aos serviços prestados pelos setores de atendimento sem internação, percebeu-se que a maioria deles 59% (51) não pensaram em fazer qualquer tipo de manifestação em nenhum momento. Apenas a menor parte deles, 41% (35), pensou em fazer alguma manifestação. Desses que pensaram em fazer algum tipo de manifestação, constatou-se que 54% (19) seriam reclamações com relação aos serviços

prestados, 34% (12) disseram que fariam elogios, 9% (3) fariam sugestões e, por fim, 3% (1) relataram que fariam algum tipo de denúncia.

Em um estudo sobre a satisfação do usuário do serviço de saúde realizado por Guedes e Garcia em 2001, foi constatado que o nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS, pode variar em relação ao local em que o usuário é questionado. Quando o usuário é acionado para relatar sua satisfação no local de atendimento, eles tendem a relatar respostas positivas aos serviços, por receio de sofrer alguma punição durante o atendimento pelos funcionários. O usuário, ao ser acionado para relatar sua satisfação longe do ambiente hospitalar, tende a relatar respostas negativas dos serviços prestados, expressando-se de forma mais verdadeira.

### **O conhecimento quanto ao direito de poder manifestar-se e a obtenção do conhecimento desse direito**

Quanto ao conhecimento dos clientes ao direito de manifestar-se em relação aos serviços prestados, a maioria, 77,9% (67), sabia que poderia elogiar, sugerir, reclamar ou denunciar. Já o restante relatou não ter conhecimento desse direito. No entanto, o direito de manifestar-se quanto aos serviços públicos e de saúde, segundo Cohn (2000), está instituída na Constituição de 1988 e na legislação do SUS, sendo designada de várias formas no SUS, entre elas “participação social” e “controle social”.

Desses clientes que sabiam do direito de manifestar-se, 51% (34) não registraram nenhum tipo de manifestação, julgando não ser necessário; 18% (12) disseram ter sido bem atendidos, entre outros motivos que podem ser observados na tabela 2. No que tange a satisfação do cliente em uma unidade de saúde, Ramos e Lima (2003), realizaram um estudo onde foi identificado que a satisfação está relacionada a conjugação do acesso e acolhimento, sendo elementos essenciais à avaliação da qualidade dos serviços, uma vez que, quando essa conjugação é avaliada positivamente, contribui para a satisfação e a procura do usuário.

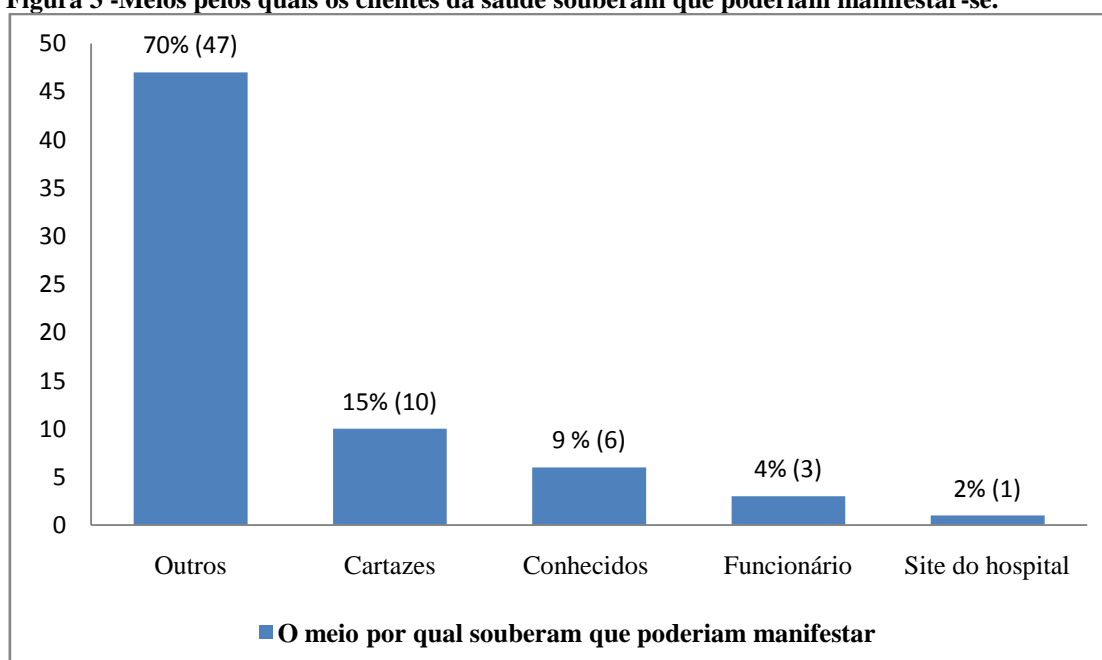
**Tabela 2 - Motivos pelos quais os clientes não registraram manifestação em dois hospitais de Minas Gerais - 2016.**

Motivo	Nº	%
Não teve necessidade	34	51
Foi bem atendido	12	18
Não sabe onde fazer a manifestação	4	6
Não adiantaria realizar a manifestação	3	4
Primeira vez no local	2	3
Medo de piorar o serviço de saúde	2	3
Não teve tempo de realizar a manifestação	2	3
Falta de oportunidade	2	3
Não teve interesse	2	3
Evitar confusões	1	2
Foi resolvido o problema	1	2
Não foi desrespeitado	1	1
Fez elogio direto ao funcionário e não registrou	1	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao meio pelo qual os clientes tomaram conhecimento do direito de manifestar-se, constatou-se que a maioria 70% (47) tomou conhecimento por meios de: questionários que já haviam respondido referente a pesquisa de satisfação do hospital; urnas dentro dos setores para recebimento de manifestações; através do rádio, da televisão e telejornais e no PSF. Outros clientes relataram ter tomado conhecimento da Ouvidoria por meio de conhecidos, funcionários, cartazes expostos em murais dos hospitais, ou através do site do próprio hospital. A figura 3 ilustra o percentual das incidências:

**Figura 3 - Meios pelos quais os clientes da saúde souberam que poderiam manifestar-se.**

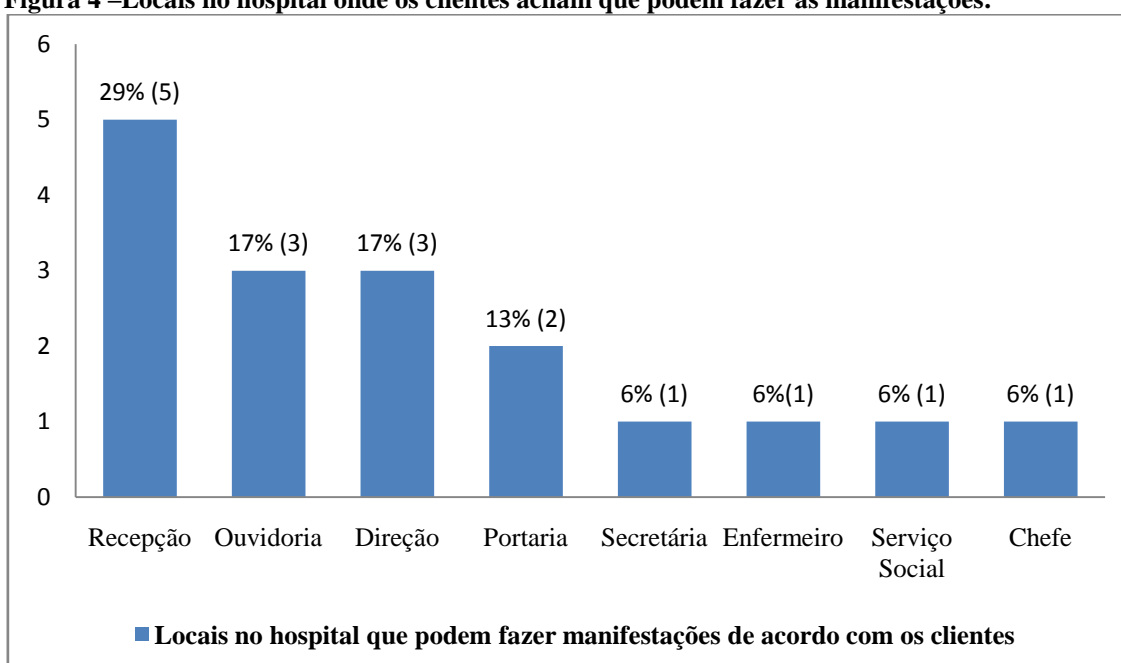


Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

## O conhecimento do local que recebe a manifestação

Quanto ao conhecimento do local que recebe as manifestações, a maioria, 80,2% (69), dos clientes externos não souberam onde essa poderia ser feita, e o restante 19,8% (17) dos entrevistados souberam responder onde poderiam ser feitas. Desses que souberam responder, apenas 17% (3) citaram a Ouvidoria, enquanto que a maioria respondeu a recepção 29% (5). A figura 4 demonstra os outros locais também citados, porém com menos incidência:

**Figura 4 –Locais no hospital onde os clientes acham que podem fazer as manifestações.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Corroborando com os dados encontrados nessa pesquisa, Vázquez et al. (2003), em seus estudos sobre a participação social de saúde tiveram resultados semelhantes quanto ao não conhecimento do local que recebe manifestações. Foi identificado que 60% dos usuários entrevistados não tinham conhecimento quanto a maneira como poderiam participar manifestando sobre os serviços de saúde e somente 15% relataram mecanismos de participação, sendo que dentre esses usuários mencionaram mecanismos institucionais e não institucionais, no qual, foram citados conferência de saúde, o disque-saúde, a Superintendência de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), e o mais citado foi a caixa de sugestões.

No estudo de Vázquez et al. (2003) os entrevistados também não souberam que a Ouvidoria recebe manifestações quanto aos serviços prestados, além disso a Ouvidoria não foi

citada como mecanismo de participação social pelos usuários. Já em outro estudo realizado por Antunes (2008), em unidades de saúde no Rio de Janeiro constatou-se que o conhecimento da existência do serviço de Ouvidoria pelos usuários é baixo, na maioria das unidades de saúde estudadas, assim acarretando uma pequena demanda não condizente com a precariedade do sistema de saúde, enaltecendo a fragilidade institucional das Ouvidorias.

As políticas de participação social e os mecanismos para a participação estudados por Antunes (2008), são conhecidos por uma pequena parcela da população e a divulgação sobre os mesmos ainda permanece em níveis baixos e superficiais, sendo a Ouvidoria, enquanto mecanismo de participação social pouco divulgada.

#### **4.5.2 As manifestações dos clientes em relação aos serviços prestados pelos os setores de atendimento sem internação**

Nesse item serão abordados os resultados referentes aos 14% (14) dos clientes que se manifestaram em relação aos serviços prestados.

##### **A natureza e causa da manifestação**

Quanto à natureza e causa da manifestação identificou-se que, a maioria, 71,4% (10) foram manifestações de reclamações, seguidos de elogios com 14,3% (2) e o restante foram referentes a sugestões e denúncias, ambos com 7,1% (1).

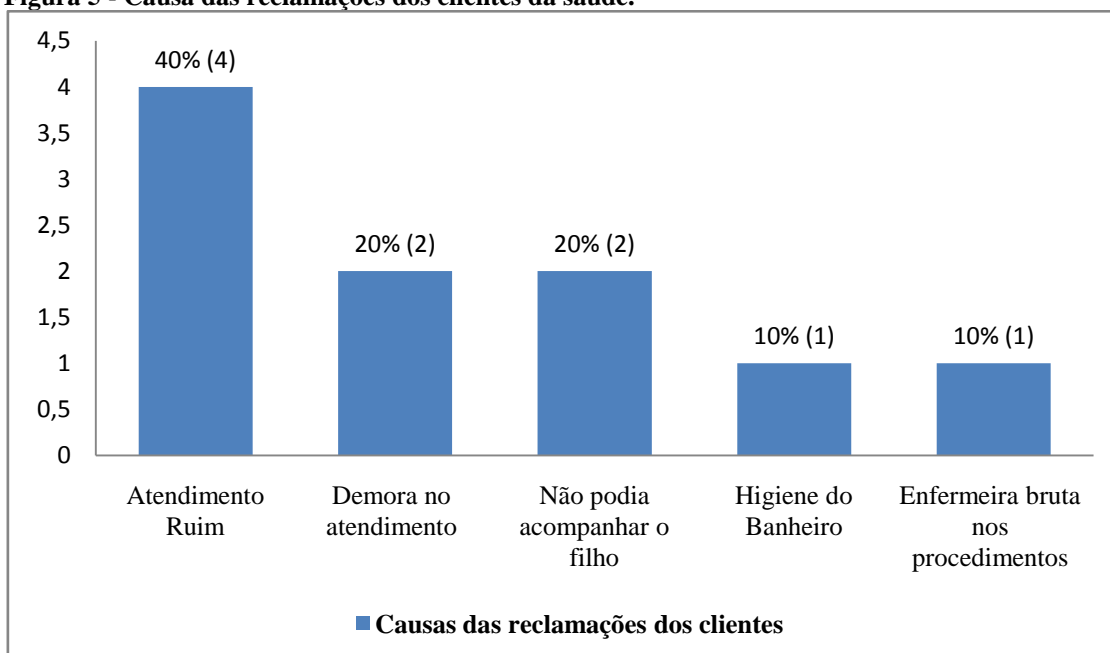
Foi constatado, através dos dados apresentados, que as manifestações de reclamações foram predominantes, em relação aos outros tipos. Corroborando com os dados desse estudo, Silva et al.(2014), constatou em sua pesquisa, em uma unidade de saúde de um município de Minas Gerais, que o volume de reclamações é sempre maior em relação às outras manifestações.

Quanto às reclamações feitas pelos clientes, a maioria, 40% (4) estava relacionada ao mau atendimento dos colaboradores, outras reclamações, também bastante mencionadas, estavam voltadas para a demora no atendimento e por não ser permitido acompanhar o filho no atendimento<sup>16</sup>, ambas com 20% (2). A figura 5 demonstra as outras reclamações também citadas pelos clientes:

---

<sup>16</sup>Foi relato pelo cliente que, há mais de vinte anos, em um atendimento ao filho menor de idade, não foi permitido que ele o acompanhasse enquanto estava internado. Devido a isso, fez a reclamação no hospital, não sendo solucionada. Entrou com um processo contra o hospital reivindicando o direito de acompanhá-lo.

**Figura 5 - Causa das reclamações dos clientes da saúde.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto ao predomínio das reclamações relacionadas ao atendimento ruim dos colaboradores, outros estudos em unidades de saúde obtiveram resultados semelhantes. Constataram que os usuários tendem a avaliar o desempenho do profissional, de forma a julgar sua competência pela conduta profissional, diante do atendimento prestado. Mensuram a qualidade do atendimento por atributos profissionais, tais como a gentileza, respeito, escuta, compreensão, presteza, orientações e resolutividade (MULLER, GRECO, 2010; MOIMAZ et al, 2010; TRAD, BASTOS, 1998).

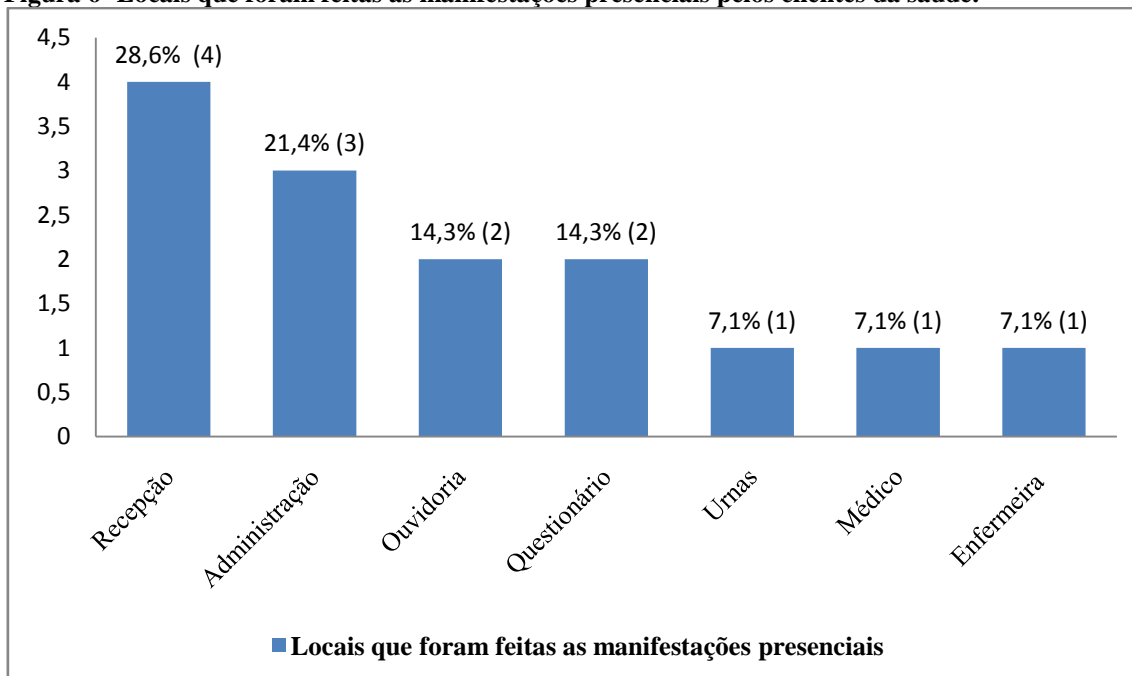
Assim, clientes da saúde avaliam a qualidade do serviço comparando com o que desejam ou esperam ser atendidos por profissionais qualificados. Desse modo, o desempenho do serviço pode gerar frustrações ou surpreender positivamente. Sendo assim, quando há abertura para conhecer o cliente e suas expectativas em relação aos serviços prestados, cria-se possibilidades de estratégias de melhoria (POLIZER, D'INNOCENZO, 2006).

### **A maneira como foram feitas as manifestações**

As manifestações em sua maioria 71,4% (10) foram feitas presencialmente, já o restante foi realizado através de um questionário ou de uma carta, ambos com 14,3% (2). As manifestações presenciais, não foram realizadas com predomínio na Ouvidoria, apenas 14,3% (2) fizeram as manifestações presenciais na Ouvidoria, sendo que a maioria 28,6% (4) a

realizou na recepção. A figura 6 demonstra os locais onde os clientes realizaram suas manifestações:

**Figura 6- Locais que foram feitas as manifestações presenciais pelos clientes da saúde.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

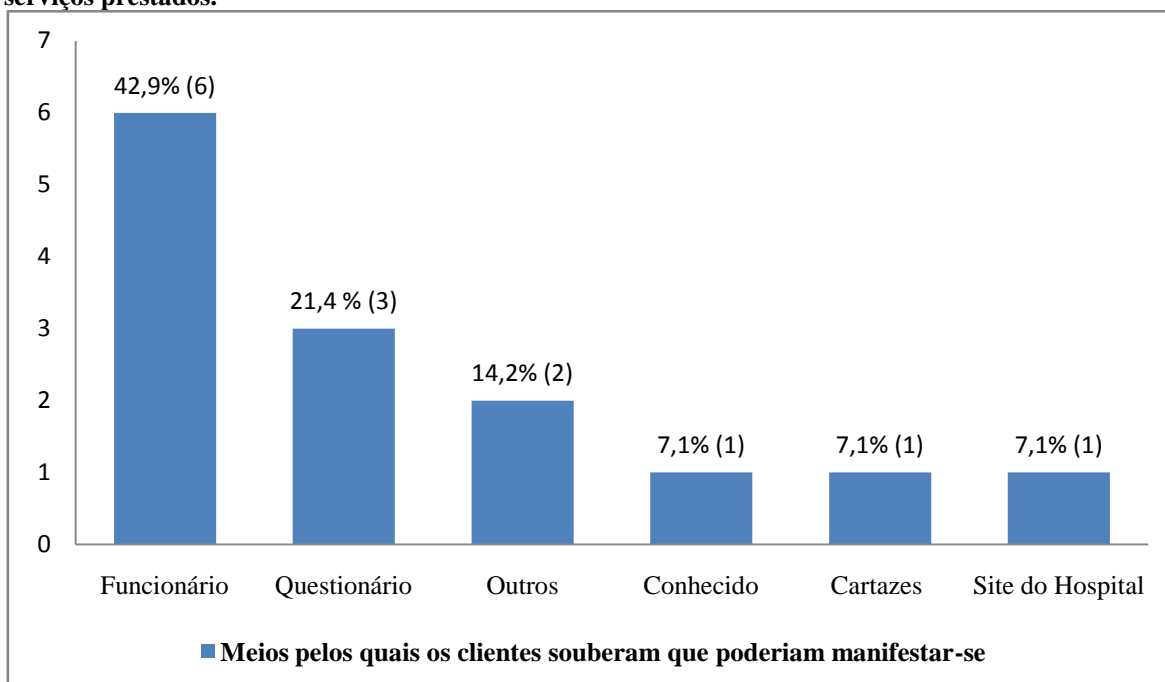
Conforme demonstrado na figura acima, as manifestações presenciais não foram realizadas predominantemente na Ouvidoria. Em consonância com esse resultado da pesquisa Romão (2012) afirma que a Ouvidoria é a ultima opção de atendimento a que o cliente recorre, indo a outros setores para resolver o problema. No entanto, é o serviço de Ouvidoria que acolhe e promove os direitos dos cidadãos.

Por outro lado, Silva et al. (2016), ressalta que um dos desafios da Ouvidoria para se tornar efetiva, é pautar-se na busca do usuário para a identificação da sua satisfação, pois favorece também aos usuários o acesso e a divulgação quanto aos serviços da Ouvidoria.

### **O conhecimento do direito de poder manifestar-se**

Quanto ao conhecimento do direito de poder manifestar-se 42,9% (6) relataram ter tomado ciência através dos funcionários do hospital. A figura7 ilustra os outros meios pelos quais souberam que poderiam manifestar-se em relação aos serviços prestados:

**Figura 7 - Meios pelos quais os clientes da saúde souberam que poderiam manifestar-se em relação aos serviços prestados.**



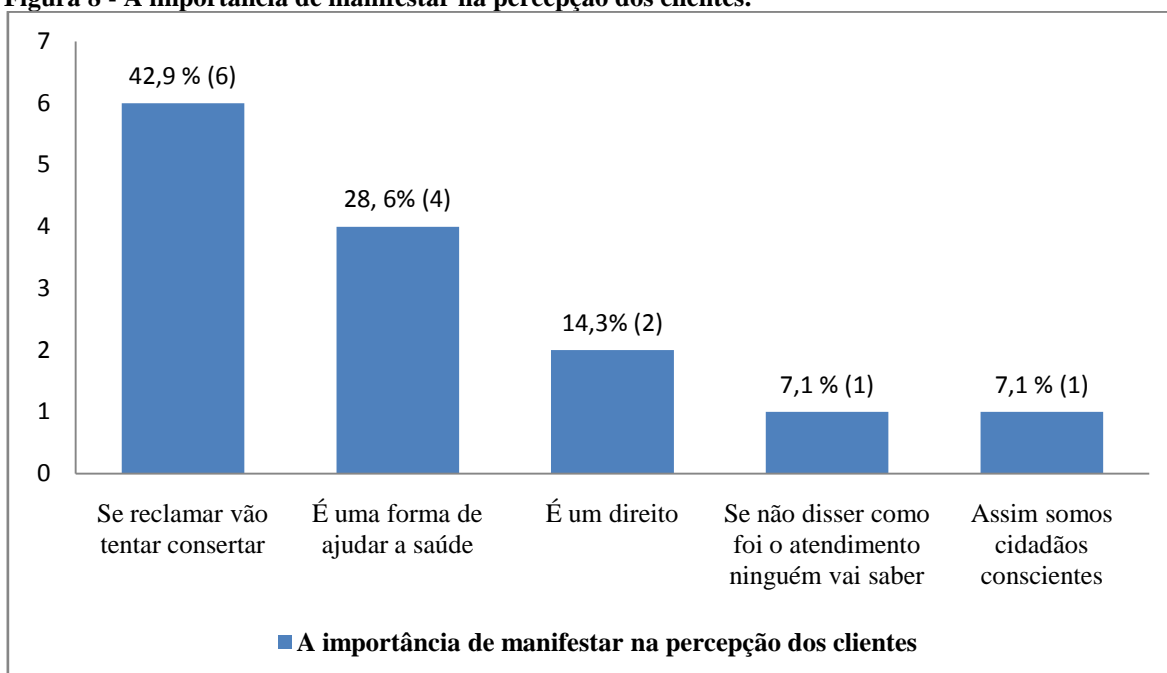
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados em unidades de saúde no município de Minas Gerais e no município do Rio de Janeiro, predominando sempre, os funcionários dos hospitais como os responsáveis pela divulgação dos direitos de poder manifestar-se a respeito dos serviços prestados. Além disso, é através dos funcionários que os clientes tomam conhecimento da Ouvidoria no hospital (ANTUNES, 2008; SILVA et al, 2014).

### **A importância de manifestar**

A maioria dos clientes, 78,6% (11), considerou importante se manifestar. Já o restante achou desnecessário. Dentre os que acharam importante, 42,9% (6) relatou que “se reclamar vão tentar consertar” e 28,6% (4), afirmaram que “é uma forma de ajudar a saúde”. Resultados semelhantes foram encontrados por outros pesquisadores, sendo identificada dentre as percepções dos usuários como oportunidade de manifestar-se para a melhoria nos serviços de saúde (VÁZQUEZ et al, 2003). A figura 8 demonstra os percentuais dos outros relatos no que diz respeito à importância de manifestar:

**Figura 8 - A importância de manifestar na percepção dos clientes.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

#### **4.5.3 Perfil dos clientes da saúde que manifestaram e dos que não se manifestaram em relação aos serviços prestados pelos setores de atendimento sem internação**

Quanto aos 86% (86) dos clientes que não se manifestaram em relação aos serviços prestados pelos setores de atendimento sem internação, constatou-se que, a maioria, 90,7% (78), eram acompanhantes familiares e o restante não possuíam vínculo familiar. A faixa etária dos acompanhantes variava entre 30 e 34 anos. Quanto ao grau de escolaridade, possuíam, no máximo, ensino médio completo e a maioria era do sexo feminino.

Já com relação aos 14% dos clientes que se manifestaram, constatou-se que, a maioria, 85,7% (12), eram acompanhantes familiares e o restante não possuíam vínculo familiar. A faixa etária variava entre 40 e 44 anos, possuíam ensino médio completo e eram do sexo masculino. Os perfis dos clientes que se manifestaram ou não, estão apresentados na tabela 3:

**Tabela3 - Características dos clientes que não manifestaram e dos que manifestaram em dois hospitais de Minas Gerais - 2016**

Características	Cliente que não manifestam		Cliente que manifestaram	
	Nº	%	Nº	%
<b>Cliente Externo</b>				
Acomp. Fam.	78	90,7	12	85,7
Acomp.	8	9,3	2	14,3
<b>Sexo</b>				
Feminino	69	80,24	10	71,4
Masculino	17	19,76	4	28,6
<b>Idade</b>				
15-19	6	7,0	2	14,3
20-24	12	14,0	0	0,0
25-29	12	14,0	2	14,3
30-34	21	24,4	2	14,3
35-34	9	10,5	1	7,1
40-44	8	9,3	4	28,6
45-49	4	4,7	2	14,3
50-54	6	7,0	0	0,0
60-64	3	3,5	0	0,0
65-69	2	2,3	0	0,0
70-74	3	3,5	1	7,1
<b>Escolaridade</b>				
Ens. Fund. Incomp.	26	30,2	1	7,1
Ens. Fund. Comp.	7	8,1	3	21,4
Ens. Med. Incomp.	9	9,3	1	7,1
Ens. Med. Incomp.	33	38,4	6	42,9
Ens. Sup. Incomp.	2	2,3	2	4,3
Ens. Sup. Incomp.	9	9,3	1	7,1
Pós. Grad.	2	2,3	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Pôde-se notar que, a maioria dos clientes entrevistados não realizou nenhum tipo de manifestação em relação aos serviços prestados. Diante disso, foram cruzados somente os dados das pessoas que não se manifestaram, por obter resultados significantes, ou seja, obteve-se maior percentual em relação às variáveis relacionadas às pessoas que reclamaram. Sendo assim, foram cruzadas as variáveis, o conhecimento do direito de manifestar-se e o não conhecimento; o conhecimento do local que recebe as manifestações e o não conhecimento; com as seguintes variáveis: cliente externo (acompanhante familiar e acompanhante não familiar), idade, escolaridade e sexo.

Quanto ao direito de manifestar-se, a maioria que tinha esse conhecimento, 91,1% (61) eram acompanhantes familiares, 85,1% (57) eram mulheres, 28,4% (18) tinham idade entre 30 e 34 anos e 41,8% (28) possuíam ensino médio completo.

Quanto aos que não possuíam o conhecimento do direito de manifestar-se, seja para reclamar, elogiar, sugerir, ou denunciar, a maioria, ou seja, 89,5%, (17) eram acompanhantes familiares, 63,2% (12) eram mulheres, 26,3% (5) tinha idade entre 25 e 29 anos e 42,1% (8) possuíam o ensino fundamental incompleto.

No que tange ao conhecimento do local que recebe as manifestações, os clientes que souberam responder em qual local poderiam realizá-las, 94,2% (16) eram acompanhante familiares, 88,2% (15) eram mulheres, 14,5% (10) tinham idade entre 25 e 29 anos e 35,3% (6) possuíam ensino médio completo. Quanto aos clientes que não tinham o conhecimento do local, 89,9% (62) eram acompanhantes familiares, 78,3% (54) eram mulheres, 23,6% (16) tinham idade entre 30 e 34 anos e 39,1% (27) possuíam ensino médio completo, A tabela 4 apresenta, detalhadamente as características dos clientes:

**Tabela4 - Características dos clientes que não se manifestaram em dois hospitais de Minas Gerais - 2016.**

Características	O conhecimento que podem manifestar-se		O não conhecimento que podem manifestar-se		O conhecimento do Local que recebem a manifestação		O não conhecimento do local que recebem a manifestação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Cliente Externo</b>								
Acomp. Fam.	61	91,1	17	89,5	16	94,2	62	89,9
Acomp.	6	9,0	2	10,5	1	5,9	7	10,1
<b>Sexo</b>								
Feminino	57	85,1	12	63,2	15	88,2	54	78,3
Masculino	10	14,9	7	36,8	2	11,8	15	21,7
<b>Idade</b>								
15-19	2	3,0	4	21,1	1	5,9	5	7,2
20-24	9	13,4	3	15,8	1	5,9	11	15,9
25-29	7	10,4	5	26,3	10	14,5	2	11,8
30-34	19	28,4	2	10,5	5	29,4	16	23,2
35-39	7	10,4	2	10,5	2	11,8	7	10,1
40-44	8	11,9	0	0,0	1	5,9	7	10,1
45-49	4	6,0	0	0,0	2	11,8	2	2,9
50-54	4	6,0	2	10,5	1	5,9	5	7,2
60-64	3	4,5	0	0,0	1	5,9	2	2,9
65-69	2	3,0	0	0,0	1	5,9	1	1,4
70-74	2	3,0	1	5,3	0	0,0	3	4,3
<b>Escolaridade</b>								
Ens. Fund. Incomp.	18	26,8	8	42,1	3	17,3	23	33,3
Ens. Fund. Comp.	5	7,5	2	10,5	2	11,8	5	7,2
Ens. Med. Incomp.	6	9,0	2	10,5	1	5,9	7	10,1
Ens. Med. Comp.	28	41,8	5	26,3	6	35,3	27	39,1
Ens. Sup. Incomp.	1	1,5	1	5,3	1	5,9	1	1,4
Ens. Sup. Comp.	7	10,4	1	5,3	3	17,6	5	7,2
Pós. Grad.	2	3,0	0	0,0	1	5,9	1	1,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados dessa pesquisa permitiram analisar comparativamente os dados relacionados às características dos clientes que se manifestaram e as dos clientes que não se manifestaram. E também os perfis dos clientes que tinham conhecimento do direito de manifestar-se e daqueles que não possuíam esse conhecimento. Os clientes do sexo masculino foram os que mais se manifestaram e tinham idade entre 30 e 44 anos.

Quanto ao conhecimento e ao não conhecimento do local que recebe as manifestações, pôde-se observar que a maioria das mulheres conhecia esse local e essas tinham idades entre 25 e 34 anos.

Constatou-se também que a maioria dos acompanhantes eram familiares e esses eram do sexo feminino. A figura da mulher – mãe e cuidadora – aparece em muitos estudos que se referem aos cuidados da saúde. De acordo com Gutierrez e Minayo (2010), no contexto histórico da divisão sexual do trabalho, a mulher – mãe tinha como obrigação cuidar da família e dos afazeres domésticos, o que explica a predominância do acompanhante familiar ser do sexo feminino.

Quanto ao grau de escolaridade, esse pode ter influenciado em alguns casos. Por exemplo, a maioria das pessoas que não sabiam do direito de manifestar não possuíam ensino fundamental completo, enquanto aquelas que tinham esse conhecimento, na maioria dos casos, tinham ensino médio completo. Porém o grau de escolaridade não influenciou com relação ao conhecimento do local que recebe as manifestações, pois tanto aqueles que sabiam, como os que não sabiam, possuíam ensino médio completo.

Quanto à idade dos clientes da saúde, a maioria dos acompanhantes familiares tinha faixa etária entre 25 e 34 anos. Essas pessoas eram as que possuíam maior conhecimento dos seus direitos e conhecimento do local onde poderiam ser realizadas as manifestações.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa foi baseada no pressuposto de que a Ouvidoria Hospitalar é um canal de comunicação de grande potencial para a articulação do controle social na gestão, de Proporciona instrumentos para a avaliação e transformação institucional, visando elevar a qualidade no atendimento e o fortalecimento da humanização hospitalar, em função das necessidades sociais dos clientes dos serviços de saúde. Assim, verificou-se a necessidade de analisar a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar em dois hospitais mineiros, buscando entender seu papel na promoção da humanização dessas instituições.

Pôde-se constatar que a dinâmica de operação das Ouvidorias dos hospitais proporciona as análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas aos seus clientes. E o processo de avaliação encontra-se presente na práxis dos responsáveis pelas manifestações, nas quais foram diagnosticadas as inadequações e, posteriormente, essas eram readequadas.

Na percepção dos colaboradores a Ouvidoria é um serviço importante para os hospitais. É um instrumento indicador de qualidade e satisfação do cliente, no alcance da excelência dos serviços prestados. É também um canal para o acolhimento das reivindicações dos clientes. As manifestações oriundas da Ouvidoria contribuem no acolhimento, atendimento e processos dos serviços prestados aos clientes de ambos hospitais. No Hospital A contribuiu também para a questão comportamental, para o engrandecimento e valorização do trabalho dos colaboradores.

A partir dos serviços de Ouvidoria, as necessidades dos clientes, foram revertidas em ações humanizadoras. É comum em ambos hospitais ações voltadas para diminuir o tempo de espera do atendimento médico, da enfermagem e da recepção. E quanto às ações realizadas que se diferenciaram, no Hospital A foram voltadas para a climatização dos ambientes, o conforto na estadia do paciente, valorização dos colaboradores, alimentação, ambientação e estrutura do hospital. Já no Hospital B, as ações realizadas foram voltadas para a melhoria no acolhimento na maternidade e no tratamento ao cliente quando recepcionados, além da interligação dos serviços de saúde.

Deve-se ressaltar a relevância das Ouvidorias dos hospitais como interlocutoras entre o cliente e o Hospital, por tornar evidente a necessidade de mudanças que contribuíram para a melhoria no atendimento ao cliente e mudança na estratégia de atuação.

Porém, um fator destacado pelos colaboradores do Hospital B, foi a inadequação da operação dos serviços de Ouvidoria, relacionada à falta de comunicação e do encaminhamento das manifestações aos setores responsáveis e ao GTH para resolução e conhecimento, o que resultou em pontos negativos na importância dos seus serviços e na contribuição para a humanização do hospital.

Esse resultado leva a crer que a gestão dos hospitais, principalmente o Hospital B, precisa rever a forma como estão sendo conduzidos os serviços de Ouvidoria, visto que esta deveria ser o elo entre o cliente e os gestores. Se a Ouvidoria não realizar essa intermediação da satisfação dos clientes com os setores competentes, deixa de cumprir seu papel, impossibilitando aos responsáveis conhecer as necessidades e expectativas dos clientes para resolução das inconformidades e melhoramento dos seus serviços. Assim, esse processo se resumirá apenas na coleta de dados e informações sobre a situação analisada, sem, contudo, produzir soluções e aprimorar as práticas humanizadoras.

Portanto, compete aos administradores a habilidade de sanar essas deficiências e entender que estão dentro de um sistema complexo e não podem agir de forma

individualizada. Essas atitudes podem afetar processos que envolvem os clientes e, conseqüentemente, serem prejudicados também, comprometendo o desempenho da instituição. Só se alcança a excelência, quando há participação de todos os envolvidos no processo.

Assim, pôde-se verificar que a operação dos serviços de Ouvidoria influenciou na contribuição da qualidade e humanização dos hospitais, sendo que o Hospital A obteve resultados positivos quanto à importância da Ouvidoria, contribuindo com maior número de serviços e de ações humanizadoras em relação ao Hospital B. Isso pode estar associado ao processo de Acreditação Hospitalar e pela certificação da NBR ISO 9001:2008 do Hospital A uma vez que, para manter nessas qualificações, os hospitais precisam ter os serviços funcionando adequadamente, além de apresentar bons resultados.

No entanto, os administradores dos hospitais devem atentar para outros fatores que podem estar dificultando o trabalho da Ouvidoria nos hospitais para obter bons resultados e manter a qualificação, tais como, divulgar os serviços de Ouvidoria aos clientes, verificar se está funcionando de fato, analisar os meios de comunicação e a localização da Ouvidoria para acessá-la.

Os resultados desta pesquisa revelaram o conhecimento dos clientes sobre o direito de se manifestar, porém desconhecem o serviço de Ouvidoria nos hospitais, tanto os que fizeram manifestações quanto os que não fizeram, sendo que aqueles que se manifestaram recorreram à recepção. Além disso, percebeu-se que ainda se vive em uma cultura voltada para o propósito de destacar somente as falhas, não importando em elogiar ou reconhecer quando se recebe bom serviço ou atendimento, ou seja, a maioria dos clientes não se manifestou e não tinha a intenção de manifestar pelo bom atendimento, mas aqueles que tinham a intenção pensaram em reclamar dos serviços prestados nos hospitais.

Constatou-se também, que o acesso dos clientes à Ouvidoria dos hospitais pode estar sendo limitado, devido a sua localização e os meios de comunicação oferecidos aos clientes para acessá-la. O Hospital A, por ter seus serviços bem conduzidos e organizados e possuir qualificações, não está dando devida atenção à localização da Ouvidoria, em razão de estar localizada no 3º pavimento do hospital e situada em um setor que comporta no mesmo espaço de trabalho, três colaboradores que atuam em outras funções não relacionados à Ouvidoria. Já a Ouvidoria do Hospital B tem limitações por receber manifestações apenas presenciais e disponibilizar somente duas urnas nos setores de atendimento sem internação.

Nesse sentido, é necessário que os hospitais intensifiquem o incentivo aos colaboradores em divulgar e direcionar os clientes aos serviços de Ouvidoria, quando preciso. A própria Ouvidoria deve promover nos hospitais um momento de divulgação de seus serviços aos clientes. As pessoas precisam ser informadas quanto aos meios de participação na saúde, do direito de manifestar-se e saber que a sua participação é importante. Os clientes da saúde precisam ser esclarecidos sobre a importância de manifestar-se tanto em relação aos pontos negativos como aos pontos positivos, para que a gestão possa saber como estão sendo prestados os serviços. Através desse conhecimento poderão fazer algo que melhore a qualidade dos serviços, contribuindo para o reconhecimento, valorização e motivação do profissional nas instituições de saúde.

Para a Ouvidoria ser mais efetiva, os hospitais podem também diversificar os meios de comunicação para a participação dos clientes e acesso à Ouvidoria, de forma que possam escolher um dos meios que mais lhes deixam à vontade para se manifestar. A Ouvidoria precisa estar localizada em um local de fácil acesso e com espaço exclusivo, ou seja, onde não seja necessário adentrar o interior do hospital e não tenha outras pessoas trabalhando, para que o cliente possa se manifestar com sigilo e perceber que o hospital está preocupado em saber a sua opinião quanto aos serviços prestados, visando sua satisfação.

A limitação do acesso à Ouvidoria pode acarretar a desistência do cliente em querer se manifestar, pois muitos podem se sentir constrangidos ou não querer se identificar. Pode acarretar também o acúmulo de manifestações direcionadas aos mesmos setores relacionados à disponibilidade de urnas, por exemplo. Dessa forma, não proporciona a oportunidade a outros setores que não dispõem de urnas para o conhecimento das inconformidades e a satisfação dos clientes. A disponibilidade da urna no setor pode induzir o cliente a querer manifestar-se sobre o atendimento recebido naquele setor.

Daí, a importância de disponibilizar vários meios de comunicação e local exclusivo para a participação dos clientes, de forma que ele possa escolher o meio que o faz sentir-se mais à vontade para se manifestar. Caso contrário, a Ouvidoria sendo pouco conhecida e solicitada, torna-se distante de exercer seu papel como mecanismo de participação social, de qualidade e humanização.

As instituições que estejam preocupadas com a qualidade, humanização e o bem-estar dos clientes sempre terão em sua administração, mecanismos que os auxiliem. Portanto, é importante refletir acerca da importância de adotar métodos estratégicos como a Ouvidoria e a divulgação dos seus serviços, ao favorecer uma gestão articulada e compartilhada com os

envolvidos no processo de desenvolvimento da prestação dos serviços de saúde que pense e promova mudanças e ações singulares.

A Ouvidoria, quando ativa, tem muito a contribuir para as instituições de saúde, possibilitando demonstrar a visão do cliente em relação aos serviços prestados, de forma que os administradores possam ter conhecimento e analisar a satisfação, as necessidades, as expectativas de seus clientes e colaboradores, sanar inadequações e possibilitar o reconhecimento e a valorização do profissional.

Percebe-se que alguns dados poderiam ser mais aprofundados para que a compreensão do tema seja expandido. Porém, a pesquisa apresentou algumas limitações: a princípio pretendia-se investigar a natureza e a quantidade de manifestações recebidas nos dois últimos anos anteriores a coleta de dados, mas em ambos os hospitais, as manifestações não estavam arquivadas; a falta de documentos e informações dos colaboradores da administração e da Ouvidoria do Hospital B sobre o instrumento normativo de criação e regulamentação da Ouvidoria, impossibilitou maiores conhecimentos sobre ela; a dificuldade de muitos clientes dos hospitais expressarem sua opinião fazendo com que fornecessem respostas curtas, objetivas e vagas quando respondiam os questionários, por receio de serem prejudicados no atendimento; a existências de prazos determinados pelo programa de pós-graduação para a conclusão do mestrado, limitou o aprofundamento do estudo.

Diante dos resultados desta pesquisa, salienta-se que não se pretende generalizar as condições das Ouvidorias no campo de saúde, visto que este estudo investigou apenas dois hospitais. Contudo, acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para os profissionais da área da saúde e novas produções científicas, na ampliação das discussões sobre a condução do serviço de Ouvidoria hospitalar, reforçando sua importância na área da saúde, além de trazer melhorias na qualidade e humanização e no conhecimento dos clientes sobre o serviço de Ouvidoria.

As investigações acerca dos serviços de Ouvidoria e a sua contribuição na humanização não se esgotam aqui, considerando que foi constatada a escassez de estudos científicos diretamente correlatos à contribuição da Ouvidoria na humanização dos serviços hospitalares. Assim sugerem-se estudos que foquem, especificamente, na diferença e semelhança e na condução dos serviços de Ouvidoria em hospitais públicos e privados para o processo da humanização; também é importante estudar o perfil, a formação, o grau de autonomia e atuação do ouvidor para o processo da humanização hospitalar.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALVES JUNIOR, M. N. **Garantindo a Efetividade das Ouvidorias**. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://www.omd.com.br/download/artigo1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ANTUNES, L. R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Revista Saúde Coletiva**, v. 5, n. 26, p. 238-41, 2008.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.
- BAPTISTA, T. W. F. O direito á saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 240p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.
- BASTOS, M. A. A. **Ouvidoria pública no Paraná**. Curitiba: 2006. 77p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública), UniBrasil. 2006.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1.9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005a.
- BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência da Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.561-571, jul./set. 2005b.
- BEUTER, M; BRONDANI, C. M; SZARESKI, C. ; LANA, L. D.; ALVIM, N. A. T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n.1, p.28-33, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina\\_nac\\_humanizaSus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BRASIL. **Política nacional de humanização**. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.
- BRASIL. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS**. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2009.
- BRASIL. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 20 de jan. de 2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.cep.ufv.br/wp-content/uploads/Resolucao-CNS-4661.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. **Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_implantacao\\_ouvidorias\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_implantacao_ouvidorias_sus.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica do Pós-Graduando em Sociologia Política da UFSC**, v. 12, n. 1, p.68-80, jan./jul. 2005

BURBRIDGE, A.; BURBRIDGE, M. **Gestão de conflitos - Desafio do mundo corporativo**. São Paulo: Saraiva, 2012.

CARDOSO A. S. R. Ouvidoria x mediação: reflexões sobre um conflito. **Revista Cliente S.A.**, jul., 2006.

CARDOSO, A. S. R. Ouvidorias Públicas como Instrumento de Mudança. In: CARDOSO, A. S. R.; LYRA, R. L, (Orgs). **Novas modalidades de ouvidorias pública no Brasil**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p 75-92.

CARDOSO. A. S. R. Ouvidoria Pública e Democrática. In: CARDOSO, A. S. R., LYRA, R. P. (Org). **Modalidades de ouvidorias pública no Brasil: terceira coletânea**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2012. p 83-100.

CASTELLI, G. **Administração hoteleira**. 9. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

CARVALHO, D. B.; SANTANA, J. M.; SANTANA, V. M. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 129, n. 1, p. 172-183, 2009.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K.C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CELLARD, A. A. Análise documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R. ; PIRES, A. P. **A pesquisa qualidade: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociações. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.5, p.54-65.

COHN, A. A participação social e os conselhos de políticas públicas: avanços e dilemas na institucionalização da relação estado-sociedade no Brasil. In: CARDOSO JUNIOR, J. C.;

BERCOVICI, G. (Orgs.) **República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2013. Cap.14, p. 447- 464.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, 2000. P. 43-55.

COSTA, M. B. S.; SALAZAR, P. E. L. Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 1.16, n.4, p. 465-71, out./dez.2008.

COTTA, R. M. M.; CAMPOS, A. A. O.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; MACHADO, J.C.; SILVA, L. S.; SIQUEIRA, R. L.; LEÃO, R.T; REIS, R.S. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradgmas**. Viçosa-MG: UFV, 2013. 288p.

CUNHA, E. P; CUNHA, E. S. M. Políticas Públicas Sociais. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M.; UDE, W. (Orgs.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003. Cap.1, p.11-25.

DESLANDES, S. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos de identidade. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, v. 19, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. Historias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963 do Império ao desenvolvimento. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. P. 279-321.

FALCAO, R. A. B. **Subsídios da ouvidoria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará para a gestão do complexo hospitalar**. Fortaleza: 2010. 139p. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão de Educação Superior), Universidade Federal do Ceará. 2010.

FERNANDES, F. M. V.; SILVA I. B. A. Ouvidoria como instrumento de mediação entre a universidade pública e a comunidade usuária. In: PINTO, C. A. B; FREIRE, F. S.(Orgs). **Gestão universitária: integrando aprendizagem e conhecimento na UFC**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2006. P. 49-76.

FIGUEIREDO, M. A.; SANTOS, I. Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, M. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2005. P.3-20.

FORNARI, M. F. **Estudo sobre comunicação, participação popular e humanização na ouvidoria geral de Nova Iguaçu – HGNI: uma análise sob a perspectiva do “mapa do mercado simbólico”**. Rio de Janeiro: 2011.32p. Monografia (Especialização em Comunicação em Saúde), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2011.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 1. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

GABRA, S. M. M.; ROSSI, D. B. **Ouvidoria pública no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: 2007. 118p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação e Administração Pública - CIPAD), Fundação Getúlio Vargas.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008

GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1.15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GUEDES, D. G. M.; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde em debate**, v. 25, n. 59, p. 40-9, 2001.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 1497-1508, 2010.

INCHAUSPE, J. A. F. **Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: 2013. 90p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=317130>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Buscas**. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/index.php/pesquisar?q=ouvidoria>>. Acesso em: 12 out. 2016.

KURZ, C. M. M.; ALMEIDA, M. J. A.; CORRÊA, R. G. C. F.; SILVA, S. M. L; COUTINHO, N. P. S. Ouvidoria hospitalar: manifestação de usuários de um Hospital Universitário. In: CALDAS, A. J. M. (Orgs). **Revista do Hospital Universitário / UFMA**, São Luís, v. 19, n. 1, 2008.

LAUTERT, L.; ECHER, I. C.; UNICOVSKY, M. A. R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, vol. 19, n. 2 , p. 118-131, 1998.

LYRA, R. P. (Org.). **A Ouvidoria na Esfera Pública Brasileira**. João Pessoa: Universitária/UFPB; Curitiba, 2000. 316p.

MANFREDINI, C. A. A comunicação como ferramenta estratégica de trabalho nas empresas. **Comunicação & Inovação**, v. 8, n. 14, p.23-34, jan./jun. 2007.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 277p.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–Universidade de Santa Catarina**, 2012.

MELLO, I. M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2016.

MINAYO, M. C. S. Introdução: Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO M. C. S, ASSIS E. R., SOUZA E. R. S. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 19-51.

MINAYO, C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, C. S.(Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010. Cap. 1, p.9-29.

MOIMAZ, S. A. S., MARQUES, J. A. M., SALIBA, O., GARBIN, C. A. S., ZINA. L. G., SALIBA, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, p. 1419-1440, 2010.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v, 113, supl. I, São Paulo: Fundação UNI/UNESP, 2009.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

MOTTA A. L. C. **Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento**. São Paulo: Iátria; 2003.

MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010.

NASSAR, M. R. F. Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico – paciente. INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, XXVI. **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – BH/MG**, 2003. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14325788-Principios-de-comunicacao-excelente-para-o-bom-relacionamento-medico-paciente-maria-rosana-ferrari-nassar-puccampinas.html>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.1100p.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, v. 1.14, n.2, p.277-84, 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 148p.

PAIM, C. R.; CICONELLI R. M. Auditoria para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. **RAS.**, v.9, n.36, p 85-92, 2007.

PAIVA, S. M. A; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.5, p. 95-101, 2007.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v.1, n. 1, p. 92-100, 2008.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, v. 1. 13, n. 1, p. 701-8, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1.16 n.11, p.4541-4548, 2011.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 785-794, 2013.

PEREIRA, L. H. **Ouvidoria Hospitalar**: disciplinamento e envolvimento como estratégias rumo à democratização. Porto Alegre: 2000. 320p. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 1.1, n.1, p. 82-120, jan./jun. 2002.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BROSCHE, I. SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T.; BERING, E. (Orgs.). **Política Social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap.4, p.87-108.

PEREIRA, E. S. P. **O Papel da ouvidoria em hospital público**: Um estudo a partir das manifestações dos usuários do Hospital "Ophir Loyola". Belém: 2011. 161p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) Universidade Federal do Pará. 2011.

PERES, G. M.; LOPES, A. M. P. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 1.10, n. 1, p. 17-41, jan. 2012.

PESSINI, L. P. L.; ZAHER, V.L; SILVA, M. J. P. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**, v. 1. 27, n. 2, p.202-205, abr. jun. 2003.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 548-51, 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RENCK, B. Princípios Constitucionais, Normas e Procedimentos Relacionados à atividade da Ouvidoria: O caso das Ouvidorias Judiciárias. In: LYRA, R. P. ( Org.). **A Ouvidoria Pública no Brasil: Modelos em Disputa**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2014.p 211-235.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009. 179p. Disponível em: <[http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS\\_DA\\_HUMANIZACAO\\_NA\\_SAUDE.pdf](http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2016.

ROMÃO, J. E. A Ouvidoria geral da união e papel das ouvidorias públicas na efetivação do controle social. In: CARDOSO, A. S. R., LYRA, R. P.(Org.). **Modalidades de ouvidorias públicas no Brasil: terceira coletânea**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2012.p 129-139.

ROSSI, C. A. V.; SLONGO, L. A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 101-125, jan./abr. 1998.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília : CAPES, 2009. 130p. Disponível em: <[http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=%2F175%2Farquivos%2FMaterial\\_de\\_estudo%2FPolíticas\\_Publicas.pdf](http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=%2F175%2Farquivos%2FMaterial_de_estudo%2FPolíticas_Publicas.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2015.

SANTOS, W. R. **Ouvidoria, novas relações de consumo e o aperfeiçoamento da cidadania no Brasil: a experiência da Caixa Econômica Federal**. Rio de Janeiro: 2006.135p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Bens Culturais e Projetos Sociais). Fundação Getúlio Vargas. 2006.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1.12, n. 4, p. 999-1010, jul./ago. 2007.

SAMPIERI, R. H. S.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. 583p.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010. 132p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG**. Belo-Horizonte, 2007. 121p.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 1.10, n. 2, 2002.

SILVA, M. G. B. **Ouvidoria**: espaço de participação na gestão institucional do SAMU Maceió. Maceió: 2008. 45p. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho em Saúde), Universidade Federal de Alagoas. 2008.

SILVA, J. P. V; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P.43-74.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 134-141, 2014.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1.19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, R. C. R. **A ouvidoria como instrumento de avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: 2010.113p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

SOUZA, R. C; BATISTA, F. E. B. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: VII CONNEPI: Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação, 2012, Palmas- Tocantins. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>> Acesso em: 18 out. 2016.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

VÁZQUEZ, M. L.; DA SILVA, M. R. F.; CAMPOS, E. S. ARRUDA, K. G.; VERAS, I. L.; PEREIRA, A. P. C. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.

VÁZQUEZ, M.L; DA SILVA, M. R. F.; GONZALEZ, E. S. C.; DINIZ, A. S.; PEREIRA, A. P. C.; VERAS, I. C. L.; ARRUDA, I. Nível de informação da população e dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do nordeste do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1.10, set./dez. 2005.

VIEIRA, M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P. 99-116.

VILANOVA, F. A Ouvidoria no Ceará. In: SÁ, A; VILANOVA, F.; MACIEL, R. (Orgs.). **Ombudsmen-Ouvidores**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha. 2004, p.163-186.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NOS HOSPITAIS

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_, localizado na cidade de \_\_\_\_\_ - Minas Gerais, autorizo a realização da pesquisa intitulada “A CONTRIBUIÇÃO DA OUVIDORIA PARA O FORTALECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DA ZONA DA MATA MINEIRA” no Hospital e no setor da Ouvidoria Hospitalar, a ser conduzida pela pesquisadora Virgínia Mercêdes D’lazari de Souza, sob orientação da Professora Tereza Angélica Bartolomeu, do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa - UFV.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura e Carimbo

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “AVALIAÇÃO DA OUVIDORIA NA PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO”. Nesta pesquisa, pretendemos analisar a dinâmica da Ouvidoria Hospitalar, buscando entender seu papel na humanização das instituições. O motivo que nos leva a estudar este assunto é compreender se as ações realizadas pela Ouvidoria Hospitalar mediante as manifestações dos clientes e familiares e/ou acompanhantes promovem a humanização hospitalar. Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: a entrevista, por meio de conversa com a pesquisadora, terá a duração de 60 minutos, aproximadamente, sendo esta gravada com o seu consentimento ou não. Caso não seja autorizada a gravação, as informações serão anotadas pela pesquisadora e lidas para o (a) Sr. (a) verificar a veracidade das anotações. Os riscos envolvidos consistem em risco psicológico durante a entrevista, no qual poderá sentir-se constrangido (a) frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas as perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento relacionado ao estudo. A pesquisa contribuirá na disposição de dados para futuros estudos sobre o tema e, também, poderá fornecer subsídios à Administração Geral do Hospital na sua gestão junto aos colaboradores e clientes, pois cremos que o serviço de ouvidoria é um excelente canal para analisar e sinalizar as ações que visam minimizar os problemas hospitalares, bem como a promoção da humanização do hospital.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, terá assegurado o direito a indenização. Será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será fornecida ao (a) Sr. (a) e a outra arquivada no banco de dados da pesquisadora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de acordo com a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “AVALIAÇÃO DA OUVIDORIA NA PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-UFV**

Campus Universitário da UFV

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

CEP: 36570-000

Fone: (31) 3899-2492 / E-mail: [cep@ufv.br](mailto:cep@ufv.br)

**Equipe responsável pela pesquisa:**

Tereza Angélica Bartolomeu (orientadora)

Departamento de Economia Doméstica

Fone: (31) 3899- 1642

email: [angelica@ufv.br](mailto:angelica@ufv.br)

Virgínia Mercêdes D'lazari de Souza (pesquisadora)

Fone: (31) 983066804

e-mail: [virginia.souza@ufv.br](mailto:virginia.souza@ufv.br)

## APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM AS OUVIDORAS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora do início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

### Dados de Identificação:

Nome:\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Profissão:\_\_\_\_\_

1. Quando foi implantado o serviço de Ouvidoria no Hospital?
2. Por que o Hospital implantou o serviço de Ouvidoria?
3. Qual é o objetivo da Ouvidoria?
4. Por que o serviço de Ouvidoria é realizado pelo setor de Planejamento e Qualidade?
5. Por quais canais de comunicação os clientes têm acesso à Ouvidoria?  
( ) Telefone ( ) E-mail ( ) Presencial  
( ) Urnas. Onde estão disponíveis?\_\_\_\_\_
- ( ) Formulário. Quais os campos que compõe este formulário e onde estão disponíveis?  
( ) Todos os canais acima
6. Qual canal de comunicação é mais utilizado?
7. É necessário a identificação do cliente quando procuram a Ouvidoria para fazer uma manifestação?  
( ) Sim. Qual e por que?  
( ) Não. Por que?
8. Onde são registradas as informações das manifestações dos Clientes?  
( ) Computador ( ) Fichas ( ) Formulários ( ) Outro. Especifique:\_\_\_\_\_ 9.
- Por quanto tempo ficam arquivados os documentos referentes a manifestações?
10. Quem é o público que mais recorre à ouvidoria para fazer as manifestações?
11. Que tipo de manifestação do cliente é mais recorrente na Ouvidoria?
12. Como são classificadas as manifestações dos clientes?
13. Qual é o setor que recebe o maior volume de manifestação? Qual é o tipo de manifestação?
14. Como são analisadas as manifestações dos clientes do Hospital?

15. É averiguada a veracidade do fato quando a manifestação se trata de reclamação?  
( ) Sim. Como é averiguada a veracidade da reclamação?  
( ) Não. Por que?
16. O setor que recebeu a reclamação do cliente é comunicada a quem? Como é?
17. Como é a comunicação da Ouvidoria com setores advindos das manifestações do cliente, pessoalmente ou em reuniões com outros setores?
18. Após quanto tempo da respectiva manifestação do cliente é feita a comunicação ai setor?
19. A análise e a solução da manifestação do cliente pelo setor é analisada e avaliada pela por alguém antes de ser dada a resposta ao cliente ?  
( ) Sim. Quem analisa e avalia?  
( ) Não. Por que?
20. A ouvidoria ajuda a solucionar a manifestação do cliente quando cabe a ela?
21. Depois de solucionada a manifestação, é dado um retorno ao cliente manifestante?  
( ) Sim ( ) Não
22. Como é dada a resposta da solução da manifestação?  
( ) Por telefone ( ) Por escrito ( ) Reunião ( ) Outra forma
23. Quem faz o contato com o manifestante?  
( ) Ouvidor ( ) O responsável pelo setor relacionado a manifestação  
( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
24. As manifestações são classificadas de alguma forma, para serem analisadas e solucionadas?  
( ) Sim. Como? É comunicado sobre essas classificações e o tempo previsto para receber o retorno?  
( ) Não. Por que?
25. Se a resposta não for satisfatória para o cliente é encaminhada para o setor que recebeu a manifestação para nova análise?
26. É emitido relatório dos serviços realizados na ouvidoria para superintendente executiva?  
( ) Sim. Com que frequência?  
( ) Não. Por que?
27. Há reuniões periódicas da ouvidoria com a superintendente executiva, juntamente com os setores que receberam as manifestações?  
( ) Sim. O que é abordado na reunião?  
( ) Não . Por que?

28. É divulgado o Serviço de Ouvidoria ao cliente?
- ( ) Sim. De que forma é a divulgação?
- ( ) Não. Por que?
29. Houve algum investimento em cursos para aprimoramento do serviço de Ouvidoria?
- ( ) Sim. Qual?
- ( ) Não. Por que?
30. Você considera importante o serviço de Ouvidoria para o Hospital? Por que?
31. Na sua percepção as manifestações dos clientes feitas na Ouvidoria auxiliam no direcionamento das ações visando a humanização hospitalar?
32. Houve algum investimento em cursos para qualidade e humanização no atendimento ao cliente?
33. É emitido algum relatório sobre as manifestações do cliente na Ouvidoria?
- ( ) Sim. Ele é encaminhado para a comissão de humanização?
- ( ) Não
34. Há reunião da ouvidoria com setores, com a superintendente executiva e a comissão de humanização para juntos resolverem as manifestações para o direcionamento das ações visando a humanização hospitalar?

## APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS GERENTES, COORDENADORES, SUPERVISORES DOS SETORES

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora do início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

### Dados de Identificação:

Setor:\_\_\_\_\_ ( ) Gerente ( ) Coordenador ( ) Supervisor

Nome:\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Idade:\_\_\_\_\_anos

Profissão:\_\_\_\_\_

1. Que tipo de manifestação do cliente proveniente da Ouvidoria é mais recorrente nesse setor?
2. Como são analisadas as manifestações dos clientes oriundas da Ouvidoria?
3. É averiguada a veracidade do fato quando a manifestação se trata de reclamação?  
( ) Sim. De que forma é averiguada?  
( ) Não. Por que?
4. Quais os procedimentos adotados para a resolução quando se trata de reclamação a manifestação do cliente?
5. Os colaboradores dos setores participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolva decisões para solução da manifestação oriundas da Ouvidoria?
6. A comissão de humanização do hospital ajuda a solucionar os problemas de forma humanizada as reclamações dos clientes?  
( ) Sim. De que forma?  
( ) Não.
7. Depois da análise e a solução da manifestação do cliente pelo setor, a solução é analisada e avaliada pela superintendente executiva?  
( ) Sim. Quem analisa e avalia? \_\_\_\_\_Todas as manifestações são analisadas e avaliadas?\_\_\_\_\_  
( ) Não. Por que?
8. É emitido relatório sobre as manifestações do cliente e as soluções das reclamações oriundas da Ouvidoria para superintendente executiva?

( ) Sim. Com que frequência?

( ) Não. Por que?

9. Há reunião com a superintendente executiva, juntamente com o Setor envolvido na manifestação e a Ouvidoria ?

( ) Sim. O que é abordado na reunião?

( ) Não . Por que?

10. Você considera importante o serviço de Ouvidoria no Hospital? Por que?

11. As manifestações dos clientes provenientes da Ouvidoria têm ajudado a melhorar a qualidade dos serviços e atendimento do setor? De que forma?

12. Você considera que as manifestações dos clientes provenientes da Ouvidoria têm auxiliado na orientação das ações visando à humanização para o cliente interno e para o familiar e/ou acompanhante?

( ) Sim

( ) Não. Por que?

13. De que forma as manifestações dos clientes tem contribuído para o acolhimento humanizado do cliente interno?

( ) Atendimento. Qual atendimento e como contribuiu?

( ) Serviços. Qual serviço e como contribuiu?

( ) Ambiência. Que tipo de Ambiência e como contribuiu?

14. Houve algum investimento em cursos para aprimoramento das práticas humanizadas, diante da percepção da necessidade pelas as manifestações dos clientes?

15. Já foi criada alguma ação humanizada como serviço, programa, projeto, estrutura, curso requisitado pelas manifestações dos clientes oriundas da ouvidoria neste setor ou que perceberam a necessidade diante as manifestações dos clientes?

## **APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A SUPERINTENDENTE EXECUTIVA/ GERENTE GERAL**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora do início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

### **Dados de Identificação:**

Setor:\_\_\_\_\_ ( ) Superintendente Executiva ( ) Gerente Geral

Nome:\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Idade:\_\_\_\_\_ anos

Profissão:\_\_\_\_\_

1. A superintendente executiva recebe relatórios sobre as manifestações do cliente oriunda da Ouvidoria e as soluções das reclamações pelos setores?

( ) Sim.

( ) Não. Por que?

2. Qual é a frequência? E como a superintendente executiva analisa a solução dada às manifestações dos clientes pelos setores?

5. Quais os procedimentos adotados para a resolução da reclamação?

6. A comissão de humanização do hospital ajuda a solucionar os problemas de forma humanizada as reclamações dos clientes oriundas da Ouvidoria?

( ) Sim. De que forma?

( ) Não

7. Os colaboradores, gerentes dos setores e ouvidora participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolva decisões para solução das manifestações oriundas da Ouvidoria?

8. Você considera importante o serviço de Ouvidoria no Hospital? Por que?

9. As manifestações dos clientes provenientes da Ouvidoria têm ajudado a direcionar as ações dos serviços e atendimento do hospital visando a melhoria da sua qualidade? De que forma?

10. As manifestações dos clientes provenientes da Ouvidoria têm contribuído com a gestão para o fortalecimento da humanização do hospital?

11. As manifestações dos clientes oriundas da Ouvidoria têm auxiliado na orientação das ações visando à humanização tanto para o cliente interno e quanto para o familiar e/ou acompanhante?

( ) Sim

( ) Não. Por que?

12. De que forma as manifestações dos clientes contribuem para o acolhimento humanizado do cliente interno?

13. De que forma as manifestações dos clientes contribuem para o acolhimento humanizado do familiar e/ou acompanhante?

14. Os colaboradores do hospital participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolva a humanização nos serviços prestados, diante das reclamações oriundas da ouvidoria?

15. Houve algum investimento em cursos para aprimoramento das práticas humanizadas, diante da percepção da necessidade pelas as manifestações dos clientes?

16. Já foi criada alguma ação humanizada, como serviço, programa, projeto, estrutura, requisitado pelas manifestações dos clientes oriundas da ouvidoria no hospital ou que perceberam a necessidade diante as manifestações dos clientes?

## APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O COORDERNADOR DA COMISSÃO DA HUMANIZAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora do início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

### Dados de Identificação:

Setor:\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Idade:\_\_\_\_\_

Profissão:\_\_\_\_\_

1. A Comissão de humanização recebe relatórios sobre as manifestações do cliente oriunda da Ouvidoria?

( ) Sim

( ) Não

2. O que é feito pela comissão de humanização com as manifestações provenientes da Ouvidoria?

3. Você considera importante o serviço de Ouvidoria no Hospital? Por que?

4. As manifestações dos clientes provenientes da Ouvidoria têm auxiliado na orientação das ações visando à humanização do hospital?

5. As manifestações dos clientes oriundas da Ouvidoria contribuíram para o fortalecimento da humanização tanto para o cliente interno e quanto para o familiar acompanhante?

( ) Sim.

( ) Não. Por que?

6. De que forma as manifestações dos clientes contribuíram para o acolhimento humanizado do cliente interno?

7. A comissão de humanização participa de reuniões ou outras formas de discussão que envolva a humanização nos serviços prestados, diante das reclamações oriundas da ouvidoria?

8. Houve algum investimento em cursos para aprimoramento das práticas humanizadas, diante da percepção da necessidade pelas as manifestações dos clientes?

9. Já foi criado algum serviço, programa, projeto, estrutura humanizado, requisitado pelas manifestações dos clientes oriundas da Ouvidoria ou que perceberam a necessidade diante as manifestações dos clientes?

**APÊNDICE G- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS CLIENTES DA SAÚDE**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do início:\_\_\_\_\_ Término:\_\_\_\_\_

**Dados de Identificação:**

**Hospital: Arnaldo Gavazza Setor:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado nº** \_\_\_\_: ( ) acompanhante familiar ( ) acompanhante

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) feminino ( ) masculino

**Faixa etária:**

A- ( ) 10 - 14 anos B-( ) 15 - 19 anos C-( ) 20 - 24 anos D- ( ) 25 - 29 anos

E- ( ) 30 -34 anos F-( )35 - 39 anos G-( ) 40 - 44 anos H- ( ) 45 - 49 anos

I- ( ) 50 - 54 anos J-( ) 55 - 59 anos L- ( ) 60 - 64 anos M- ( ) 65 - 69 anos

N- ( ) 70 - 74 anos O- ( ) 75 - 79 anos P- ( ) 80 - 84 Q- ( ) 85 - 89 anos

R- ( ) acima de 90

**Escolaridade:** A- ( ) Não frequentou Escola B- ( ) Ensino Fundamental incompleto

C- ( ) Ensino fundamental completo D- ( ) Ensino médio incompleto E- ( ) Ensino Médio completo F- ( ) Ensino superior incompleto G- ( ) Ensino superior completo H-( ) Pós Graduação

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Cidade que Reside:** \_\_\_\_\_( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana

1.O (a) Sr.(a) já fez alguma reclamação, elogio, sugestão ou denúncia com relação a forma como a pessoa que o (a) Sr.(a) está acompanhando está sendo ou foi atendido (a) aqui no hospital ?	
( ) Sim	( ) Não
2. Qual ?	2. O (a) Sr. (a) sabe que pode reclamar, elogiar, sugerir ou denunciar?
( ) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio	( ) Não
( ) Informação	( ) Sim. Por que nunca registrou nenhuma reclamação, elogio, sugestão ou denúncia?
( ) Outro. Especifique: _____	_____
_____	_____

<p>3. O (a) Sr. (a) gostaria de falar a respeito do que manifestou (de acordo com a resposta da questão 2)? <b>(em função do que ele responder, fazer outras perguntas)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>(* <b>Somente responder as questões 3 caso a resposta da questão 2 for sim</b>)</p> <p>3. Como o Sr.(a) soube que poderia fazer uma manifestação (reclamação, elogio, sugestão ou denúncia)?</p> <p>( ) Funcionário ( ) Conhecido ( ) Cartazes  ( ) Site do Hospital  ( ) Outro.Especifique: _____</p> <p>_____</p>
<p>4. Como o Sr. (a) fez a manifestação (de acordo com a resposta da questão 2)?</p> <p>( ) Telefone ( ) E-mail ( ) Presencial  ( ) Urnas ( ) Formulário</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Por que o (a) Sr.(a) fez a manifestação (de acordo com a resposta da questão 2)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>4.O (a) Sr. (a) pensa ou já pensou em fazer alguma reclamação, elogio, sugestão ou denúncia ?</p> <p>( ) Sim. Qual? ( ) reclamação ( )elogio  ( ) sugestão ( ) denúncia  ( ) Não</p>
<p>6. Como o Sr.(a) soube que poderia fazer uma manifestação (reclamação, elogio, sugestão ou denuncia)?</p> <p>( ) Funcionário ( ) Conhecido ( ) Cartazes  ( ) Site do Hospital ( ) Outro.Especifique:</p> <p>_____</p>	<p>5. O Sr.(a) sabe em qual lugar do hospital pode fazer a reclamação, elogio, sugestão ou denúncia?</p> <p>( )Não  ( )Sim.Qual? _____</p> <p>_____</p>
<p>7. O Sr.(a) acha importante participar, reclamando, criticando, elogiando ou dando sugestões?</p> <p>( ) Não  ( ) Sim. Por que é importante fazer isso?</p> <p>_____</p>	<p>6. O Sr. Conhece alguém que fez alguma reclamação, elogio, sugestão ou denúncia?</p> <p>( ) Não  ( ) Sim. O (a) Sr. (a) gostaria de falar a respeito?</p> <p>_____</p>

**APÊNDICE H- QUADRO - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DOS HOSPITAIS ENTREVISTADO**

COLABORADORES		Hospital A			Hospital B		
Cargo		Setor	Formação	Sexo	Setor	Formação	Sexo
Ouvidor	O1	Ouvidoria	Administradora	Fem.	Ouvidoria	Comunicação Social	Fem.
	O2	-	-	-	Ouvidoria	Psicóloga	Fem.
Gerente	G1	Planejamento e Qualidade	Administrador Hospitalar da qualidade	Masc.	Enfermagem	Enfermeira	Fem.
	G2	Faturamento e Recepção	Contadora	Fem.	-	-	-
	G3	Hotelaria	Nutricionista	Fem.	-	-	-
	G4	SADT	Administradora	Fem.	-	-	-
	G5	Enfermagem	Enfermeira	Fem.	-	-	-
Coordenador	C1	Unidade de Internação	Enfermeira	Fem.	Atendimento e Recepção	Administradora	Fem.
	C2	Pronto Socorro	Enfermeira	Fem.	Pronto Socorro	Enfermeira	Fem.
	C3	CTI	Enfermeiro	Masc.	Pronto Socorro	Enfermeiro	Masc.
	C4	Centro de Otorrino	Ensino Médio	Fem.	-	-	-
	C5	Pastoral da Saúde/Comissão de humanização	Ensino Médio	Fem.	Grupo de Humanização	Psicóloga	Fem.
Supervisor	S1	Superintendência Executiva	Administradora	Fem.	-	-	-
Superintendente Executiva	SE1	Recepção	Estudante de Administração	Fem.	-	-	-
Diretora Administrativa	DA1	-	-	-	Corregedoria	Administradora	Fem.

Fonte: Ouvidoria do Hospital B, elaborado pela autora, 2016.

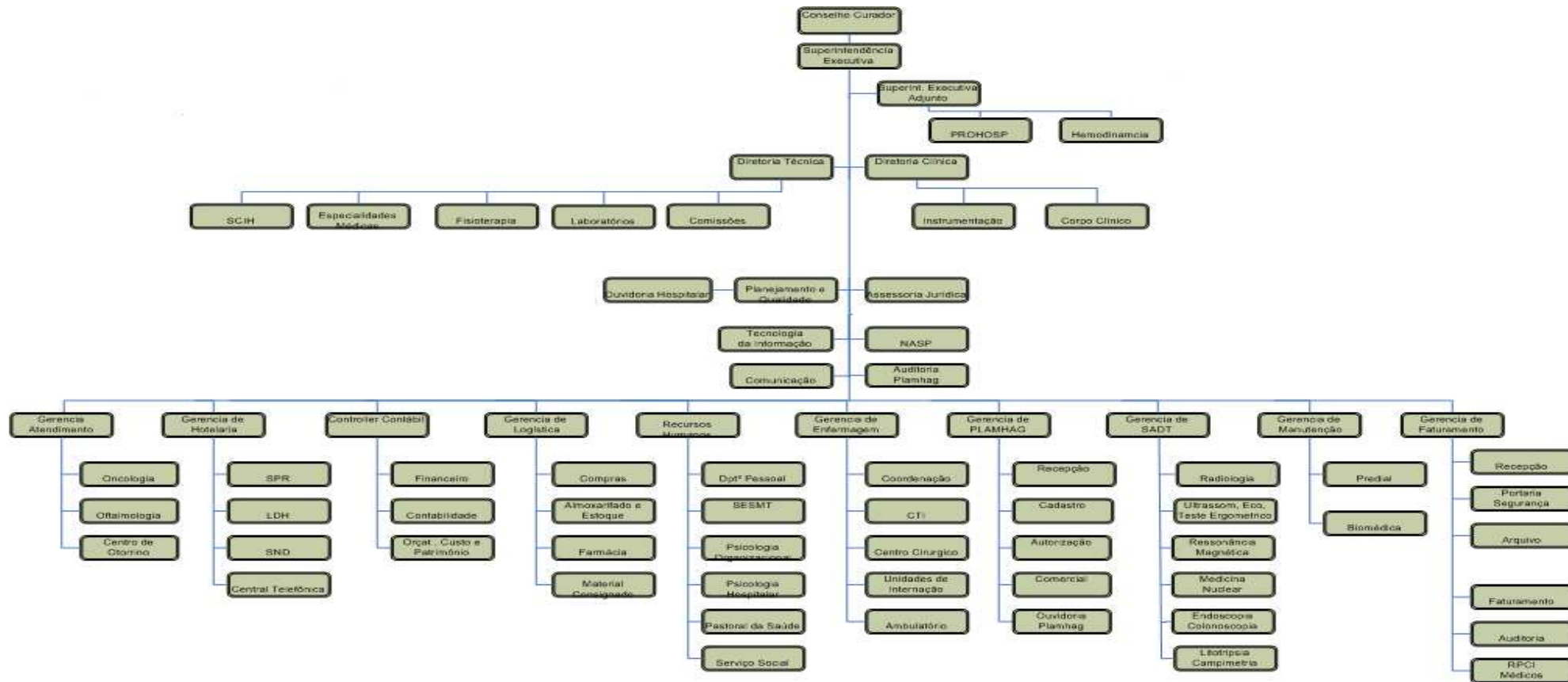
**APÊNDICE I - TABELA- CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES DA SAÚDE ENTREVISTADOS.**

	Nº	%
<b>Cliente Externo</b>		
Acompanhante Familiar	90	90
Acompanhante	10	10
<b>Sexo</b>		
Feminino	79	79
Masculino	21	21
<b>Idade</b>		
15-19	8	8
20-24	12	12
25-29	14	14
30-34	23	23
35-39	10	10
40-44	12	12
45-49	6	6
50-54	6	6
60-64	3	3
65-69	2	2
70-74	4	4
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Fund. Incomp.	27	27
Ens. Fund. Comp.	10	10
Ens. Med. Incomp.	9	9
Ens. Med. Comp.	39	39
Ens. Sup. Incomp.	4	4
Ens. Sup. Comp.	9	9
Pós. Grad.	2	2
<b>Cidade</b>		
Cidade em que reside		
Cidade sede dos hospitais	51	51
Cidades da microrregião dos hospitais	49	49
<b>Localidade</b>		
Zona Urbana	83	83
Zona Rural	17	17

Fonte: Ouvidoria do Hospital B, elaborado pela autora, 2016.

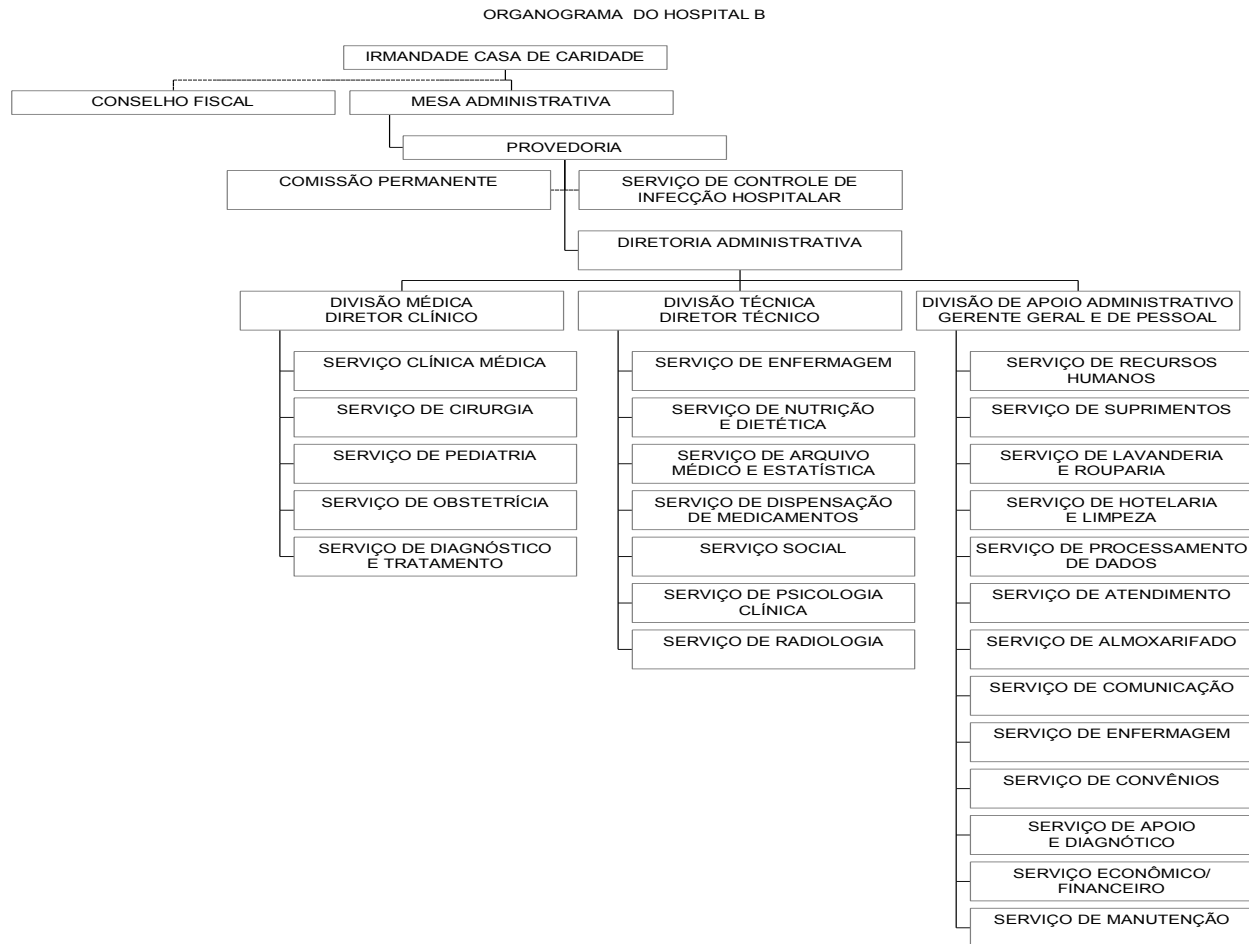
## **ANEXOS**

# ANEXO A – ORGANONAGRAMA DO HOSPITAL A



Fonte: Hospital A, 2016.

## ANEXO B – ORGANONAGRAMA DO HOSPITAL B



Fonte: Hospital B, 2016.