Universidade Federal do Pará
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento em Sustentável do Trópico Úmido

ELIZABETH DO SOCORRO PANTOJA PEREIRA

O PAPEL DA OUVIDORIA EM HOSPITAL PÚBLICO:
UM ESTUDO A PARTIR DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL "OPHIR LOYOLA"

Belém

2011

ELIZABETH DO SOCORRO PANTOJA PEREIRA

O PAPEL DA OUVIDORIA EM HOSPITAL PÚBLICO:
UM ESTUDO A PARTIR DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL "OPHIR LOYOLA"

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido da Universidade Federal do Pará, como requisito básico para obtenção do título de Mestre.
Orientador: Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Co-Orientador: Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho

Belém

2011

Dados Internacionais de Catalogação de publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

.
Pereira, Elizabeth do Socorro Pantoja
O papel da ouvidoria em hospital público: um estudo a partir das manifestações dos usuários do Hospital "Ophir Loyola" / Elizabeth do Socorro Pantoja Pereira; Orientador Durbens Martins Nascimento. – 2011.
161p.: il.; 30 cm
Inclui Bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2011.

1. Auditoria. 2. Hospital Ophir Loyola. 3. Planejamento. 4. Gestão – Avaliação. 5. Desenvolvimento sustentável - Belém. I. Nascimento, Durbens Martins, orientador. II. Título.

CDD: 21. ed. 658.098115

ELIZABETH DO SOCORRO PANTOJA PEREIRA

O PAPEL DA OUVIDORIA EM HOSPITAL PÚBLICO:
UM ESTUDO A PARTIR DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL "OPHIR LOYOLA"

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido da Universidade Federal do Pará, como requisito básico para obtenção do título de Mestre.
Orientador: Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Co-Orientador: Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA:

_____
Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Orientador: PPGDSTU/NAEA

_____
Prof. Dr. Armin Mathis
Examinador Interno: PPGDSTU/NAEA

_____
Prof. Dra. Rosa Carmina de Sena Couto
Orientador Externo: ICS /UFPA

_____
Prof. Dr. Mário Amin Herreros
Suplente: PPGDSTU/NAEA

_____
Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho
Co-Orientador: UNAMA

Resultado: _____

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Pará pela disponibilidade do curso.

Ao meu orientador Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento por acreditar no meu potencial e pela valiosa contribuição na construção da dissertação.

Ao meu Co-Orientador Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho pela valiosa contribuição na construção do estudo.

Ao professor Armin Mathis pela contribuição na qualificação

A toda minha família e amigos pela compreensão nas minhas ausências.

A todo corpo docente do curso pelo conhecimento adquirido.

À Diretora do HOL Dra Maria da Graça Jacob pelo espaço e apoio para construção do estudo.

Às queridas Ana Helfer, Jaíra Ataíde e Daniele Monteiro pela força e compreensão para minha licença mestrado, a minha eterna gratidão.

A minha amiga Ana Amélia Araújo Samico pela contribuição e força sempre que solicitei.

A minha amiga e gerente de trabalho Janete do Socorro Rodrigues Trindade pela força e compreensão.

Às ouvidoras Doria Leite e Vânia Cruz pela disponibilidade e colaboração na fase de coleta dos dados.

A todos os amigos do curso pela agradável convivência, em especial a Lúcia, Floriana, Graça e Cláudia que participaram da orientação coletiva.

A todos que de alguma forma me ajudaram nessa caminhada.

Dedico este trabalho à minha família que é meu alicerce, sem eles nada disso seria possível, aos meus pais Maria de Lourdes e Basílio Pantoja, meu esposo Evandro Pereira e meus filhos Matheus Pereira e Martin Pereira, a vocês o meu amor incondicional.

"Uma civilização é julgada pelo tratamento
que dispensa às minorias".

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Esta dissertação versa sobre o papel da Ouvidoria no Hospital Ophir Loyola a partir das informações contidas nas manifestações dos usuários do serviço. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, realizada entre os anos de 2008 a 2010, de cunho exploratório-descritivo, baseada na análise de documentos oriundos do serviço. Tem por objetivo geral analisar em que medida a Ouvidoria cumpriu as suas atribuições quanto às manifestações dos usuários do HOL. Visa também identificar quais as principais manifestações de insatisfação apontadas pelos usuários da ouvidoria que prejudicam a dinâmica do atendimento, e, ainda, verificar como a gestão do HOL responde as manifestações dos usuários da ouvidoria, no sentido de atender individual ou coletivamente as suas necessidades. O instrumento utilizado foi um roteiro de coleta de dados, inspirado em um modelo desenvolvido por Falcão (2010) em pesquisa semelhante, dentro da seguinte composição: manifestações relacionadas à esfera da gestão hospitalar e manifestações relacionadas à esfera da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro da esfera da gestão hospitalar, as manifestações foram assim distribuídas: denúncia, reclamação, solicitação, informação, elogio e sugestão, para cada um dos eixos de composição. Para a esfera da gestão do SUS, foram adotadas apenas: a reclamação, a solicitação e a informação, devido não terem tido ocorrências nas demais categorias. A amostra selecionada foi de 398 registros do serviço de ouvidoria. Contudo, no decorrer da pesquisa identificou-se que um registro gerava manifestação nas duas esferas de gestão, hospitalar e do SUS, o que gerou um acréscimo de 46 ocorrências, passando para 444, destas 81% contempla a esfera da gestão hospitalar e apenas 19%, a gestão do SUS. Quanto aos resultados, o estudo constatou que 50% das manifestações não foram atendidas no seu pleito, dessas, 8% estão relacionadas às não respondidas e 42% refere-se às respostas não satisfatórias, no entanto, esse dado chama atenção para o fato de a ouvidoria dar respostas, mesmo que não alcance o pleito desejado, principalmente quando este se relaciona à gestão do SUS, pela ingerência da gestão nesse processo. Com relação aos 50% restantes, 188 equivalem às respostas satisfatórias do pleito, destes 94% contemplam a soluções individuais e somente 6% (11 manifestações), alcançaram a coletividade, e apenas duas destas provocaram mudança de ordem gerencial. Desta forma, conclui-se que a ouvidoria do HOL não conseguiu cumprir as sua atribuições institucionais devido ao comportamento da gestão frente às informações geradas no serviço de ouvidoria mostrar-se pontual, com resoluções individuais e não voltado para a coletividade, no sentido de realinhar os entraves que prejudicam o desenvolvimento da assistência, sinalizados pelo usuário e promover a aprendizagem. Nesse sentido, o objetivo geral de analisar em que medida a Ouvidoria cumpriu as suas atribuições quanto às manifestações dos usuários do HOL foi alcançado.

Palavras-chave: SUS. Hospital. Gestão. Ouvidoria e Informação.

ABSTRACT

This dissertation deals with the role of Ombudsman in Ophir Loyola Hospital from the information contained in the manifestations of service users. This is a retrospective study conducted between the years 2008 to 2010, exploratory and descriptive, based on analysis of documents from the service. It aims at analyzing the extent to which the Ombudsman has fulfilled his duties as the manifestations of HOL users. It also aims to identify the main expressions of dissatisfaction by the users of the Ombudsman pointed out that undermine the dynamics of care, and also see how the HOL's management answers to the manifestations of users of the ombudsman, to individually and collectively meet their needs. The instrument used was a script from data collection, inspired by a model developed by Falcão (2010) in similar research in the following composition: effects related to the sphere of hospital management and manifestations related to the sphere of management of the Unified Health System (SUS). Within the scope of hospital management, the manifestations were distributed as follows: complaint, request information, praise and suggestions for each of the axes of composition. In the sphere of SUS management were adopted only: the complaint, the request and information, because it did not have events in other categories. The selected sample was 398 records of the ombudsman service. However, during the research identified that generated a record rally in two levels of management, hospital and SUS, which resulted in an increase of 46 occurrences, rising to 444, 81% of these includes the sphere of hospital management and only 19 %, the SUS management. As to results, the study found that 50% of the manifestations were not answered in his cause, of which 8% are related to unanswered and 42% refers to the responses unsatisfactory, however, this finding calls attention to the fact ombudsman to respond, even if the election does not reach as desired, especially when it relates to the SUS management, by the interference of the management in the process. Regarding the remaining 50%, equivalent to 188 satisfactory responses of the election, 94% of these solutions include individual and only 6% (11 events), reached the community, and only two of these caused change in order management. Thus, it is concluded that the ombudsman's HOL failed to meet its institutional responsibilities due to the behavior of management face to the information generated of the ombudsman service show up on time, with individual resolutions and not facing the community in order to realign obstacles hindering the development of healthcare, marked by the user and promote learning. In this sense, the general objective of analyzing the extent to which the Ombudsman has fulfilled his duties as the manifestations of HOL users has been reached.

Keywords: SUS, Hospital management, ombudsman and information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 -	Efeito da Informação	59
Quadro 1 -	Quadro comparativo das características de Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento	61
Quadro 2 -	Diferença entre dado, informação e conhecimento	62
Quadro 3 -	Definições de comportamento relacionado à informação	65
Quadro 4 -	Competências básicas e principais produtos e serviços do HOL	75
Quadro 5 -	Programas desenvolvidos no HOL e seus respectivos orçamentos	77
Organograma 1 -	Estrutura Organizacional do HOL	78
Quadro 6 -	Objetivos e finalidades da Ouvidoria do HOL	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de manifestações recebidas pelo serviço de ouvidoria por ano 2008, 2009 e 2010 86

Gráfico 2 - Número de manifestações na esfera da gestão hospitalar no período de 2008 a 2010 90

Gráfico 3 - Número de manifestações nos eixos de análise da gestão hospitalar no período de 2008 a 2010 91

Gráfico 4 - Número de manifestações no eixo do Procedimento Administrativo / GH 2008 a 2010..... 107

Gráfico 5 - Número de manifestações no eixo da Competência Relacional / GH 2008 a 2010..... 108

Gráfico 6 - Número de manifestações no eixo da Comunicação Organizacional no período de 2008 a 2010 109

Gráfico 7 - Número de manifestações no eixo da Infraestrutura no período de 2008 a 2010 111

Gráfico 8 - Número de manifestações na esfera da gestão do SUS no período de 2008 a 2010 113

Gráfico 9 - Número de manifestações por eixo de análise da gestão do SUS no período de 2008 a 2010 114

Gráfico 10 - Número de manifestações no eixo da Rede do Serviço de Saúde do SUS no período de 2008 a 2010..... 121

Gráfico 11 - Número de manifestações no eixo do financiamento da gestão do SUS no período de 2008 a 2010..... 122

Gráfico 12 - Número de manifestações com solução coletiva na esfera da Gestão Hospitalar no período de 2008 a 2010 124

Gráfico 13 - Resultado do Serviço de Ouvidoria do HOL evidenciados nas respostas satisfatórias, não satisfatórias e não respondidas no período de 2008 a 2010 126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de manifestações recebidas pelo Serviço de Ouvidoria do HOL 2008 a 2010 79

Tabela 2 - Manifestações recebidas pelo Serviço de Ouvidoria nos três anos do estudo 85

Tabela 3 - Evolução do nº de manifestação nas esferas da gestão (hospitalar e SUS) no período de 2008 a 2010 88

Tabela 4 - Evolução do número de manifestação da gestão hospitalar -2008/2010 ... 89

Tabela 5 - Evolução do número de manifestação nos eixos de análise da gestão hospitalar -2008/2010 91

Tabela 6 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo de procedimento administrativo da GH no período de 2008 a 2010 93

Tabela 7 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo competência relacional no período de 2008 a 2010 99

Tabela 8 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo comunicação organizacional no período de 2008 a 2010 103

Tabela 9 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo infraestrutura no período de 2008 a 2010 105

Tabela 10 - Evolução do número de manifestação na esfera da gestão do SUS, por tipo de manifestação no período de 2008 a 2010..... 112

Tabela 11 - Evolução do nº de manifestação nos eixos de análise da gestão do SUS 2008 a 2010..... 114

Tabela 12 - Evolução das manifestações no eixo Rede de Serviço de Saúde do SUS no período de 2008 a 2010 117

Tabela 13 - Evolução das manifestações no eixo do Financiamento do SUS no período de 2008 a 2010 121

Tabela 14 - Manifestações respondidas pela gestão do hospital com soluções coletivas e individuais do pleito no período de 2008 a 2010 123

Tabela 15 - Resultado do Serviço de Ouvidoria do HOL 125

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAM	Central de Atendimento à Mulher
CCPO	Clínica de Cuidados Paliativos e Oncológicos
CESEP	Centro de Educação Técnica do Estado do Pará
CESUPA	Centro de Ensino Superior do Pará
CI	Ciência da Informação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DAME	Departamento de Arquivo Médico e Estatístico
DEP	Diretoria de Ensino e Pesquisa
DERE	Departamento de Regulamentação
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DPPC	Divisão de Pesquisa e Prevenção do Câncer
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPTC	Fora de Possibilidades Terapêuticas Curativas
GH	Gestão Hospitalar
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HOL	Hospital Ophir Loyola
INCA	Instituto Nacional do Câncer
JCAHO	*Joint Commission on Accreditation of Heath Care Organizations*
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NAEE	Núcleo de Apoio ao Enfermo Egresso

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNH	Política Nacional de Humanização ou Humaniza SUS
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNAMA	Universidade da Amazônia
UNICAMP	Universidade Federal de Campinas
URES	Unidades de Referência de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15

1.1 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO 21

2 REVISÃO DA LITERATURA 22

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA 22

2.2 A MUDANÇA DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DA SAÚDE 29

2.3 AS INSTITUIÇÕES POLÍTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE..... 36

2.3.1 Contextualizando o SUS 36

2.3.2 A PNH e a mudança no modelo de atenção a saúde..... 38

2.3.3 Ouvidorias no Brasil 42

2.3.3.1 Contexto histórico 42

2.3.3.2 A criação da ouvidoria no contexto do SUS..... 47

2.3.3.3 A Ouvidoria no contexto hospitalar como instrumento de gestão..... 51

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO 55

3.1 ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO ... 55

3.1.1 A informação no contexto das organizações de saúde..... 56

3.1.2 A informação como dispositivo de mudança para tomada de decisão 60

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA 67

3.2.1 Caracterização do objeto da pesquisa 67

3.2.2 Aspectos epistemológicos 69

3.2.3 Método do estudo 71

3.2.4 Locus do estudo 73

3.2.4.1 Hospital Ophir Loyola 73

3.2.5 Técnica de coleta de dados 78

4 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA 83

4.1 DESCRIÇÃO DA REALIDADE ESTUDADA 83

4.1.1 A Ouvidoria do HOL 83

4.1.1.1 Fluxo do Atendimento 83

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 85

4.2.1 Eixo 1: Procedimento Administrativo 92

4.2.2 Eixo 2: Competência Relacional 99

4.2.3 Eixo 3: Comunicação Organizacional 103
4.2.4 Eixo 4: Da Infraestrutura 105
4.2.5 Eixo 5: Do Financiamento 106
4.2.6 Manifestações na Esfera da Gestão do SUS 112
4.2.7 Manifestação por Eixo de Análise da Gestão do SUS 114
4.2.8 Manifestações no eixo da rede de serviço do SUS 117
4.2.9 Manifestação no eixo do financiamento do SUS 121
4.2.10 Resultado do Serviço de Ouvidoria 125
5 CONCLUSÃO 128
5.1 QUANTO À ESFERA DA GESTÃO 128
5.2 QUANTO AO DESEMPENHO DA OUVIDORIA 130
5.3 QUANTO À ESFERA DA GESTÃO DO SUS 131
REFERÊNCIAS 134
APÊNDICES 143
ANEXOS 148

1 INTRODUÇÃO

O tema abordado nesta pesquisa é a Gestão Hospitalar, restringindo-se a análise ao Serviço de Ouvidoria. Ela se enquadra na perspectiva da preocupação com a saúde humana que existe desde os primórdios, mas que no mundo contemporâneo se tornou um objetivo a ser conquistado.

O estudo em questão busca analisar em que medida a Ouvidoria cumpriu as suas atribuições quanto às manifestações dos usuários do Hospital Ophir Loyola, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Permite, ainda, compreender o papel e relevância ou não, deste órgão que se caracteriza pela interação entre as políticas de gestão organizacional e a sociedade. Pois, na análise das manifestações dos usuários, através da Ouvidoria, é que se dimensiona o grau e a evolução de satisfação ou não, em relação aos diversos serviços ofertados aos indivíduos em determinada estrutura da organização de um Hospital.

O interesse da pesquisadora pela execução do estudo reside no fato da mesma ser enfermeira e trabalhar na assistência direta aos pacientes, oriundos dos mais variados locais desse estado tão diverso que é o Pará, e enfrentar diariamente problemas de gestão operacional do sistema de saúde e de gestão do hospital.

Junqueira (2008) ressalta que o SUS se estabelece como um modelo moderno de atenção à saúde, que tem como uma das principais características a valorização da gestão municipal na organização dos serviços de saúde. Apesar do alcance social e das conquistas obtidas, esse modelo ainda apresenta sérios problemas de financiamento e de gestão. A gestão fica a cargo do município e o financiamento das três esferas de governo.

Estes problemas repercutem diretamente nos serviços de saúde que atendem 100% o SUS, principalmente na atenção de média e de alta complexidade, a exemplo dos hospitais, onde é comum, a grande demanda reprimida por atendimento agregar filas de usuários em busca de tratamento, uma vez que a demanda por assistência é maior que a oferta de serviços disponíveis. Isso é gerado pela universalidade do acesso, princípio do SUS que convive com o paradoxo do acesso negado, por não se conseguir dar conta de assistir toda a demanda por atendimento. Por conseguinte, o princípio da equidade também é ferido, por não dar a todos a igualdade de oportunidade ao acesso à saúde.

Estes não são os únicos problemas que os hospitais públicos enfrentam, ainda é muito presente o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, baseado na queixa-conduta, e isso contribui para aumentar a demanda por serviços hospitalares, apesar de todo investimento em políticas públicas para mudar essa realidade. Esse ainda parece ser um dos grandes desafios

político social da saúde contemporânea.

O Ministério da Saúde (2004) aponta que o pouco investimento para qualificar os servidores e a gestão do SUS para o trabalho em equipe e a gestão participativa, no sentido de incluir os trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, não favorece um olhar crítico e comprometido com as necessidades dos usuários, fortalecendo a relação queixa conduta que automatiza o contato entre o trabalhador e o usuário, e conclui: "o quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde" (BRASIL, 2004a, p. 5).

Para otimizar essas e outras questões, o Ministério da Saúde implementou outras políticas públicas, com o objetivo de melhorar as condições da saúde pública, dentre elas: a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem o propósito de efetivar os princípios do SUS através da oferta de serviços de qualidade; e a Ouvidoria, que tem a finalidade de 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" (BRASIL, 2006b, p. 14).

A ouvidoria hospitalar se estabelece como mais uma conquista de lutas sociais no alcance à democracia, por possibilitar ao usuário sair do anonimato e estabelecer a comunicação entre este e a gestão do hospital, promovendo a participação da sociedade nas políticas públicas; é também um importante instrumento de gestão, por viabilizar os ajustes dos problemas identificados.

Para Falcão (2010), o Instituto de Ouvidoria tem a função de ser o procurador dos interesses dos usuários, por representá-lo legitimamente na reparação dos seus direitos, e tem por objetivo principal atender às manifestações recebidas. Porém, a saúde pública desenvolvida em hospitais universitários convive com problemas de ordem econômica, tecnológica e de recursos humanos, de difícil resolução.

Neste sentido, o presente estudo esta fundamentado na análise documental de informações contidas nas folhas de registros do serviço de ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, no período de 2008 a 2010, o instrumento utilizado foi um roteiro de coleta de dados, inspirado em um modelo desenvolvido por Falcão (2010) em pesquisa semelhante, dentro da seguinte composição: manifestações relacionadas à esfera da gestão hospitalar e manifestações relacionadas à esfera da gestão do SUS. Isso para evitar ter que compor as informações das manifestações dos usuários por setor da instituição, e também para

identificar problemas que estão acima das possibilidades da gestão resolver, por se tratarem de questões macro, relativas ao sistema de saúde. Dentro da esfera de gestão hospitalar, as manifestações foram assim distribuídas: denúncia, reclamação, solicitação, informação, elogio e sugestão. Quanto à esfera da gestão do SUS, contemplaram-se apenas: a reclamação, a solicitação e a informação para cada um dos eixos de composição, de acordo com o que preconiza a ouvidoria geral do SUS, em sua cartilha (BRASIL, 2010b).

O Hospital Ophir Loyola é uma autarquia**,** órgão de atuação especial da Secretaria de Estado de Saúde Pública, sem fins lucrativos. Sua clientela é constituída 100% de usuários do SUS, o único no Estado a prestar atendimento integral em oncologia, o que o deixa ainda mais vulnerável as adversidades do sistema de saúde pública. Com efeito, urge indagar como questão central: **Em que medida a Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola responde institucionalmente as suas funções quanto às manifestações dos usuários?**

Partindo dessa questão central, o estudo contempla ainda três questões específicas, são elas:

a) Quais as principais manifestações de insatisfação apontadas pelos usuários da ouvidoria que prejudicam a dinâmica do atendimento?

b) Como as manifestações geradas na ouvidoria do HOL são respondidas pela gestão, no sentido de atender individual ou coletivamente às necessidades dos usuários?

c) Qual o desempenho da ouvidoria em atender às manifestações dos usuários no contexto do HOL?

Partindo das questões norteadoras o estudo teve por objetivo **analisar em que medida a Ouvidoria cumpriu as suas atribuições institucionais quanto às manifestações dos usuários do HOL**. Para alcançar este objetivo procedeu-se da seguinte maneira: a) identificar quais as principais manifestações de insatisfação apontadas pelos usuários da ouvidoria que prejudicam a dinâmica do atendimento; b) verificar como a gestão do HOL responde às manifestações coletadas dos usuários da Ouvidoria, no sentido de atender individual ou coletivamente as necessidades dos usuários; e c) averiguar o desempenho da Ouvidoria em atender as manifestações dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (2006b) a “Ouvidoria é 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".

Para o Hospital Ophir Loyola, em seu *Manual de Normas e Rotinas da Assessoria de Ouvidoria*, este órgão se constitui numa ferramenta de consolidação da democracia, que se estabelece como um canal de informação e comunicação entre o usuário e a Alta Gestão do hospital, através do qual o cliente contribui com suas manifestações para a mudança organizacional, com o propósito de corrigir e aperfeiçoar os serviços prestados por essa organização (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008). Partindo-se dessas premissas o estudo tem por hipóteses: a) a ouvidoria como um canal de informação entre o usuário e a gestão cumpriu o seu papel nos encaminhamentos das informações de acordo com suas atribuições institucionais, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços prestados e b) a ouvidoria consegue atender as reclamações no nível de uma resposta individual, mas não há uma aprendizagem organizacional.

O aporte teórico do presente estudo foi baseado no neoinstitucionalismo, por ser uma teoria de médio alcance e contemplar valores de extrema importância na área das políticas públicas, voltada para o desenvolvimento de estudos empíricos. A escolha dessa teoria tem a ver com a caracterização do hospital como instituição, formada por uma rede de políticas públicas, e dentro dela busca-se entender como funciona a ouvidoria.

Além do neoinstitucionalismo, o estudo conta também com uma abordagem sobre informação e comunicação, sob a égide de Coelho Neto (2007), seguido de Côrte (2009). A utilização da informação embasa o entendimento das questões norteadoras do estudo, relacionada ao objeto da pesquisa, *informações contidas nas manifestações dos usuários da ouvidoria*, fundamental para entender a dinâmica que envolve o fluxo dessas informações entre o receptor, a ouvidoria, e a gestão da organização.

Para Coelho Neto (2007), só há informação se a mensagem provocar em seu receptor uma alteração de comportamento. Côrte (2009, p. 54) corrobora com este pensamento quando especifica que "de nada adiantaria uma quantidade de informação que não circulasse e não provocasse decisões. Aquele que saísse na frente seria o vitorioso na ocupação dos espaços". O aviso era que estava para iniciar a era da informação, pois as mudanças já permeavam o clima das organizações (CÔRTE, 1999).

Ambas as teorias são importante para o desenvolvimento do estudo, haja vista a informação ser um relevante instrumento norteador presente nas categorias do neoinstitucionalismo, que além das instituições, envolve também o poder, as regras, as estratégias, os objetivos, fundamentais para tomada de decisão. Rocha (2005) nos diz que o

estado propõe políticas abrangentes, além das demandadas pela sociedade, de longo prazo, resultado de um poder privilegiado que é o acesso à informação (ROCHA, 2005).

Chagas (2006) ressalta que o novo perfil de gestão da saúde, após a reforma sanitária com a implementação do SUS, requer acesso à informação técnica e científica para subsidiar a tomada de decisão na área da saúde pública. Já Castro (2003) nos diz que a informação científica em saúde é aquela oriunda dos campos do conhecimento da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Epidemiologia, Saúde Pública e etc), produzida por órgãos vinculados a ciência e tecnologia, são eles: escolas, universidades, sociedades científicas, instituições de pesquisa, bem como por instituições consideradas não científicas, quais sejam: Secretarias Estaduais, Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, ONG, Conselhos etc., que prestam serviços de saúde (CASTRO, 2003).

A mesma autora elenca como os tipos de comunicação científica mais utilizados: as *revistas científicas* com vários artigos publicados e de fácil acesso, as *informações publicadas*, as *dissertações* e *teses acadêmicas*, os *trabalhos apresentados* em *congressos*, *livros* entre outros. Outro tipo de comunicação científica são os *documentos normativos*, mais utilizados na área da saúde, representam o papel regulador de Estado, são eles: leis, portarias, decretos, deliberações etc, instituídos pelos órgãos do governo e publicados pelo poder legislativo. “Esses documentos dão conta de regulamentar procedimento administrativos e gerenciais, de estabelecer direitos, deveres e proibições, de fixar mecanismos para controle de qualidade e avaliação, de criar e aprovar projetos e programas” (CASTRO, 2003, p. 63).

De acordo com Chagas (2006), a Informação Técnica em Saúde é encontrada e obtida por várias fontes, geralmente dirigida aos gestores e profissionais da área, através de informes, atas, e acordo de reuniões, classificadas como produção não convencional ou literatura cinzenta. Aguiar (1991 apud CHAGAS, 2006, p. 24) afirma que: “esta se embute no conceito de informação tecnológica que, por sua aplicação, favorece a inovação. Por isso, pode ser apresentada de forma verbalmente codificada (publicações, relatórios, comunicação informal) ou não (um *hardware*, por exemplo)”.

A mesma autora ressalta que a produção, o acesso e a socialização, tanto da informação científica quanto da informação técnica, são essenciais para subsidiar a tomada de decisão em saúde, sendo assim é mister compreender que cada tipo de informação varia de acordo com as medidas gerenciais a serem adotadas; Ademais, tão importante quanto compreender, é entender como o usuário desse acervo informacional se comportam diante da informação obtida (CHAGAS, 2006). Nesse sentido a ouvidoria se estabelece como fonte de informação técnica capaz de favorecer a inovação no modo de gerir uma organização

hospitalar.

A informação é necessária e permeia todo o processo de desenvolvimento das atividades de aprendizagem na organização hospitalar. Por isso, a ouvidoria, como um canal de expressão de informação, a partir das diretrizes da política de saúde, fortalece a participação da sociedade e qualifica o SUS, por dar suporte para se entender como as instituições interferem no comportamento previsto através das regras, normas, procedimentos e poder.

Hall e Taylor (2003) afirmam que os teóricos do institucionalismo sociológico definem instituições de forma mais global, ao incluírem além das regras, procedimentos e normas formais, os significados cognitivos e morais que dominam a ação humana.

Segundo Levi (1991), a forma como as instituições foram definidas enfatiza a regulamentação do movimento recorrente dos comportamentos previstos nas regras, quando afirma que "os mais importantes incentivos e desincentivos para obedecer a normas são cognitivos e sociais" (LEVI, 1991, p. 81). Isso significa dizer que o comportamento diante das instituições tem muito da subjetividade da compreensão de cada um.

Conforme Olsen e March (2008), impor a ordem institucional não parece ser tarefa fácil num mundo de hoje minado de imperfeições. A Teoria Política contemporânea apóia-se em dois tipos de ordem: a primeira imposta pela razão, a qual é refletida na racionalidade das ideias e na intencionalidade das ações, a exemplo de organizações hierarquizadas e planejadas formalmente; e a segunda, que é a ordem imposta pela competição e coerção, que tem como foco as "ideias de conflito de interesse, poder, barganha, sobrevivência e guerra; elas encontram expressão institucional nas eleições e na elaboração de políticas" (OLSEN; MARCH, 2008, p. 132-133).

North (1993) corrobora quando afirma que as instituições naturalmente são criadas para serem socialmente eficientes, mas "as regras formais são criadas para servir aos interesses daqueles que têm poder de negociação para criar novas regras" (NORTH, 1993, p. 3). Para Levi (1991), as instituições estabelecem as suas regras de poder, de acordo com os interesses de muitos ou poucos. "Uma definição de instituição que ignora este fato deixa de aprender algo que é específico às instituições, a saber: que os mecanismos de delimitação de escolhas, incluindo escolhas contratuais, refletem uma distribuição de poder" (LEVI, 1991, p. 83).

O entendimento dos teóricos do neoinstitucionalismo acima citados sobre as instituições políticas nos ajudou a compreender, por exemplo, porque foi necessário implementar a PNH para se efetivar os princípios do SUS. Porque esta instituição política traz

para discussão a necessidade de valorizar os aspectos subjetivos presentes no comportamento humano, além de estabelecer regras, normas e procedimentos, que devem ser adotados pelas organizações.

A exemplo das políticas públicas de saúde, o Estado tem o poder de estabelecer instituições que ditam as regras, as normas e os procedimentos, e, como disse North (1993), elas são criadas para serem socialmente eficientes. Entretanto, a sua efetividade depende de mecanismos intrínsecos presentes, que caminham na contramão das suas reais possibilidades, como no caso do princípio da universalidade do acesso ao sistema de saúde pública, provocando a exclusão social, quando não consegue dar conta da demanda por assistência.

1.1 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro refere-se à introdução, que contextualiza o tema da pesquisa, apresenta a pergunta geral do estudo e explana as teorias que embasam a pesquisa, correlacionando-as com os principais conceitos e ao objeto da pesquisa, bem como cita eminentes autores e aborda a metodologia a ser empregada.

O segundo capítulo reporta-se à revisão da literatura e traz em seu bojo: a discussão da evolução histórica do processo saúde-doença; as mudanças da organização hospitalar no contexto da saúde; as instituições políticas de saúde, a saber: O SUS, a PNH e a Ouvidoria. Ademais, devido o estudo ter por enfoque temático a ouvidoria, esta foi aprofundada em seu processo histórico, abordando-se a criação deste órgão no desenvolvimento do SUS e no contexto hospitalar.

No terceiro capítulo, apresenta-se o referencial teórico e metodológico, e faz-se uma explanação sobre informação e comunicação, sendo a primeira abordada em dois focos: a informação no contexto das organizações de saúde e a informação como dispositivo de mudança para a tomada de decisão. Esta seção destaca também os procedimentos metodológicos da pesquisa, caracteriza o objeto da mesma e traz um breve histórico do Hospital Ophir Loyola.

Prosseguindo, no quarto capítulo procede-se a análise dos dados da pesquisa, descreve-se a realidade estudada, retrata-se a ouvidoria do HOL e, apresenta-se a discussão dos resultados.

Por fim o quinto e último capítulo são externadas as reflexões conclusivas do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma discussão acerca de temas considerados importantes para o embasamento teórico do presente estudo. Considera como questão central, as mudanças ocorridas na organização hospitalar a partir da institucionalização de políticas públicas no conturbado contexto do processo saúde-doença.

Diante disso, os temas abordados procuram representar os principais elementos desse processo, assim este capítulo esta dividido em três tópicos: O primeiro refere-se à evolução histórica do binômio saúde-doença, demonstrando como a doença era concebida pela sociedade e pelos estudiosos da época.

O segundo trata da mudança da organização hospitalar no contexto da saúde e discorre sobre a concepção do hospital pela sociedade, desde a época em que era considerado tão somente como um depósito de pobres excluídos até se tornar um campo de construção do saber, à luz de Foucault (1979) e Vasconcelos et al. (2007).

O terceiro discute as instituições políticas no setor da saúde (SUS, Política Nacional de Humanização - PNH e Ouvidoria). Neste último tópico é realizada uma explanação concernente a todo o movimento que culminou com a criação dessas políticas públicas.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É importante contextualizar toda a dinâmica que envolve o processo saúde – doença, para se entender e localizar, dentro deste contexto, o papel das instituições políticas, das organizações hospitalares, dos profissionais da área e do usuário, desse modo, compreender a função das ouvidorias nesse processo.

Na era primitiva, a doença era vista como obra do sobrenatural, como as tempestades, os ventos ou as manifestações dos deuses maléficos. Assim, a doença era entendida como fruto de invasão por algo estranho no organismo, ou por ‘perda da alma’ (MACHADO, 2004).

O início da era científica aconteceu quando Hipócrates fez a primeira tentativa de dar uma causa natural às doenças, transformando-a em fenômeno natural, racionalmente tratável com terapia. Ele criou a doutrina humoral, na qual se valeu dos quatro elementos da natureza (terra, água, ar e fogo), e associando-os aos humores do corpo humano (sangue, plasma ou soro, a bile amarela e a bile negra) elaborou uma simples proposição segundo a qual a saúde resultaria do equilíbrio desses elementos, e a doença do desequilíbrio. A partir daí, a ciência foi avançando e os cientistas começaram então a ampliar os ensinamentos antigos. “A

medicina passou a ser estudada com muito empenho na Universidade de Pádua, onde se abriam os caminhos para o método experimental" (MACHADO, 2004, p. 35).

Antes do Positivismo, a instituição hospitalar era destinada a cuidar somente dos pobres, com o propósito de excluí-los do convívio social, uma vez que os ricos tinham condições de conduzir os recursos médicos para seus lares. O pobre necessitava de "assistência", pois sua doença era vista como contagiosa, e, portanto, perigosa à sociedade. Naquela época, o hospital, apesar de ser uma instituição de assistência, se prestava como recurso de exclusão, uma vez que lá, não era vislumbrada a cura para os pacientes até o século XVIII, o que se pretendia era meramente uma assistência material e espiritual, ou o último sacramento (BALLONE, 2010).

Na modernidade, a doença era explicada pela alteração no funcionamento dos órgãos, nesse período, a doença ganha status de 'entidade independente'. No século XIX, com a contribuição científica da Patologia e de Pasteur, com a descoberta dos micro-organismos, as causas das doenças ficaram mais esclarecidas (MACHADO, 2004). "A doença passou a ser entendida como consequência da invasão do organismo por agentes estranhos, cuja agressão provocava lesão nos órgãos e tecidos" (MACHADO, 2004, p. 37).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no século XX amplia o conceito de saúde, o qual era descrito apenas como a ausência de doença, foi promovido de um simples sinônimo de normalidade, passando a ser expresso como: "um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social" (MACHADO, 2004, p. 38).

Para entendermos melhor esse conceito é necessário discorrer acerca da história do desenvolvimento e do crescimento econômico para entender que saúde implica uma questão social mais ampla.

O desenvolvimento, baseado no crescimento econômico, trouxe consigo muitas conquistas positivas para a humanidade, principalmente na área da saúde, como as grandes descobertas, tal como as vacinas na prevenção de doenças; já o advento da tecnologia de ponta possibilitou o tratamento de doenças antes consideradas incuráveis. Martin (2004, p. 34) afirma que: "as descobertas científicas e os avanços tecnológicos de repente permitiram a cura de enfermidades antes não possível".

Sem dúvida, que os avanços da ciência trouxeram grandes repercussões à área da saúde, com diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, melhorando as ações de prevenção, aumentando as condições de cura das doenças, e refletindo no conforto pessoal daqueles que procuram a assistência. Contudo, não podemos negar que o avanço tecnológico trouxe também uma forma de abordagem fria e mecânica, reducionista e desumana nas

relações entre as pessoas (BALLONE, 2010). “Se o paradigma tecnocientífico priorizava a doença em nome de avanços no conhecimento científico, o paradigma comercial-empresarial priorizava a doença em nome da geração de lucro” (MARTIN, 2004, p. 35).

Mas, em igual proporção, esse crescimento tem deixado as marcas de suas mazelas: aumento da pobreza, desigualdade social, desemprego, entre outros fatores. A corrida frenética pelo lucro tem contribuído para o caos que vivemos hoje em muitas áreas, vislumbrado, por exemplo, no setor da saúde, da segurança, do emprego, etc. Machado (2004) especifica que a preocupação com a saúde humana acompanha a história da humanidade e representa sofrimento e tristeza, além de constituir uma sobrecarga financeira para os indivíduos e para o país.

Uma das características do desenvolvimento como o bem estar social consiste em aproximar a economia das outras ciências sociais. Ele não se restringe apenas ao crescimento da produção e do aumento de capital, vai muito além, em busca da satisfação de aspectos qualitativos relacionados ao crescimento e fundamentais para o desenvolvimento, como a igualdade de oportunidade e o direito ao acesso a bens e serviços oriundos dessa conquista, como o direito: à educação, à saúde, ao trabalho e à moradia. “A participação na riqueza socialmente produzida, aliada ao reconhecimento de uma igualdade intrínseca entre as pessoas – razão ético-política do Estado moderno, seriam as bases fundantes dos atuais *Welfare States”* (NOGUEIRA, V. 2001, p. 93).

A ideia de que o desenvolvimento erradicaria a pobreza não se consumou ainda em muitas partes do mundo, principalmente nos países periféricos, mesmo após mais de 200 anos de industrialização do mundo ocidental e 50 anos do desenvolvimentismo nos países do terceiro mundo, ainda há muita exclusão social e econômica. Estensooro (2003, p. 202) nos diz que “a pobreza é percebida no século XX como algo surpreendente, pois, apesar do crescimento econômico registrado, ela persiste”.

Qualquer análise que se faça diante do exposto mostra que, ao lado de uma economia moderna, existem ainda milhões de pessoas excluídas de seus benefícios, assim como dos seus direitos garantidos na constituição e de serviços proporcionados pelo governo. Problemas relacionados ao desemprego, a desorganização e violência urbana, a insegurança pessoal, a falta de acesso à educação e à saúde, são deveres preocupantes e deve ter lugar prioritário na agenda do governo.

Para Estensooro (2003), a pobreza é considerada como a violação dos direitos humanos e, perpetua-se como um problema sem solução na América Latina, contribuindo para uma nova posição social, “na qual parte da força de trabalho deixa de se articular com o

capital, criando uma legião de humanos sem direitos" (ESTENSOORO, 2003, p. 211).

É preciso despertar do estado de inércia, proporcionado por políticas de um Estado patrocinador, evoluindo-se para um Estado indutor, que favoreça a anistia daquele modelo e provoque o surgimento de uma sociedade mais justa, em que todos possam se sentir capazes de construir o seu próprio caminho, promovendo o desenvolvimento pautado no crescimento do capital humano e do capital social, do contrário continuará oxigenando a exclusão social ou como diz Estensooro (2003) a 'inclusão desigual e subordinada'.

Para Rocha (2005) "o modelo neo-institucionalista revela o papel do Estado e de seus funcionários na explicação das políticas governamentais" (ROCHA, 2005, p. 18). Mas não se pode ignorar o que Bresser-Pereira (1995) muito bem pontuou nessa discussão, que quanto mais fraca for à sociedade, maior será a autonomia do Estado e da sua burocracia. A burguesia como uma classe dominante só deixa de intervir, não por sua fraqueza, mas porque seus interesses estão efetivamente assegurados.

Estensooro (2003, p. 209) afirma que: "da mesma forma que a pobreza não é um estado social dado, mas o resultado de um processo histórico de exploração, expropriação, discriminação, [...], a *inclusão desigual e subordinada*, enquanto problema atual é urgente", por ser o resultado de todo um processo de precarização e desregulamentação do mercado, que se revela numa nova divisão social do trabalho, compondo, assim, grupos, classes sociais, empresas e instituições de populações inteiras no capitalismo selvagem, impulsionando a inclusão desigual e subordinada dessas pessoas excluídas socialmente (ESTENSOORO, 2003).

Em contrapartida, Buss (2000) revela que avançamos muito no último século, as condições de vida e saúde vêm progredindo continuamente em vários países, "graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina" (BUSS, 2000, p. 2).

O Brasil até a década de 30 não tinha uma política efetiva de saúde pública. Foi a partir desta década, com a institucionalização pelo Estado da Previdência Social, que o país mostrou certa eficiência nas ações de assistência médica aos seus segurados. Porém, a partir da década de 60, o sistema público de saúde começava a dar sinal de ineficiência no atendimento à população, instalando-se a crise na saúde (MAIA, 2003).

A crise da saúde está baseada em uma crise social mais ampla e profunda, um fenômeno sociocultural e biológico, ou seja, a doença se manifesta porque um dado contexto social possibilita a sua efetivação em sujeitos socialmente propensos. Assim, a saúde torna-se um desafio que atravessa toda a organização social. A saúde pública enquanto instituição é

refém da regulação, vive numa crise constante, transitando na busca por um melhor mercado e maior participação do Estado e da comunidade. Assim, a saúde coletiva mostra-se um terreno aberto para conquistas de soluções que minimizem os efeitos que possam prejudicar a saúde da sociedade (MAIA, 2003).

Atualmente, o processo saúde-doença traz outros condicionantes, além dos fatores genéticos (individuais inerentes a cada pessoa); ambientais, culturais e dos agentes patogênicos, passam a ser determinados também por fatores que estão inseridos no modo de produção dominante na estrutura social, ou seja, nos riscos a que os indivíduos estão expostos e na disponibilidade de acesso a processos de promoção da saúde. A manutenção da saúde passa a ter conexão com a melhoria da qualidade de vida, uma vez que ela é o reflexo da forma como cada um leva a vida e o trabalho, como se relacionam e se reproduzem socialmente estando também vinculada ao acesso à alimentação adequada, à habitação e a um trabalho prazeroso (MACHADO, 2004).

Isso porque se entende que a saúde não é alcançada somente com medidas assistenciais oriundas dos postos de saúde e hospitais, ela tem que ser politicamente construída pela sociedade a partir da junção de uma série de políticas públicas intersetoriais, que possam dar conta das reais necessidades da sociedade, com equidade, inclusão social e solidariedade humana, o que é preconizado pelas políticas públicas.

Cuidar holisticamente do ser humano é o grande desafio contemporâneo imposto à sociedade e, principalmente, aos profissionais de saúde. Neste cenário, cresce a relevância de uma gestão participativa e humanizada enquanto valor a ser agregado nas práticas de saúde.

Atualmente, o mundo passa por profundas reflexões e reavaliação de conceitos, o que é racional vem sendo gradativamente posto em xeque, com a crescente valorização das competências emocionais. Essas mudanças estão presentes em vários setores da sociedade: política, economia, direito, desenvolvimento tecnológico etc., e até a cientificidade vem sendo complementada por princípios humanos. Ballone (2004) corrobora pontuando que, após o século XVIII, a inserção do conhecimento e da técnica nos hospitais, apesar de ter contribuído veementemente para os “meios de diagnóstico e tratamento, houve uma inversão no papel dos hospitais, quase ou tão incômoda quanto à situação anterior, ou seja, ao se abordar técnica e cientificamente a doença, confortar e consolar o doente passaram a ser coisas do passado” (BALLONE, 2004, p. 1).

Na área da saúde, esse parece ser um dos grandes desafios, pois a Medicina contemporânea, totalmente fragmentada nas suas especialidades e subespecialidades, foi transformada no decorrer de sua história em uma instituição de lucro e poder. Maia (2003)

corrobora ao especificar que os empreendedores vislumbraram na rede de hospitais privados a oportunidade de investimento emergente, para atender a parcela da sociedade que estava sem cobertura do Estado.

O comércio que envolve o campo da saúde exercido por meio da venda de material médico hospitalar tem contribuído para colocar a saúde em evidência, com índices altamente lucrativos no mercado. “Baseados num ‘ideal de saúde’ que condena a dor, a diferença e os afetos, os interesses financeiros mundiais são contemplados com a venda de remédios e tecnologias cada vez mais avançadas” (VASCONCELOS et al., 2007, p. 141).

A instituição saúde contemporânea está no apogeu de suas atividades na lógica do mercado, na medida em que é pressionada pelo crescimento da saúde como mercadoria geradora de lucro. A concorrência por mais mercado, o crescimento da demanda, as dificuldade do Estado em dar conta da política de saúde, garantida pela constituição federal – SUS, que traz como um de seus princípios a universalidade do acesso, tem gerado exclusão social aos que não conseguem este acesso e buscam assistências nos planos privados de saúde.

Estamos diante de um paradoxo, a universalização do acesso promovendo a exclusão social, levando a sociedade a pagar em dobro pelo que lhe é garantida “gratuitamente” pela constituição federal. Em dobro em razão de a saúde ser financiada pelos impostos pagos pela sociedade.

Além disso, a doença desestrutura a pessoa, que tem sua rotina abalada pela pluralidade do tratamento, internações, cirurgias, efeitos colaterais de medicamentos, e pelo significado que essa nova experiência lhe proporciona e como ela lida com tudo isso. “Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde possam ir além da aparência, valorizando aspectos qualitativos dos fenômenos presentes na vida humana, relacionados ao significado atribuído a eles por quem o vivencia” (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004, p. 88).

Estes não são os únicos desafios a serem enfrentados pelos pacientes, a ansiedade, a depressão e o medo da morte e do sofrimento se apoderam de todos, trazendo com isso a instabilidade emocional e o estresse, com somatização em todo contexto familiar, muitas vezes prejudicando o tratamento. Ballone (2004) corrobora quando nos diz que, no século XVIII, as pessoas proporcionavam atenção e cuidados humanos aos pacientes porque a ciência nada oferecia, hoje, a ciência tem muito a oferecer, mas as pessoas não concedem mais nada além da técnica.

Diante disso, é necessário buscar alternativas que possam minimizar esses efeitos

nocivos que envolvem o adoecimento. Para isso, é preciso contemplar o doente e não a doença ao lidar com o ser humano. “Um organismo quando exposto a um esforço provocado por um estímulo que ameace sua homeostase, reage com o corpo todo e de forma uniforme e não específica. Chamou-se [...] de Síndrome Geral de Adaptação, chegando assim à noção de estresse” (SELYE apud TAVARES, M; TAVARES, R., 2002, p. 2).

Podemos nos referir à saúde de uma pessoa somente se tivermos condições de avaliar suas emoções, suas frustrações, a forma com que ela lida com as respostas que a vida lhe impõe. Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004) afirmam que em todo processo de adoecimento é preciso compreender que o cuidado inclui, além do conhecimento técnico, a necessidade de perceber o ser humano no contexto de sua vida, isso é, como ele reage e constrói sua própria história.

O atendimento ao ser humano não deve ser fragmentado, ou seja, o paciente não deve ser visto apenas como uma doença a ser tratada, é necessário valorizar também suas emoções como o medo, a tristeza, as expectativas de vida que criou e que são interrompidas pelo adoecimento. Faz-se mister entender que o adoecimento vai muito além da doença em si, ele abrange também o contexto da família e do trabalho (TAVARES, M; TAVARES, R., 2002).

Partindo dessa visão holística, podemos compreender como o paciente se comporta diante da doença, conhecer suas expectativas em face do tratamento, e como é realmente tratado no contexto hospitalar, isso é relevante para o êxito da cura, pois o paciente deve ser considerado como o termômetro a avaliar a qualidade da assistência. Para tanto, é imprescindível a contribuição da ouvidoria nesse processo, por possibilitar a participação dos usuários no mesmo processo e servir como um dos instrumentos de promoção da melhoria da gestão por representar um *feedback* do serviço prestado.

Diante do exposto, constatamos as mudanças ocorridas no sistema de saúde, através da compreensão do processo saúde-doença, e a influência da participação da sociedade e do Estado na implementação de instituições para a construção desse novo modelo, que ainda é frágil e precisa ser fortalecido, pois, apesar de toda conquista já alcançada, ainda há muito a se fazer, para se assegurar os direitos do cidadão preconizados na Constituição Federal.

Assim, discorreremos a seguir sobre a transformação da organização hospitalar no contexto da saúde, o que proporcionou suporte para assimilar melhor todo processo evolutivo de construção de um novo modelo de saúde.

2.2 A MUDANÇA DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DA SAÚDE

Os hospitais, antes do avanço teórico e tecnológico destinavam-se a ser meros depósitos de pessoas pobres e indigentes doentes, que não tinham condições de se tratar em casa, e buscavam nas Santas Casas de Misericórdia auxílio para se tratar ou morrer, conforme os desígnios de Deus. Estas organizações eram dirigidas por religiosos ou religiosas, que por amor a Deus e ao próximo, acolhiam os doentes e lhes dispensavam cuidados básicos, mas, que apesar da boa vontade nem sempre era possível garantir a estes indivíduos pelo menos o mínimo de dignidade e o tão desejado conforto (MARTIN, 2004).

Na idade média, os hospitais que funcionavam na Europa não eram vistos como local de cura, e tampouco como uma instituição médica, serviam apenas para assistir os pobres e excluir os doentes, no intuito de proteger os outros do contágio, fazendo do pobre a figura central do hospital e não o doente. O pessoal que cuidava do doente constituía-se de religiosos e leigos, que privilegiavam a "caridade", ou seja, não eram destinados e nem se preocupavam em promover a cura dos doentes, mas sim visavam conseguir sua própria salvação eterna, assim, no momento da morte do pobre, assegurava a sua salvação e a do moribundo, ao que Foucault (1979, p. 59) descrevia como: "função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população".

> O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 1979, p. 59).

Nos fins do século XVIII e princípio do XIX, no continente europeu, surgia uma poderosa classe social, a burguesia, em decorrência da Revolução Industrial inglesa. Esta nova casta reivindicou aspirações no campo socioeconômico e moral, o que propiciou a implementação de providências tangíveis na seara da saúde pública e da higiene, proporcionando, assim, a criação de hospitais. Essas benesses foram fomentadas, principalmente, pelo aperfeiçoamento do conhecimento, pelo desenvolvimento da Medicina, e pelo melhoramento das obras sanitárias. A partir daí, começaram a surgir hospitais estruturados tecnicamente, que foram se capacitando pelas descobertas na área médica. Nessa época, os doentes eram excluídos do ambiente familiar e social e asilados nos hospitais, em

um ambiente frio, impessoal e carente do afeto familiar (SANTANA, 2010).

Foucault (1979, p. 58) afirma que “O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780”. A partir daí o hospital torna-se um ambiente de pesquisa das relações entre os fenômenos patológicos e espaciais.

Heloisa Martins (2004) ressalta que os hospitais filantrópicos antigos tinham seus serviços e a alimentação dos pacientes garantidos através de doações arrecadadas da comunidade, e trabalhavam com um ideario de gratuidade. O médico, mesmo recebendo os honorários oriundos do seu trabalho, evitava passar a impressão de estar comercializando seus serviços, colocando-se como um profissional liberal autônomo diante da comunidade. “A assistência ao doente foi vista como um ato de solidariedade para com os mais necessitados na comunidade e como uma obra de caridade” (MARTINS, H. 2004, p. 35).

Foucault (1979, p. 47) deixa claro que: “o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho”. O que significa dizer que o controle dos indivíduos na sociedade inicia no corpo e não simplesmente na consciência, ou na ideologia. O capitalismo investiu antes de tudo no biológico, no corporal enquanto realidade biopolítica, a Medicina para ele se estabelece como estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979).

Nos séculos XVII e XVIII, a Medicina era extremamente individualista, não havia propriedade científica e a experiência hospitalar estava fora da formação médica. Foi somente com o desenvolvimento capitalista, que a Medicina, no fim do século XVIII e início do século XIX, enfim torna-se coletiva (VASCONCELOS et al., 2007).

Foucault (1979) questiona se a Medicina moderna, nascida nos fins do século XVIII com o surgimento da anatomia patológica, é individual porque está inserida nas relações de mercado? Ou é individual porque está ligada a uma economia capitalista, estabelecida na relação de mercado entre o médico e o doente, negando a dimensão global da sociedade? O autor discorda destes questionamentos quando aduz que: “a Medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico−doente” (FOUCAULT, 1979, p. 47).

Para Vasconcelos (2007) a Medicina era improvisada e empírica, e acontecia em torno das experiências, na maioria das vezes, desastrosas de muitos indivíduos pouco instruídos. Para se evitar maiores danos às pessoas, começaram a formar comissão de controle, as quais

intervinham para reestruturar o ensino médico, tornando o hospital uma escola para eles, “onde a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ingênuo” (FOUCAULT apud VASCONCELOS et al., 2007, p. 139).

Heloisa Martins (2004) especifica que essa visão foi mudando pouco a pouco com a profissionalização da Medicina e da Enfermagem, uma vez que os profissionais dessas áreas passaram a se formar em universidades, o que repercutiu na profissionalização crescente dos hospitais. No Brasil, em muitos hospitais, a Enfermagem era praticada por religiosas sem formação acadêmica, que foram substituídas gradativamente por profissionais enfermeiros universitários, os quais, apesar de qualificados para a função, nem sempre tinham a mesma dedicação e carinho pelos doentes. “Ganhou-se em eficiência e competência científica e técnica, mas houve ocasião em que a dimensão humana saiu prejudicada” (MARTINS, H., 2004, p. 33).

O início das transformações na direção de um hospital médico se dá quando o hospital começa a ser visto como um local de cura, em que todo espaço hospitalar é utilizado como instrumento terapêutico. A partir de então, a figura do médico se destaca como principal responsável pela reorganização do hospital, o qual é reconhecido como local de formação do médico (VASCONCELOS et al., 2007).

Assim, o hospital passou de local de abrigo dos pobres e de exclusão dos doentes para um local de construção e transmissão de conhecimento. A erudição médica toma conta dos hospitais e se apropria do corpo como instrumento de investigação para dinamizar o saber; não há, nessa relação, a preocupação com a singularidade inerente a esse corpo, nem com suas particularidades sociais, políticas, culturais e familiares; esse corpo traz consigo um saber acumulado de experiências que deve ser valorizado, nunca esquecido, afinal ele é protagonista de sua vida e dono de sua história (VASCONCELOS et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde define hospital como:

> O Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial (PINHEIRO, T., 2005, p. 2).

Faleiro et al. (2006) ressalta que, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, a saúde se estabelece como um direito não somente pelo “reconhecimento da sobrevivência

individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente" (FALEIRO et al., 2006, p. 18).

A organização hospitalar é um sistema vivo de construção social, à medida que se estabelece nas relações de saber e poder oriundas das pessoas que nela trabalham, dentro da multiplicidade de ações e interações que emergem desse encontro. "A hierarquia dos profissionais de saúde é um bom exemplo deste jogo de poder. E não só entre os profissionais, mas entre os pacientes e os profissionais de saúde" (VASCONCELOS et al., 2007, p. 140).

Trazendo a compreensão de North (1993) sobre as instituições, ele comenta que elas são naturalmente criadas para serem socialmente eficientes, mas "as regras formais são criadas para servir aos interesses daqueles que têm poder de negociação para criar novas regras. Em um mundo de zero dos custos de transação, o poder de barganha não afeta a eficiência dos resultados, mas em um mundo de custos positivos, ela afeta" (NORTH, 1993, p. 3).

As principais fontes de trabalho de um hospital são o conhecimento, as habilidades e as técnicas empregadas, isso vincula o sucesso dessa organização às pessoas que nela trabalham. "Nos hospitais, como em outras organizações onde as habilidades e conhecimento profissionais são aspectos básicos para o desempenho organizacional, as pessoas são elementos-chave para qualquer implementação que se deseje realizar nesse ambiente" (HANSEN; GUIMARÃES, 2009, p. 436).

Os mesmos autores afirmam que os hospitais como sistemas integrados e inseridos no conturbado contexto da saúde, precisam se planejar e tomar decisões estratégicas para não sucumbirem. Os hospitais privados, por exemplo, necessitam de maciços investimentos tecnológicos e metodológicos em programas que ajudem a obter diferenciais competitivos de mercado, como as certificações nacionais e internacionais. "Atualmente, várias técnicas tem sido propostas e estão sendo utilizadas para mensurar a qualidade técnica nas organizações de saúde pela *Joint Commission on Accreditation of Heath Care Organizations* (JCAHO)" (CRUZ, 2008, p. 17).

Falcão (2008) ressalta que a noção de qualidade sempre esteve vinculada à área da saúde. "Toda a formação do profissional de saúde está direcionada à reestruturação da saúde do paciente, e, num contexto contemporâneo do conceito de saúde, na melhoria da sua qualidade de vida, envolvendo os aspectos clínicos, psicológicos e sociais da doença" (FALCÃO, 2008, p. 65)

É comum confundir organização com instituição, ao tratar de assuntos referentes a hospitais, então, para não incorrer no erro de usá-los como sinônimos, é necessário estabelecer a diferença. Para Maximiano (1992), uma organização representa uma junção de esforços individuais com a finalidade de realizar propósitos coletivos. Através da organização é possível buscar e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. E conclui que são exemplos de organização tanto uma megaempresa quanto uma pequena oficina, laboratórios, corpo de bombeiro, hospitais, etc.

Para North (1993), as instituições são criadas por seres humanos, e podem ser formais e informais. As instituições formais são criadas para estabelecer regras, constituições e leis; já as informais são responsáveis pelas normas de comportamento, códigos de conduta, convenções, ambas se cristalizam e se estruturam no seio da sociedade. E aduz que: "as instituições formam a estrutura de incentivos de uma sociedade, [...] as crenças por parte dos indivíduos, grupos e sociedades para determinar suas preferências são o resultado de seu aprendizado ao longo do tempo" (NORTH, 1993, p. 2). Mas, para Arend e Cário (2005), elas são fruto das incertezas oriundas da relação humana. "As eleições que os indivíduos fazem dependem de suas crenças, e estas são uma consequência do aprendizado cumulativo que se transmite, culturalmente, de geração a geração" (AREND; CÁRIO, 2005, p. 68).

Diante dessa premissa, conclui-se que o hospital é uma organização, porque se materializa num conjunto de pessoas que desenvolvem suas atividades partilhando de um mesmo objetivo comum. A ouvidoria, como um instrumento gerencial, traz a possibilidade de verificar se os integrantes da organização hospitalar partilham do mesmo objetivo nos ajustes das não conformidades apontadas pelo usuário nas demandas deste órgão.

A ouvidoria, como uma instituição oriunda de uma política pública, o SUS, com as suas normas e diretrizes, possibilita a aprendizagem organizacional, por ser um instrumento gerencial que se materializa no encontro das necessidades do usuário com a gestão do hospital, e concretiza, dessa forma, a participação da sociedade na administração pública.

Levi (1991) comenta que as instituições estabelecem as suas regras de poder, de acordo com os interesses de muitos ou poucos. "Uma definição de instituição que ignora este fato deixa de apreender algo que é específico às instituições, a saber: que os mecanismos de delimitação de escolhas, incluindo escolhas contratuais, refletem uma distribuição de poder" (LEVI, 1991, p. 83).

A mesma autora ressalta que as tomadas de decisão nas instituições formais se estabelecem pela hierarquia interna e pela afirmação do poder coercitivo de alguns membros da sociedade a outros, usado na distribuição de serviço e na coordenação de interesses

comuns nas ações dos indivíduos envolvidos, para garantir o usufruto e reduzir custos aos poderosos beneficiados (LEVI, 1991).

A exemplo de poder nos hospitais, Vasconcelos et al. (2007) deixa claro que uma das fontes de poder instituídas nos hospitais são as práticas e o discurso que tendem a normatizar os indivíduos. O sofrimento é inerente aos doentes internados, mas, por vezes, esse sofrimento é intensificado pelo próprio hospital quando os mesmos são submetidos a essas práticas e discursos normatizantes. "O poder médico está marcado em nossos corpos, é produzido e reproduzido em nossas relações, mas isso não significa impossibilidade de reverter situações que têm produzido submissão nos hospitais" (VASCONCELOS et al., 2007, p. 141).

Outra grande fonte de poder na organização hospitalar é a hierarquia profissional culturalmente imposta pela hegemonia médica, sendo dele a total responsabilidade da prescrição do tratamento e da cura do doente, esse fato nega aos outros profissionais, e ao próprio paciente, a participação no processo como corresponsáveis e protagonistas em sua linha de ação. O que fica claro nas palavras de Vasconcelos et al. (2007, p. 140) quando assevera que: "a hierarquia dos profissionais de saúde é um bom exemplo deste jogo de poder." Hall e Taylor (2003), teóricos do neoinstitucionalismo, contribuem ao afirmarem que os conflitos advindos da desigualdade de poder são oriundos do interesse que privilegiam uns em detrimento de outros.

Isso refuta o que é preconizado pela PNH, que trata a saúde como construção social realizada pelos sujeitos envolvidos. É na perspectiva de mudar esse paradigma que a PNH se estabelece como uma instituição política transversal focada na transdisciplinaridade. Vasconcelos et al. (2007) corrobora quando afirma que: "os corpos disciplinados se rebelam, não há submissão total e é aí que precisamos fazer incidir nossas ações" (VASCONCELOS et al., 2007, p. 141).

A transdisciplinaridade significa a contribuição de todos os conhecimentos inerentes a cada área, inclusive o conhecimento do próprio paciente, para uma construção solidária, em que todos têm sua parcela de contribuição para o tratamento e cura do paciente, e, assim, sair do modelo de fragmentação do cuidado, que despersonaliza o paciente e o transforma num simples objeto de trabalho.

À luz de Nicolescu, (1999, p. 11): "a transdisciplinaridade, [...] diz respeito àquilo que *está ao mesmo tempo entre* as disciplinas, *através* das diferentes disciplinas e *além* de qualquer disciplina. Seu objetivo é a *compreensão do mundo presente*, para [...] a unidade do conhecimento".

O mesmo autor nos diz que o pensamento clássico considera a transdisciplinaridade um absurdo, porque nada existe entre e através das disciplinas, somente um espaço vazio, ou seja, não tem objeto. Isso vai de encontro à visão piramidal do conhecimento, uma vez que o pensamento clássico considera cada fragmento uma pirâmide inteira, sendo cada disciplina inesgotável no seu campo de ação.

Já para os teóricos da transdisciplinaridade, o pensamento clássico não chega a ser um contrassenso, mas é restrito no seu campo de atuação, uma vez que dentro dos vários níveis que a realidade nos condiciona "o espaço entre as disciplinas e além delas está cheio, como o vazio quântico está cheio de todas as potencialidades: da partícula quântica às galáxias, do quark aos elementos pesados que condicionam o aparecimento da vida no Universo" (NICOLESCU, 1999, p. 11-12).

Nicolescu (1999, p. 12) ainda aduz que: "embora a transdisciplinaridade não seja uma nova disciplina, nem uma nova hiperdisciplina, alimenta-se da pesquisa disciplinar que, por sua vez, é iluminada de maneira nova e fecunda pelo conhecimento transdisciplinar".

Adotar o modelo estabelecido pelas instituições políticas, (SUS, PNH, Ouvidoria) vai exigir a quebra de um paradigma, o comprometimento da direção e a aderência dos funcionários do hospital ao processo. Para isso, será necessário que eles tenham acesso às informações e conheçam o novo modelo de atenção, através de treinamento em serviço, para que esse novo comportamento possa se cristalizar naturalmente e gerar uma nova cultura organizacional, pois do contrário, se for algo imposto, poderá haver resistência à mudança. "Se a mudança organizacional quebrar valores e normas solidificadas e forçar as pessoas a mudarem o que elas fazem e como fazem, a cultura de uma organização causará resistência à mudança" (JONES, 2010, p. 227).

É importante também, favorecer a gestão compartilhada entre os gestores, servidores e usuários, focada na compreensão por todos os envolvidos da importância de cada um no desenvolvimento do processo de trabalho, para se obter bons resultados, tanto para os usuários - que são a razão primeira da existência de qualquer instituição de saúde, e devem ser o termômetro a avaliar a qualidade da assistência prestada - quanto para a organização, que através deles, pode identificar possíveis falhas no processo e buscar soluções para sanar a não conformidade. É aí que entra a importância da ouvidoria como um instrumento de gerencia, capaz de fazer a ponte entre o usuário e a alta gestão e de minimizar os efeitos das adversidades encontradas no dia a dia dos hospitais, podendo ser um dos canais a fazer a diferença.

O século XX se notabilizou como o século das grandes descobertas, da informação, do conhecimento, da globalização e da mudança. O que estimulou um movimento forte em busca de alternativas que permitissem que nas organizações hospitalares a saúde se consolidasse como construção social, e a ouvidoria, como um espaço democrático de construção de novas possibilidades, entra nesse cenário com a proposta de efetivar a participação do usuário na gestão pública e contribuir para melhoria da assistência.

2.3 AS INSTITUIÇÕES POLÍTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE

Nesse tópico, será contextualizado todo o processo político que culminou com a implementação de instituições políticas dentro da organização do Estado, para normatizar o atendimento à saúde pública, através do SUS, PNH e ouvidoria, buscando-se salvaguardar, nesse contexto a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Essas instituições preconizam os usuários como protagonistas e corresponsáveis pelo seu tratamento e cura nos espaços dos hospitais públicos.

2.3.1 Contextualizando o SUS

O Brasil, como um sistema político federativo, se organiza na constituição das “três esferas de governo – União, Estado e Municípios - todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica” (SOUZA, 2002, p. 9).

A escolha do sistema federativo para o Brasil se deve ao fato de ser um sistema adequado para países com acentuada diferenciação na política, na economia, na cultura, na religião ou na sociedade, e, principalmente, por propiciar o respeito aos valores democráticos. Por outro lado, a implementação de políticas sociais de cunho nacional nesse sistema, é mais complexa de ser efetiva, a exemplo do Brasil se levarmos em consideração a sua diversidade, marcada pela desigualdade e exclusão social. Devido a isso, é acentuado o papel das políticas sociais de redução das desigualdades e de inclusão social, o que vai exigir das três esferas de governo a adoção de mecanismos de articulação, com propósito de cooperação e complementação, bem como a explicitação das diferentes funções dos três níveis de governo (SOUZA, 2002).

Para alcançar a proposta, foi necessária a elaboração de um sistema de saúde que inovasse no sentido de descentralizar a gestão dos serviços de saúde, de acordo com as

especificidades “regionais e intrarregionais”, ou seja, em virtude do seu desenvolvimento, porte, sociodiversidade e, considerando ainda, a capacidade de indução dos entes federais, poder de veto dos estados e capacidade de implementação do ente municipal (OLIVEIRA, 2005). Para Faleiros et al. (2006), o Estado era considerado classista e opositor pela sociedade civil organizada, que através da participação popular tem como foco trazer para si os bens e serviços e resistir à exclusão social.

O SUS é institucionalizado pela Lei n° 8.080, conhecida como Lei orgânica da Saúde, que e está baseada no caráter universal para a cobertura das ações de saúde, função esta desempenhada antes pelo INAMPS, somente para os seus beneficiários. A relação do INAMPS com o setor público de assistência à saúde, no final da década de 1980, era estreita, sendo que, a partir de 1990, ele foi transferido para o Ministério da Saúde, que já vinha participando significativamente de seu financiamento (SOUZA, 2002).

O Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, ao alocar recursos baseou-se na realidade deixada pelo INAMPS, que tinha sua “capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal” (SOUZA, 2002, p. 15).

O SUS se estabelece como um modelo moderno de atenção à saúde, que tem como uma das principais características a valorização da gestão municipal na organização dos serviços de saúde. Apesar do alcance social e das conquistas, esse modelo ainda tem sérios problemas de financiamento e de gestão. A gestão fica a cargo do município e o financiamento das três esferas de governo (JUNQUEIRA, 2008).

Andrade (2008) comenta que o SUS desde sua implementação, encontra dificuldades para sua aplicação, a falta de recursos para saúde, talvez a mais importante de todas as dificuldades encontradas, se reflete no baixo investimento em infra-estrutura, outra não menos importante, e que tem causado sérios problemas de restrições orçamentárias para as instituições que prestam serviço para o SUS, é o pequeno valor pago por procedimentos realizados, o que favorece a prestação de serviço de baixa qualidade à população

Desde a institucionalização do SUS, com o princípio da universalidade de acesso, os hospitais têm convivido com dificuldades em atender a demanda que chega a sua porta. Apesar do sistema de saúde ter claro na institucionalização da atenção e da gestão da saúde os três níveis de atenção, a saber: atenção básica, de média complexidade e a de alta complexidade, esses não conseguem realizar a integralidade das ações de forma positiva, por vários motivos, dentre eles podemos citar: falta de conhecimento dos usuários referente ao

fluxo de atendimento, orientação adequada no sistema de referência e contra-referência, e o mais comum, quando o paciente com a doença já instalada requer tratamento imediato de média e ou alta complexidade surge na porta dos hospitais, gerando filas enormes de pessoas em busca de tratamento, demandados pela falta de uma política mais eficaz de promoção e prevenção de doenças e agravos.

Para Elias (2004), atualmente o grande desafio do SUS é efetivar-se como política de Estado, o que "representa (re)significá-lo como expressão da negociação Estado/sociedade consagrada na Constituição Federal e, portanto, imune em seus fundamentos às naturais alternância de poder" (ELIAS, 2004, p. 1). Num futuro imediato a saúde só será uma possibilidade se vinculada ao êxito do Estado na construção de políticas públicas ligadas ao enfrentamento da exclusão social (ELIAS, 2004).

O Brasil já avançou muito na área da saúde, mas ainda convive com profundas desigualdades socioeconômicas e exclusão social. É preciso rever os conceitos, os entraves, os erros e criar mecanismos que possam acabar, ou pelo menos minimizar, os problemas que afligem a saúde pública. É necessário efetivar a saúde como um direito de uso e não de troca, a ser construído por toda sociedade, o que é preconizado pelas Políticas públicas de saúde, dentre elas a ouvidoria, que traz a proposta do controle social através da participação do usuário do sistema na administração pública.

2.3.2 A PNH e a mudança no modelo de atenção à saúde

O direito à saúde vem sendo conquistado ao longo dos anos, o ponto primordial dessa conquista foi a institucionalização da "saúde como direito de todos e dever do Estado", estabelecido na constituição de 1988. Colocar isso em prática, ao longo desses mais de 20, anos tem sido um desafio de conquista diário, visto que o Brasil, como um país de grande extensão geográfica, com dificuldade de acesso, com profundas desigualdades socioeconômicas retratadas na exclusão social, ainda hoje presente, tem se mostrado com graves problemas no atendimento das necessidades do usuário.

Além disso, os serviços de saúde retratam a desvalorização dos trabalhadores de saúde; as precárias condições de trabalho; a precária relação de trabalho visualizada pelo frágil vínculo estabelecido entre os usuários, trabalhadores e gestores; o pouco investimento no processo de educação em serviço desses trabalhadores; a gestão desarticulada das reais necessidades, com a pouca participação dos envolvidos no processo saúde-doença.

Há outro problema muito identificado quando da avaliação dos serviços de saúde, o

despreparo dos trabalhadores da área em lidar com a dimensão subjetiva da pessoa doente, com a singularidade da resposta humana às adversidades imposta pelo adoecimento. Outro fato não menos importante é a questão do modelo de gestão centralizada e altamente verticalizada, que impede o trabalhador de participar de seu processo de trabalho.

O Ministério da Saúde, em 2000, após identificar as inúmeras reclamações e maus tratos nos hospitais públicos do Brasil, solicitou aos profissionais da área da saúde, que elaborassem um programa que valorizasse a dimensão humana e a singularidade das pessoas doentes, nas relações que se estabeleciam nos hospitais, entre profissionais de saúde com o usuário e a família, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2003a).

Mesmo com os avanços desde a implementação do SUS, o cenário exigiu mudança ou pelo menos intervenção para sanar problemas que persistiam sem solução. A ouvidoria, através das informações contidas nas manifestações dos usuários, traz a possibilidade de revelar essas e outras questões e promover a melhoria desses aspectos através da aprendizagem organizacional.

Em 2000 o Ministério da Saúde elabora e implementa o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) um projeto piloto em vários hospitais do Brasil. Em 2003, o programa evoluiu para uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, que soma acolhimento e solidariedade à qualidade nos atendimentos, e tem caráter mais abrangente ao vincular a essa proposta a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, são eles: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (SOUZA, 2003).

No âmbito da saúde, a humanização traz para si uma aposta ético-estético-político, ela é ética quando diz respeito à atitude dos usuários, gestores e trabalhadores da área da saúde como co-responsáveis; é estética por produzir saúde na subjetividade do protagonismo; por fim é “política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2006a).

A PNH, uma política transversal que atravessa as diferentes ações e instancias gestoras do SUS, construída em 2003, a partir de experiências concretas de um SUS que dá certo, tem o propósito de efetivar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, para isso, foram elaboradas as “cartilhas da PNH”, com o objetivo de disseminar tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo

da saúde (BRASIL, 2004a).

As cartilhas são entendidas como tecnologias ou modo de fazer, são elas:

a) **Gestão e Formação no Processo de Trabalho**: entende a humanização como uma política que perpassa todas as instâncias do SUS. Tem o foco de atuar na descentralização, na busca da autonomia administrativa da rede de serviços, de forma a proporcionar uma gestão compartilhada, integrando os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais (BRASIL, 2006a).

b) **Grupo de Trabalho e Humanização:** formado por um grupo de pessoas que têm interesse em discutir o próprio trabalho e suas relações, no sentido de melhorar o desenvolvimento do processo de trabalho e atingir a qualidade na produção de saúde para todos os envolvidos (BRASIL, 2006a).

c) **Gestão Participativa e Cogestão**: tem o propósito de desenvolver o novo formato de atendimento na área da saúde e proporcionar a participação de todos os envolvidos para um trabalho em equipe, assegurando, assim, a implementação das diretrizes do SUS, promovendo a motivação, favorecendo o estímulo para reflexão, e elevando a autoestima dos profissionais e o fortalecimento da criatividade, do empenho no trabalho, com troca de saber, poder e afeto entre os envolvidos, a saber: profissionais, usuários e os gestores (BRASIL, 2006a).

d) **Acolhimento com Classificação de Risco**: acolher é atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, através de uma postura de escuta solidária, para dar a resposta adequada a todos os usuários. Isso implica em atender aos usuários e á família com resolutividade, orientando e encaminhando-os, quando for o caso, a outro serviço de saúde, para a continuidade do tratamento e ou do atendimento, para isso é necessário estar articulado com os serviços envolvidos para garantir o sucesso do encaminhamento (BRASIL, 2006a).

e) **Clínica Ampliada Equipe de Referência (responsável) e Projeto Terapêutico Singular**: propõe-se a ser um instrumento em que os trabalhadores e os gestores da área da saúde atuem nas clínicas de forma a reconhecer o valor de todos os saberes envolvidos, utilizando este potencial em prol de uma melhor resposta do projeto terapêutico aplicado. Esse desafio em buscar a participação e autonomia dos sujeitos envolvidos “é tanto mais

importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do sujeito no projeto terapêutico" (BRASIL, 2006a, p. 37).

f) **Equipe de Referência (responsável) e Apoio Matricial**: implica na divisão de poder gerencial. Isso significa dar algum poder de decisão às equipes transdisciplinares na organização, o principal foco deve ser o trabalho em equipe. "O 'trans' aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe" (BRASIL, 2006a, p. 43).

g) **Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico**: vem com a proposta de modificar a prática profissional centrada na doença e em procedimentos tarefeiros que não abordam o ser humano holisticamente, de modo global, mas sim fragmentado em partes. Essa nova proposta "envolve um conhecimento orientado por um sentido comum e que atravessa as várias práticas profissionais" (BRASIL, 2006a, p. 48).

h) **Redes Sociais**: propõe que os diferentes conhecimentos possam ser agregados para a produção de saúde. Para isso, é necessário que os profissionais consigam "identificar as necessidades de saúde e os direitos do cidadão, respeitando-se os diferentes grupos e movimentos sociais, gêneros, etnias, raças, orientações sexuais e populações específicas (povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)" (BRASIL, 2006a, p. 53).

i) **Trabalho e Redes de Saúde**: significa valorizar os trabalhadores da área da saúde. "Esta cartilha pretende contribuir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à efetivação de uma gestão que inclua a participação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde" (BRASIL, 2006a, p. 60).

j) **Visita Aberta e Direito à Acompanhante**: "é o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente" (BRASIL, 2006a, p. 67).

k) **Ambiência: Humanização dos "Territórios" de Encontros do SUS**: "Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social,

profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana" (BRASIL, 2006a, p. 71).

É notável a contribuição dos avanços tecnológicos em muitas áreas do conhecimento, mas é perceptível também ratificar que por si só não se bastam. Se o desenvolvimento técnico e a globalização tem nos aproximados, ainda há distâncias a serem eliminadas. Instituir uma Política Nacional de Humanização para humanizar as relações construídas no ambiente hospitalar não deveria ser um desafio, mas uma prática cotidiana e espontânea.

O Ministério da Saúde aponta que, mesmo em circunstâncias adversas, é preciso repensar as atitudes. Nunca é tarde para adotar o respeito à vida como o ponto de partida e de chegada na referência para todas as nossas ações (BRASIL, 2003a). A PNH e a ouvidoria, enquanto políticas de inclusão se estabelecem no contexto da saúde. A PNH com a proposta do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de tratamento como corresponsáveis, e a ouvidoria como um canal de informação, de comunicação, capaz de promover a mudança através da aprendizagem dos envolvidos nesse processo.

2.3.3 Ouvidorias no Brasil

Será discutido nesse subitem o contexto histórico da criação do instituto de ouvidoria na administração pública, no SUS e no contexto das organizações de saúde.

2.3.3.1 Contexto histórico

Contextualizar historicamente a criação do instituto de Ouvidoria nos remete a abordar um tema mais amplo, a criação da democracia, que significa "poder do povo", construída a partir de um processo de luta da sociedade. A partir daí, o homem tem a liberdade de buscar a sua realização.

Historicamente, cada época coloca em cena um homem diferente, que segue uma ordem construída coletivamente nas regras estabelecidas. Nesse processo, orientado pela subjetivação, a liberdade leva o homem a assumir responsabilidades, que nesse contexto não é um estado, mas sim um ato, assim, a liberdade para o homem nunca é permanente, porém ele nunca é indiferente a ela, o que ocorre é que o homem vive constantemente o problema de liberdade (MORAES et al., 2010).

O regime democrático é o mais eficiente para desenvolver e praticar a liberdade de ação e expressão, porém é válido ressaltar que a democracia não é a mãe da liberdade, ela é apenas um instrumento que facilita a permanência do estado de liberdade (MORAES, et al., 2010). No mundo antigo, "o pressuposto da democracia direta era a liberdade. Ter liberdade significava praticá-la" (MORAES et al., 2010, p. 6). Nessa época, não havia eleições, pois para eles, isso geraria distinções e como a democracia nos remete a um regime de iguais, qualquer pessoa poderia exercer qualquer função, então uma assembleia era formada para a tomada de decisão, e de lá saia, através de sorteio, um grupo de pessoas que ficavam responsáveis pelo encargo (MORAES et al., 2010).

O mesmo autor ressalta que na Grécia antiga a polis "era um navio que não leva passageiro e sim tripulação. No estado moderno, somos passageiros dessa nau (pagamos impostos, obedecemos às leis como bons clientes, mas não nos chamem para trabalhar como uma tripulação)" (MORAES et al., 2010, p. 7). Falta a percepção de que o Estado somos nós, é o fim da democracia direta e o início da representatividade, estamos elegendo representantes que decidirão por todos (MORAES et al., 2010).

Para Gurgel ([2004]), historicamente a construção desse processo democrático no Brasil passou por um longo período de aprendizado, permeado de avanços e retrocessos, contudo, atualmente a realidade vivenciada parece mostrar o estado de exaustão dos prolongados regimes autoritários. Porém, há um caminho longo ainda a percorrer até a concretude de um sistema pautado na existência de instituições fortes e confiáveis, que possam ser vividas pela sociedade, uma vez que a experiência política experimentada nos últimos anos tem muito de insatisfação, de algo incompleto de decepção. Além disso, o corrente modelo de democracia representativa herdou vícios que tendem a se estabelecer como uma "espécie de 'oligarquia eletiva', que oferece ao cidadão o direito de voto, mas que, uma vez encerrado o processo eleitoral, reserva a um pequeno grupo toda a responsabilidade pelo exercício do Poder Público" (GURGEL, [2004], p. 1).

Diante disso, é preciso buscar mecanismos que possam inserir esse cidadão que votou no exercício do poder público e, assim, efetivar a participação da sociedade na gestão pública. A ouvidoria é uma das muitas iniciativas pautadas na participação da sociedade na gestão pública que traz essa possibilidade, por dar ao cidadão a oportunidade de se expressar e fazer valer os seus direitos nas instituições públicas.

O contexto histórico sobre a ouvidoria demonstra que ela sempre esteve voltada para o controle da administração pública. Mesmo não havendo um consenso material a nível internacional (FALCÃO, 2010).

Com o processo de redemocratização no Brasil, com o processo de abertura política, depois de mais de 20 anos de regime militar, as ouvidorias ressurgiram, uma vez que a figura do ouvidor existia desde o período colonial. O primeiro Ouvidor-Geral do Brasil, Pero Borges foi nomeado por Tomé de Sousa, o qual tinha a função de ser o juiz em nome do rei, o observador, o acusador, representando dessa forma a justiça real portuguesa, com a função de julgar e punir, diferente do que preconiza hoje as ouvidorias. O punido, na maioria dos casos, não tinha o direito de recorrer, algumas vezes havia a necessidade de audiência, a qual tinha o governador como presidente (MENDONÇA, 2008).

Mendonça (2008, p. 12) deixa claro que: "a função de Defensor do Homem, ombudsman ou a de Mediador, na Europa, ou a de defensor, na Espanha, assemelha-se mais àqueles desempenhados pelo Ministério Público". Não se pode confundir a função desempenhada pelo Ombudsman na Europa, que tem sua função semelhante a do Ministério Público, com a do ouvidor, pois este atua somente na organização que trabalha (MENDONÇA, 2008).

A origem da palavra *Ombudsman* é sueca, país em que se deu a criação do *ombudsman* clássico. A Suécia é um país conhecido pela vanguarda na questão da proteção social, por proporcionar uma excelente qualidade de vida para sua população (MORAES, et al., 2010). Bezerra (2010) corrobora quando deixa claro que o *ombudsman* moderno nasceu na Constituição sueca de 1809, mas foi a partir dos anos sessenta, após a Segunda Guerra Mundial que iniciou um movimento contagioso da instituição *ombudsman* pela Europa.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma preocupação em garantir os direitos e dar voz às pessoas. Assim, a figura original do o*mbudsman* é muito bem vinda, por ser um instituto vinculado ao legislativo, que protege os direitos do cidadão. A Europa arrasada pelo conflito deu origem a um novo modelo de governo, proporcionado por um Estado encarregado de levar o máximo de prestação de serviços públicos ao cidadão, através de um alto nível de bem-estar social. Apesar de ser considerada uma importante conquista do século XX, não podemos negar que esse avanço culminou com uma série de restrições da liberdade individual, pela expansão dos poderes discricionários da administração pública, tentando controlar e dirigir cada vez mais a vida do cidadão. A consequência dessa intervenção estatal na vida das pessoas se projetou em reclamações referentes à burocracia do estado moderno. Diante disso, a instituição *ombudsman* trouxe a possibilidade de travar a tirania da administração pública, cada vez mais presente nos serviços públicos, garantindo, assim, os direitos e a liberdade das pessoas, constituindo-se em uma das mais importantes respostas da sociedade (BEZERRA, 2010).

> O instituto do *ombudsman* distingue-se do da ouvidoria, porque ele é: Basicamente um instituto do direito administrativo, de natureza unipessoal e não contenciosa, funcionalmente autônomo e formalmente vinculado ao legislativo, destinado ao controle da administração e, nessa condição, voltado para a defesa dos direitos e legítimos interesses da população. [...] as ouvidorias brasileiras, por sua vez, na sua maioria, 'estão constituídas na forma de órgãos do Poder Executivo', representando mecanismo de controle interno ou interorgânico, da administração pública (GOMES, 1996 apud VILANOVA et al., 1999, p. 2-3).

Na década de noventa no Brasil houve um movimento de ombudsmania com o aparecimento de várias ouvidorias e *ombudsmans* do serviço público e privado, esses, entretanto, estão longe do que preconiza o ombudsman sueco, o qual fiscaliza o serviço público e defende os direitos do cidadão. Mesmo depois de frustradas tentativas para a sua implementação, o que se percebe é que o legislador entregou ao Ministério Público as atribuições do ouvidor do povo e resolveu criar as ouvidorias (BEZERRA, 2010). "A solução salomônica deixou órfão o cidadão: nenhuma das duas figuras, nem de longe, pode ser tomada por *ombudsman"* (BEZERRA, 2010, p. 49).

Partindo dessa premissa, entra em pauta a discussão a respeito da democracia participativa como uma visão inovadora, que pode ser contemplada como modelo representativo de democracia, visto que, abre espaço para a efetiva participação da sociedade civil na composição da gestão pública (GURGEL, [2004]).

Esse novo modelo, previsto na constituição Federal de 1988, legitima todos os poderes, os quais têm o firme propósito de ampliar a participação da sociedade, fortalecendo o exercício pleno da cidadania para o controle do Estado, nesse contexto surgem as Ouvidorias e os Conselhos de Gestão e Fiscalização como protagonistas desse novo papel (GURGEL, [2004]).

A ouvidoria tem papel importante nesse contexto, por se estabelecer como um instrumento de promoção dos direitos do cidadão, politicamente construída na comunicação entre a gestão e o usuário, com o propósito de promover a correção dos problemas que permeiam a administração pública. "O papel da ouvidoria não é o de procurar e apontar defeito na ação da instituição, mas funcionar como uma espécie de controle de qualidade do serviço público, auxiliando na busca de solução para os problemas existentes na instituição" (BRASIL, 2006b, p. 10).

O Brasil ainda possui uma estrutura burocrática complexa, e a ouvidoria pública, como um espaço democrático, se efetiva como um órgão de defesa cidadã frente à gestão pública. "O *Ombudsman*/ouvidor contribui, pois, para preencher as lacunas da democracia

representativa, fornecendo elementos da democracia participativa, através da participação direta dos cidadãos na gestão pública" (VILANOVA et al., 1999, p. 4).

É importante ressaltar que a função dos ouvidores não pode ser confundida com atividades legais de advogados e promotores, nem tampouco com o trabalho desenvolvido em fóruns, tribunais, Ministérios Públicos, entre outros. Representar o cidadão junto ao serviço público é sua função e ao desenvolvê-lo deve se comportar como um receptor das demandas oriundas da população que estejam relacionadas com o serviço público (MENDONÇA, 2008).

A Ouvidoria, ao representar o cidadão e defender os seus direitos, estabelece a publicização, busca a eficiência, eficácia e também a efetividade dos serviços públicos, assumindo uma função, de grande importância na gestão pública (FALCÃO, 1999). "Ao mesmo tempo, a comunidade pode aferir o nível de compromisso da Administração Superior, através do *feedback*, propiciado pela ouvidoria, sobre o acolhimento de suas demandas" (VILANOVA et al., 1999, p. 2).

É importante que a atividade da ouvidoria tenha caráter pedagógico para transmitir à sociedade a questão ética que se estabelece entre o cidadão ou consumidor quando desfruta do serviço público e tem a sua defesa vinculada à luta pela democracia (MENDONÇA, 2008). Pedagógico porque irá promover a reflexão e favorecer o aprendizado, bem como o entendimento pela comunidade da função desse instrumento tão valiosos de cidadania.

Acolher a demanda da comunidade vai muito além desse *feedback,* pois é necessário para que a democracia nesse âmbito se efetive, que as soluções sejam coletivas e não pontuais, que possam trazer benefícios para todos e refletir o compromisso público de bem servir (VILANOVA et al., 1999).

A questão da participação da sociedade no Estado democrático da gestão pública é fundamental e, a ouvidoria, como um instrumento de gestão para o controle social, se estabelece como canal de comunicação entre a administração e o cidadão, para a resolução das não conformidades, proporcionando o desenvolvimento de uma cultura socialmente construída de prática para o controle social, permitindo, assim, o exercício da democracia.

Falcão (1999) concorda ao pontuar que a ouvidoria, como órgão receptor das demandas de uma realidade de exclusão social no país, busca diariamente a efetivação e eficácia de sua *práxis,* com autonomia e independência, para evitar irregularidades na gestão pública que possam lesar os direitos e garantias do indivíduo comum.

Vilanova *et. al*. (1999) comenta que muito se questiona sobre a independência e a autonomia das ouvidorias pela forma como estão constituídas, mas não se pode negar a importância de sua criação para o aperfeiçoamento democrático do país.

A ouvidoria surge timidamente no âmbito da saúde pública do país, com o propósito de garantir a participação da sociedade na construção de um novo modelo de atenção à saúde. "A Ouvidoria no cenário da saúde pública também traz à baila da instituição uma prática pedagógica da saúde [...] que quebra paradigma na relação usuário *versus* profissional" (FALCÃO, 2010, p. 63).

Para Falcão (2010), predomina ainda no serviço público a ideia de subserviência e de benevolência do usuário frente ao recebimento dos serviços prestados pelos servidores, porém esse quadro tende a mudar quando se tem um cidadão mais consciente de seus direitos, provocando no servidor uma nova postura.

Assim, o Serviço de Ouvidoria se estabelece no setor da saúde, mas precisamente nos hospitais, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência, por ser um espaço estratégico, politicamente institucionalizado, capaz de provocar mudança de paradigma, deixando para trás a forma de gestão centralizada para produzir um novo modelo de gestão, mais justo e comprometido com o bem comum.

Diante do exposto, faz-se necessário discutir a importância da ouvidoria no âmbito das organizações hospitalares, visto que, diante das transformações vivenciadas no serviço público, dos avanços e das conquistas da sociedade através da participação direta nas decisões e na elaboração de Políticas Públicas, possam não apenas se estabelecer institucionalmente, mas, principalmente, se efetivar na prática cotidiana dos serviços públicos. Assim, é importante iniciar essa discussão pelo SUS, pois foi a partir dele que as ouvidorias hospitalares surgiram no contexto das organizações hospitalares.

2.3.3.2 A criação da ouvidoria no contexto do SUS

Para falar sobre ouvidoria no SUS, é necessário historiar que a preocupação com essa temática não é de agora, ela iniciou com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e representa um marco histórico na institucionalização do controle social. Essa lei dispõe que a participação da comunidade seria através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2010b).

Os países que adotam o regime democrático, apesar de ter um modelo representativo, não conseguem satisfazer a sociedade pela pouca participação no modelo de gestão, gerado pela complexidade do mundo contemporâneo, exigindo novas práticas que evidencie a participação da sociedade de forma mais clara. Embora a sociedade esteja representada pelos políticos, nas Câmaras Municipais, Assembléia Legislativa e Congresso Nacional, parte da população não se sente assim representada (BRASIL, 2010a). "Nesse sentido, o cidadão fica distante dos eleitos que exercem as funções de representação, o que gera um razoável desestímulo à participação" (BRASIL, 2010b, p. 10).

Devido a isso foi necessário buscar novas formas de participação mais efetiva e mais próxima que atuem de forma a atender os anseios das pessoas. Partindo dessa visão, foi então aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a constituição de ouvidorias no âmbito do SUS. Nesse sentido, o MS institui a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP / MS, para estimular e ampliar o acesso dos usuários do SUS nas políticas públicas e, efetivar práticas mais concretas, de participação da sociedade na gestão do SUS. É no interior dessa secretaria que esta inserida o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (BRASIL, 2010b).

Muitas foram às iniciativas do MS, em adotar estratégias de comunicação entre o usuário e a Gestão do SUS. A primeira iniciativa se deu em 1996, com o "pergunte AIDS", para o enfrentamento da pandemia dessa doença, e de outras sexualmente transmissíveis, através de um telefone gratuito 0800, que era atendido por monitores universitários, que respondiam dúvidas e perguntas da população, sempre garantindo o anonimato (BRASIL, 2010a)

Devido ao grande número de ligações, em 1997 o então *Pergunte AIDS* se transforma em *Dique Saúde*, e amplia o serviço de utilidade pública, esse serviço, amplia seu leque de atuação, para além das doenças sexualmente transmissíveis, ele aborda também as doenças cardíacas, infecciosas, conselho de saúde, ações e política de saúde e transplante de órgãos dentre outros, além disso, começou a registrar também, reclamações, denunciais e sugestões ao Ministério da Saúde, surgindo assim, o primeiro passo para o estabelecimento da ouvidoria (BRASIL, 2010a)

Depois disso, outros serviços 0800 vieram, com a mesma proposta de ouvir o usuário, dentre eles: o *disque pare de fumar*, uma parceria do MS com o INCA, depois o *disque saúde mulher*, criado em março de 2003, também em parceria com MS com a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) da Presidência da República, seu o objetivo era orientar e acolher vítimas de violência no Brasil. Outro serviço criado foi *disque denúncia de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescente*, esse em parceria com Secretaria Especial de

Direitos Humanos (SEDH), ligada a Presidência da República. Em 2003 é criado *o disque medicamentos,* em parceira com o Núcleo de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), esse serviço permitia visualizar o preço de medicamentos comercializados nas farmácias particulares de todo Brasil. Em novembro do ano de 2005 foi criado a Central de Atendimento à Mulher (CAM), para atender denúncias de violência contra as mulheres. Por fim, em 2006, todos os serviços acima citados foram condensados para serem tratados pelo *disque saúde*, exceto o *disque denúncia de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescente* e a *Central de Atendimento à Mulher*, otimizando dessa forma o atendimento ao cidadão que nesse caso tem de memorizar um único número de telefone utilizado nacionalmente e diminuir os custos com telefonia (BRASIL, 2010a).

È perceptível a necessidade de se instituir uma estratégia que pudesse deixar os usuários mais perto do foco para o atendimento de seus anseios, pois do contrário seria inviável ter um telefone gratuito 0800 para cada diretriz. Foi então instituído o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) em 09 de Julho de 2003, através do decreto Presidencial nº 4.726, vinculado a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) que define entre "outras competências, a responsabilidade de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS" (BRASIL, 2010a, p. 15).

Em 13 de julho de 2006, o presidente da república através do decreto 5.841 revogou o decreto 4.726 de 09 de julho de 2003, aprovando naquele, uma nova estrutura regimental de cargos comissionados e gratificações do MS. Atualmente está em vigor o decreto nº 6.820 de 27 de maio de 2009, o qual revogou o decreto n° 5.841, e teve o propósito de refazer as atribuições e competências do DOGES e SGEP do MS (BRASIL, 2010a).

Atualmente o Disque Saúde transformou-se num canal de informação, "com número telefônico divulgado há mais de 10 anos, o Disque Saúde é nacionalmente referenciado no atendimento ao cidadão no âmbito do SUS, vinculado e fortalecido pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS" (BRASIL, 2010b, p. 16). O qual vai centralizar as demandas de reclamação, sugestão e informação entre outras, oriundas dos diversos serviços que tem implementado esse instrumento de comunicação.

Um fato interessante a ressaltar, é que a ouvidoria do SUS foi concebida de forma diferente de outras ouvidorias, com o objetivo de informar a sociedade acerca de temas relacionados à saúde, o que não a deixou fora do contexto de um clássico serviço de ouvidorias (BRASIL, 2010b).

É importante ressaltar, que a ouvidoria “não se configura apenas uma questão burocrática, essa instituição tem sua base no SUS, política publica fruto de imensa mobilização social, e suas diretrizes básicas que são a universalidade, integralidade e equidade” (OUVIDORIA..., [2005], p. 2).

No Brasil, a primeira ouvidoria Pública, data de 1986, criada em Curitiba – PR pelo decreto-lei no 215/86. Desde então, começou a ser difundido o processo para criação de Ouvidorias pelo país, com o objetivo crucial, de defender os interesses legítimos do cidadão. O primeiro ouvidor foi *Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes.* (MORAES et al., 2010).

No Estado do Pará a primeira ouvidoria Pública institucionalizada pela Lei nº 5.944/96 foi a do Sistema de Segurança Pública do Estado do Pará (SSP), vigorando de fato a partir de junho de 1997. Na área da saúde foi o Hospital de Clinicas Gaspar Viana quem deu o primeiro passo, instituindo sua ouvidoria através de um projeto interno em 2001, com imediato funcionamento.

Em 2003, o Hospital Ophir Loyola criou sua ouvidoria através da portaria n°149/2003, um projeto do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital (GTH). Nesse mesmo ano, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará também institucionalizou e implementou sua ouvidoria. No ano de 2004, a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará (SESPA) começou a funcionar sua ouvidoria, mas, somente em 25/03/2009 sua ouvidoria foi regulamentada pela Portaria nº 314/2009, a qual criou também a Rede de Ouvidoria do SUS no âmbito da SESPA, de acordo com a seguinte organização: uma ouvidoria Central e 13 ouvidorias Regionais, correspondendo aos 13 Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará (MORAES et al., 2010).

Mas para a ouvidoria se efetivar é preciso ter um ouvidor que desempenhe suas atividades dentro de um perfil inerente a sua função, assim, os requisitos essenciais de um ouvidor são:

> Conhecer o segmento em que exercerá a sua atividade e não apenas a instituição; ter relação direta com o dirigente maior; preferencialmente não integrar a organização (negativa ao corporativismo); ter sensibilidade e paciência; possuir capacidade de escuta (não interromper o cidadão); ser probo; não é exigida formação específica para atuar em ouvidoria; possuir conhecimento em ouvidoria (tecnicamente capacitado para exercer a função); proatividade; gozar de credibilidade; maturidade na prevenção e solução de conflitos; persuasão; desenvolver análise crítica; adaptabilidade/flexibilidade (BRASIL, 2006b).

Para ser um ouvidor do SUS, como a do presente estudo, por se tratar de um hospital público, o Ministério da Saúde, dispõe de algumas orientações que devem compor o perfil do

ouvidor do SUS, são elas: o cargo deve ser priorizado a um servidor efetivo, para diminuir o grau de precarização das relações de trabalho nos serviço público, garantindo assim, a continuidade do serviço, mesmo com a troca da gestão. Com relação à formação acadêmica, é importante que o ouvidor tenha conhecimento na área da saúde, e principalmente sobre o SUS, porém a multidisciplinaridade indica o caminho ideal para os melhores resultados para o serviço, pois é preciso ter disponibilidade para um trabalho interdisciplinar, que é o perfil cada vez mais valorizado hoje na área da saúde. Como as demandas para serem resolvidas, não dependem de uma única pessoa dentro de uma organização, é necessário que esse profissional tenha um forte caráter articulador, e deve estar preparado para atender a demanda, manipular dados e construir informações, que deverão ser apresentadas a gestão de forma adequada e atraente para alcançar os resultados; é necessário também ter flexibilidade para transitar em pólos extremos, sensibilidade ao acolher o cidadão, não menosprezar a carga de emoção contida nas manifestações, procurando extrair tudo que é essencial ao tratamento da demanda do usuário, bem como garantir o sigilo e contribuir para transparência das informações (BRASIL, 2010b).

2.3.3.3 A Ouvidoria no contexto hospitalar como instrumento de gestão

Diante do exposto nos capítulos anteriores, fica claro que a ouvidoria se tornou um instrumento de apoio incondicional aos usuários quando permite que a sua voz chegue até a gestão hospitalar. Ela traz a tona os condicionantes de insatisfação que permeiam as relações e as práticas exercidas nesse contexto, e pode promover a mudança, ao favorecer uma gestão articulada e compartilhada com os envolvidos no processo de desenvolvimento da prestação do atendimento.

A rotina dos hospitais públicos, geralmente tem em comum, o acúmulo de stress provocado pela grande demanda por atendimento. Beltrami e Camelo (2007) ressaltam que as ações complexas vividas nos hospitais com os atendimentos de cirurgias, exames, pronto socorro e as enfermarias de doentes internados, se misturam com sentimentos de ansiedade, desespero, impaciência e dor de pacientes e familiares.

Diante disso é importante favorecer o atendimento humanizado, através da escuta solidária, do acolhimento as necessidades do usuário, sem prejuízo as demandas do trabalhador. É importante ressaltar que humanizar o atendimento é também dar condições dignas de trabalho aos funcionários, que no serviço público geralmente desenvolvem suas atividades em condições precárias.

A PNH propõe no eixo da gestão do trabalho “a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional” (BRASIL, 2004a, p. 25).

A chegada da ouvidoria no contexto hospitalar traz a possibilidade de mudança na forma de gestão, ainda nos dias atuais fortemente disciplinadas pela Teoria Clássica da Administração de Taylor e Fayol, apesar do advento de vários movimentos para modernizar a gestão, como o da qualidade total, acreditação hospitalar, entre outros, adotadas nas organizações públicas e privadas, pela imposição de um usuário mais consciente e por isso mais exigente, que passou a exigir melhor qualidade no atendimento como diferencial de escolha no mercado competitivo. Gurgel Junior e Vieira (2002, p. 326) corroboram e acrescentam que, além da administração pública “fenômeno semelhante pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional como diferencial de mercado”.

Alguns hospitais públicos, que fugiram a regra e, apostaram nessa metodologia para melhorar a sua gestão, saíram na frente, e conseguiram modernizar dentro dessa lógica. Mas a maioria, ainda hoje, convive com todos esses dilemas descritos. Pinheiro, Giacomini Filho e Silva (2007) em pesquisa sobre Certificação de Qualidade nos Hospitais Públicos da Cidade de São Paulo ressaltam que, dos 26 hospitais públicos pesquisados, 08 foram certificados com selo Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), 16 com o selo da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e 02 com o selo da Joint Comission International (JCI) subsidiária *da Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO).

Os mesmos autores afirmam que esse movimento pela qualidade iniciou na década de 90 e a partir de então, o Brasil tem se preocupado com a melhoria dos serviços da Administração Pública, se apropriando de ferramentas que tornem a gestão mais eficiente, com foco em oferecer um atendimento com qualidade à sociedade, o que tem gerado reformas e programas de governo, a exemplo do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) e o Programa de Qualidade do Governo Federal aplicado à saúde.

Para Gurgel Junior e Vieira (2002), a organização hospitalar tem especificidades inerentes a organização do serviço de saúde, que prejudicam uma implementação eficaz de programas de qualidade, são eles: as leis que atuam no mercado não se adéquam dignamente ao setor saúde, posto que, as necessidades das pessoas não mercantis se colocam acima dos custos para a produção do valor praticado pelo mercado; o setor saúde é um segmento cronicamente carente em certos países, assim a concorrência é frágil nessas organizações; o

tipo de produto demandado dessa organização é a assistência prestada, a qual tem uma variedade muito grande e específica de cada paciente, que tem um comportamento peculiar, isso dificulta a padronização dos processos de trabalho, bem como dos serviços ofertados; nesse mercado as informações são assimétricas, os clientes são leigos, não tem capacidade de julgar o tratamento, muito menos suas necessidades, trazendo dificuldades no que se refere à opção de consumo; outro fato é que o consumo é imediato a produção, ou seja, a prestação do serviço, sem o tempo necessário para o controle, o estoque e a inspeção; o serviço é desempenhado por profissionais, dos mais diversos níveis de escolaridade e com interesses distintos; os médicos possuem uma resistência a esse tipo de programa, sentem-se fiscalizados frente ao controle externo. Pereira (2002) complementa que "alguns hospitais privados assumiram gradativamente formas de gestão similares às de uma empresa com fins lucrativos" (PEREIRA, 2002, p. 91).

O Ministério da Saúde aponta que "as ouvidorias surgem como mais um serviço para o fortalecimento da participação social e da qualificação da gestão do SUS" (BRASIL, 2010b, p. 18). Entretanto, Pereira (2002) afirma que as ouvidorias dos hospitais ao acolher as demandas de reclamações dos usuários têm um caráter puramente social, por implicar em situações mais amplas relativas ao SUS, e ao tipo de serviços prestados pelos profissionais no hospital.

A conquista desse espaço democrático contribui para o aperfeiçoamento da gestão, através da demanda dos usuários, nas suas queixas, dúvidas, sugestões, críticas e elogios. "Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos" (OUVIDORIA...[2005], p. 3).

Não basta ter a ouvidoria, saber que ela possibilita a comunicação, a reinvidicação de direitos, porque por si só ela não se basta, é preciso que os usuários compreendam o seu significado, a sua força, para que possam utilizar esse instrumento de forma a provocar a mudança e garantir o princípio de cidadania, além disso, e tão importante quanto, esta o reconhecimento da gestão às demandas do ouvidor, do contrário, o discurso das políticas públicas fica vazio, somente com o corpo, a informação, sem alma, o significado, que lhe garante a concretude. Sair do discurso vazio significa fazer o encontro, da informação com o significado, promover a reflexão gerar o conhecimento para poder enfrentar as adversidades e lutar pela maximização dos seus direitos.

Véras (2005, p. 19) corrobora quando ressalta que “os serviços de saúde também são beneficiados, visto que a opinião dos usuários acerca da qualidade dos serviços contribuirá para o planejamento das ações dos profissionais de saúde, gestores e administradores”.

Prestar uma assistência de qualidade, dentro do que preconiza a humanização da atenção e da gestão à saúde, ou seja, com foco no melhor resultado para o usuário e para a gestão, deve ser o foco, mesmo diante de todas as dificuldades que passam os hospitais públicos. A ouvidoria por ser um canal de informação é um dos importantes instrumentos para promover a aprendizagem organizacional nas instituições de saúde pública. “Deste modo, poderá ser avaliado também o impacto da ouvidoria no resgate da cidadania, na implementação de políticas públicas de saúde inclusivas e na promoção dos seus direitos” (VÉRAS, 2005, P. 19).

Nessa discussão Coelho Netto (2007) deixa claro que para haver informação, é preciso que haja mudança de comportamento do receptor, e nem sempre uma informação transmitida [...] se caracteriza fielmente em caso de informação.

Os problemas enfrentados pelos hospitais públicos, na sua maioria, estão vinculados ao sistema de saúde, a sua organização e gestão. Os princípios que norteiam às políticas de saúde, a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade, garantidos na constituição do SUS, são frágeis por uma série de fatores que caminham na contra mão dessas diretrizes.

O espaço da ouvidoria possibilita o exercício da democracia participativa e qualifica as políticas públicas no que elas têm de melhor ou de pior, no sentido de favorecer a comunicação entre o cidadão e o serviço ofertado pelo Estado. Esse espaço se bem ocupado e socializado, poderá promover mudanças substanciais demandadas pela sociedade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O aporte teórico do neoinstitucionalismo diluído no desenvolvimento do trabalho permitiu compreender todo processo de evolução e de organização das instituições políticas no processo saúde – doença, uma vez, que os seus pressupostos teóricos permeiam instituições do estado, com modelos específicos de organização dessas instituições. A Abordagem Teórica sobre Informação e Comunicação no contexto do estudo, esta relacionada à promoção da aprendizagem na organização hospitalar a partir das manifestações do usuário da ouvidoria, objeto do estudo, bem como, com as categorias do neoinstitucionalismo, que além das instituições e organização já mencionados, envolve também o poder, as regras, as estratégias, os objetivos, uma vez que a informação é um importante dispositivo envolvido nessas categorias. Rocha afirma que o estado propõe políticas abrangentes, além das demandadas pela sociedade, de longo prazo, resultado de um poder privilegiado que é o acesso à informação (ROCHA, 2005). Metodologicamente a contribuição da abordagem através da análise documental, permitiu reunir as informações dos conteúdos de documentos do hospital, para entender o contexto de uma realidade, a partir dos relatos contidos nas manifestações dos usuários da Ouvidoria por meio de um roteiro de coleta de dados.

Este capítulo esta dividido em dois tópicos: O primeiro tópico aborda a teoria da informação que possibilita o entendimento do problema, trazendo contribuições da literatura que tratam da informação no contexto das organizações de saúde, a informação como dispositivo de mudança para tomada de decisão. O segundo tópico apresenta os procedimentos metodológicos para tratar o problema do estudo no contexto da organização hospitalar, o método adotado e a técnica de coleta de dados.

3.1 ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.

Este tópico irá iluminar a compreensão da importância da informação no contexto das instituições e das organizações, bem como, subsidiará a compreensão de fatores importantes para responder as questões norteadoras do presente estudo. Esta dividida em dois tópicos: o primeiro contempla a informação no contexto das organizações de saúde; e o segundo a informação como dispositivo de mudança para tomada de decisão na organização hospitalar.

3.1.1 A informação no contexto das organizações de saúde

O século XX se estabeleceu como o século das grandes descobertas, da informação, do conhecimento, da globalização. A busca desenfreada pelo conhecimento científico fragmentou por demais a ciência em vários aspectos. Na área da saúde, por exemplo, a medicina foi se fragmentando ao longo do tempo em especialidades e subespecialidades, pela própria exigência do tratamento e da tecnologia que foram surgindo no decorrer dos anos.

Mas não se pode negar que possibilitou o desenvolvimento de organizações em vários segmentos deste País, a exemplo de organizações hospitalares, que se transformaram em grandes centros tecnológicos, que para enfrentar a competitividade do mercado tem investido maciçamente na área da informação. Pinto (2000) ressalta que "Contemporaneamente, vivemos no mundo da informação, somos cotidianamente seus 'interlocutores'. Passamos grande parte de nossa vida tentando entender o mundo através das informações" (PINTO, 2000, p. 5).

Segundo Ilara Moraes (1998) entender o significado de Informação em Saúde, como instrumento com potencial para produzir conhecimento para libertar o homem no terceiro milênio, nos remete entender informação, na complexidade da vida moderna, como um produto construído historicamente nas relações de poder e de produção de saber. Possibilitar alternativas para ampliar os espaços de comunicação, em torno da Informação em Saúde, significa politizar estas relações, que são reduzidas ao campo da tecnicidade (MORAES, I., 1998). "Esta Política necessita ser estabelecida a partir de um processo de negociações contínuas, propiciado pela conquista de uma participação ampliada em mecanismos coletivos de gestão da informação, considerada então como um bem público" (MORAES, I., 1998, p. 3). É nesse sentido que estudo vai utilizar a informação, partindo da premissa que a ouvidoria é um dos instrumentos gerenciais de participação coletiva para promover a aprendizagem organizacional a partir das manifestações dos usuários.

Outro dilema que Cunha *et al* (2009, p. 3) chama atenção é que "o grande desafio tem sido buscar ferramentas e estratégias para melhoria da produtividade e do atendimento ao cliente, que são considerados voláteis em razão das pressões exercidas pelo ambiente". Uma das estratégias que se estabeleceu com esse propósito em muitos espaços das organizações, tanto pública quanto privada, foi a ouvidoria, que se fixou nesse cenário como um canal de comunicação entre o usuário e a gestão, configurando mais uma conquista da sociedade, que tem como um de seus objetivos, a mudança de paradigma no complexo contexto da saúde, por

representar a demanda de usuários e de trabalhadores de saúde, diminuindo as distâncias entre estes e a alta gestão.

Para Chagas (2006) a sociedade evoluiu, e um dos pontos fortes dessa evolução, foi à importância que as organizações passaram a dar ao processamento e manejo das informações. Esse novo cenário chamado 'Sociedade da Informação', conduz à criação de novos conhecimentos a partir e um comportamento social e econômico, que agrega valor em toda cadeia de informação, que vai desde a aquisição, passando pelo armazenamento, processamento e valorização da informação, para que seja transmitida, distribuída e disseminada como conhecimento, o que possibilitará satisfazer as necessidades dos cidadãos e da organização, pois desempenham um papel fundamental na economia, no desenvolvimento de riqueza, bem como na qualidade de vida das pessoas. Guimarães e Évora (2004) acrescentam que "as transformações apontam para um redirecionamento dos objetivos da organização, antes voltados para o controle da produção de bens e serviços, para outra baseada na informação, na tecnologia e no consumo" (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004, p. 72).

Para melhor compreensão da abordagem do estudo é importante diferenciar gestão da informação de gestão do conhecimento. Para Valentin (2004) a gestão da informação está centrada em algo concreto, explícito, formal, por isso trabalha com registro, independente de onde esta contida, se no papel, CD, intranet, internet etc., o que constitui os ativos informacionais tangíveis. A gestão do conhecimento se desenvolve através dos fluxos informais, ou seja, nas reuniões, experiências práticas, comportamento organizacional, valores e crenças, conhecimento de mundo etc., o que forma os ativos intelectuais intangíveis, que se apropria dos conhecimentos tácitos e desenvolve seu trabalho no âmbito do não registrado. Côrte (1999) ressalta que "os avanços tecnológicos privilegiaram mais os aspectos do domínio tecnológico deixando de lado o objetivo principal da informação que é informar, transferir conhecimentos, construir a história etc." (CÔRTE, 1999, p. 55).

Para Chagas (2006) definir informação não é tarefa das mais fáceis, ela revela que não há um consenso científico para o conceito, muito menos para análise e tratamento. "Seguindo esse raciocínio, não é possível um consenso, nem mesmo no campo da Ciência da Informação. Diversas definições do termo informação adotados por estudiosos da área refletem este panorama" (CHAGAS, 2006, p. 19).

Segundo Coelho Netto (2007) a Teoria da Informação foi desenvolvida no inicio do século XX como um sistema de base matemática, com o propósito de estudar os problemas ligados a transmissão de mensagens via telégrafo, radio, ou seja, dos canais físicos, com o

objetivo de quantificar quanto de informação um dado canal em certas condições suportava transmitir, assim como previa e corrigia distorções.

O mesmo autor define Teoria da Informação, aquela que "preocupa-se antes de tudo, com a elaboração de uma dada mensagem, capaz de promover em seus receptores uma alteração de comportamento" (COELHO NETTO, 2007, p. 122). E conclui, que a finalidade de um texto e provocar mudança de comportamento do receptor, ou seja, a informação surge para dissipar as incertezas provocando a mudança (COELHO NETTO, 2007).

Fernandes (1993 apud MORAES, I., 1998) define informação em três grupos, são eles: através da **'Teoria Matemática' da Informação**, a qual é embasada na teoria de Shannon e Weaver, que definem informação como um redutor de incerteza, capaz de ser preciso e quantificável no contexto estatístico e administrativo. **'Documentalista'** é aquela que considera a informação como documento, ela se processa a partir da recuperação da informação contida no documento, estes pode conter informações científicas e tecnológicas. **'Processo'** que vê a informação como um processo de conhecimento que circula na mente humana, os fenômenos informacionais estão inseridos na mecânica desse processo, em como são elaboradas, e não como algo físico.

Ilara Moraes (1998) conclui que o conceito de informação esta em construção e que deve estar aberto e disposto a crescer junto com todo tipo de conhecimento e de política, ou seja, "das relações de poder e da produção de saber que se estabeleçam no decorrer do processo de avanço da democracia, nas diversas dimensões da vida brasileira, de tal modo que se imbrique, definitivamente, no cotidiano das relações humanas" (MORAES, I., 1998, p. 69).

Chagas (2006) ao interpretar Miranda (2003) revela outra forma de definir informação quando nos diz que ela é a representatividade do conhecimento, capaz de se modificar física e internamente, dotado de propriedades passíveis de ser administrada.

Coelho Netto (2007) vai mais adiante nessa questão quando afirma que: para que a mensagem provoque mudança no comportamento de quem a recebe, vai depender se esta mensagem é algo novo para o receptor, ou seja, quanto maior o teor de novidade, maior será seu valor enquanto informação e consequentemente maior a mudança exibida no comportamento. À medida que a informação é algo que permeia o contexto do receptor, faz parte de seu repertório, serve apenas para manter um determinado estado de uma situação, promovendo o estado de inércia diante da situação. Entretanto, é preciso que o informador tenha em mente, a necessidade de produzir e alimentar processos de contínuas alterações.

Para ele o novo provoca quebra na estrutura existente. A ouvidoria se insere no contexto das organizações como algo novo, que quebra paradigmas existentes e surge com

novas possibilidades para seus usuários e para a organização, na orientação de que a informação apontada pelo usuário irá alimentar e produzir processos de contínuas alterações, no sentido de melhorar os processos de trabalho. Coelho Netto (2007) afirma que "a novidade é a introdução da desordem numa estrutura preexistente" (COELHO NETTO, 2007, p. 131). A medida da desordem contida na estrutura de uma informação recebe o nome de entropia, que no campo informacional, mede a parte da mensagem perdida no processo de transmissão da mensagem, entre o transmissor e o receptor, por diversas razões, entre as quais, "a mensagem transmitida deveria produzir um certo comportamento que, no entanto, não se verifica; a diferença entre o comportamento visado e o obtido pode ser expresso pela entropia" (COELHO NETTO, 2007, p. 129). E conclui que na Teoria da Informação os extremos convergem para o mesmo ponto. O que significa dizer:

Diagrama 1- Efeito da Informação.

Total previsibilidade ⟹ nenhuma originalidade = nenhuma informação

Imprevisibilidade total ⟹ originalidade máxima = nenhuma informação

Fonte: Coelho Netto (2007, p. 133).

Partindo dessa premissa, a informação é um conteúdo revestido de significado, que para provocar mudança de comportamento, vai depender do grau de reconhecimento ou não que essa informação poderá trazer para o receptor. Assim, para que a ouvidoria como um instrumento inovador de informação possa promover alteração de comportamento diante da informação obtida, vai depender do significado que essa nova célula representa dentro do sistema hospitalar

Côrte (1999) afirma que gerenciar informação significava gerenciar tecnologia, adquirir mais equipamentos, investir em parque tecnológico, o que é evidente, infelizmente, no comportamento das gerencias nos espaços das organizações ainda hoje. "Se antes a informação era privilégio de uns poucos, hoje torna-se mais disponível e de fácil acesso a todos" (CÔRTE, 1999, p. 54-55).

A mesma autora específica que Davenport (1998) em sua obra Ecologia da informação, enfatiza a importância que deve ser dada a gestão da informação em sua totalidade, é preciso levar em consideração os valores e crenças que permeiam o ambiente da empresa ou da organização, o que traduz a 'cultura'; o que as pessoas realmente fazem com a informação, que traduz 'comportamento e processo de trabalho'; que tipo de sistema de

informação está sendo realmente utilizado, que traduz a ‘tecnologia’. A todo esse processo ele denominou de Ecologia da Informação, por abordar o ambiente da informação e a forma de gestão na sua totalidade, e assim substituir “a prática de privilegiar pequenos nichos organizacionais independentes, ou seja, concentrar esforços em algumas áreas (tecnologia, controles, orçamento, por exemplo) em detrimento de outras e do negócio principal das instituições” (CÔRTE, 1999, p. 55). Para Pinto (2000) “as informações, quando selecionadas, nos ajudam a (re)pensar e aprender, ampliando nossas possibilidades de criar e (re)criar e, desta forma, somos sujeitos ativos e atores da informação” (PINTO, 2000, p. 15)

Partindo dessa premissa, o enfoque do estudo é saber o que a gerência do HOL faz das informações oriundas da ouvidoria a partir das manifestações dos usuários, ou seja, o ‘comportamento e processo de trabalho’

3.1.2 A informação como dispositivo de mudança para tomada de decisão

Nas organizações o método utilizado para o tratamento das informações tem sido de grande importância para tomada de decisão, bem como, a forma com essa informação chega para ser organizada e depois utilizada dá ao gerente mais segurança para acertar na tomada de decisão. No mundo das organizações, a decisão é considerada função da gerência e independente do tipo de decisão que tenha de tomar, esta deve ser sistematizada, fruto de um processo que envolve a estruturação de todo o problema, que deve ser realizada através de levantamento de dados, os quais irão produzir a informação, partindo daí, para o estabelecimento das soluções propostas para tomada de decisão, implementação e análise dos resultados (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Cunha et al., (2009, p. 3) corrobora quando ressalta que “num ambiente globalizado e de mudanças cada vez mais complexas, a gestão adequada da informação assume uma importância decisiva no processo de tomada de decisão e na busca de vantagens competitivas nas organizações”.

Andrade (2008) interpretando Kaufman (1999) traz para discussão outro ponto importante, referente à tomada de decisão nas organizações de saúde, quando ressalta, que o processo cognitivo do indivíduo altera a forma de interpretar a informação, isso se deve ao complexo contexto do mundo, que coloca o homem diante de vários vieses mentais, para tomar decisões, que podem ser heurísticos ou cognitivos. Esses vieses muitas vezes negam a racionalidade e a lógica na área da saúde, quando sentimentos são colocados acima da

racionalidade e determinam a tomada de decisão dos médicos (KAUFMAN, 1999 apud ANDRADE, 2008, p. 10).

Há uma grande tendência em confundir a informação com o conhecimento. Nas organizações, por exemplo, se confunde muito a gestão da informação com a gestão do conhecimento. Para Valentin (2004), ambas colaboram para a tomada de decisão. sendo que: a gestão da informação identifica por meio de um conjunto de estratégias as necessidades informacionais, através da coleta e filtragem da informação nos diferentes espaços da organização, partindo para a análise, organização e armazenamento e posterior disseminação, que irá subsidiar a tomada de decisão. Já a gestão do conhecimento, se apropria de estratégias de compartilhamento para criar e adquirir conhecimento através de fluxos, que promovam a informação precisa, para ajudar na formação das ideias, para solução de problemas, contribuindo, assim, para tomada de decisão. A autora conclui que as organizações fazem mais a gestão da informação (VALENTIN, 2004). "O termo gestão do conhecimento foi inicialmente utilizado para descrever a criação e o uso de repositórios eletrônicos de dados e informações com uma estrutura orientada para o conhecimento" (DAVENPORT, 1999 apud COSTA; KRUCKEN; ABREU, 2000, p. 6-7).

Para um melhor entendimento acerca da questão tratada, é pertinente visualizar o quadro que De Long (1997 apud COSTA; KRUCKEN; ABREU, 2000, p. 12-13) elaborou comparando as características da gestão da informação com a gestão do conhecimento.

Quadro 1 - Quadro comparativo das características de Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento.

"Gestão da Informação"	**"Gestão do Conhecimento"**
Objetivo: melhorar o acesso e a distribuição da informação – conhecimento explícito codificado.	**Objetivos:** aumentar o valor agregado das informações, contextualizando-as; gerir o conhecimento explicito e o tácito.
Suporte a operações existentes.	**Suporte** ao aperfeiçoamento operacional e à inovação.
Transferência de informações ocorre Unilateralmente.	**Transferência** de conhecimentos requer *feedbacks* e progressivas contribuições dos usuários.
Foco altamente tecnológico (predominância de TI).	**Foco** equilibrado entre aspectos tecnológicos e culturais (capital intelectual com aporte de TI).
Considera que a coleta, tratamento e disseminação da informação possam ser **automatizadas.**	Considera a variação nas entradas do sistema, o que **impossibilita a automatização** do processo.
Visão unidimensional: pressupõe que os dados e informações tenham um único significado para todos os atores.	**Visão multidimensional**: Uma base de integração dinâmica que possibilite um sistema diferencial de conhecimento.

Fonte: De Long (1997 apud COSTA; KRUCKEN; ABREU, 2000, p. 12-13).

De acordo com Baran (1997 apud COSTA; KRUCKEN; ABREU, 2000), o processo de geração de informação se dá quando é agregado um valor a um dado estruturado, pois o autor considera dado uma informação desestruturada, já o "conhecimento é um processo cognitivo, que necessita da informação como matéria-prima para desencadeá-lo" (BARAN, 1997 apud COSTA; KRUCKEN; ABREU, 2000, p. 6).

Visando uma melhor compreensão, é importante estabelecer a diferença entre dado, informação e conhecimento. Nesse sentido, de acordo com a visão de Ponchirolli e Fialho (2005, p. 128-130).

Quadro 2 - Diferença entre dado, informação e conhecimento.

"DADO"	**"INFORMAÇÃO"**	**"CONHECIMENTO"**
É um registro acerca de um determinado evento para o sistema. Mesmo em grande quantidade, é facilmente obtido, armazenado e catalogado com a moderna tecnologia. Entretanto, o dado carece de valor por ser um evento fora do contexto e sem significado para o sistema. Para que os dados se tornem úteis como informações é necessário que a pessoa possa correlacioná-los e atuar sobre eles.	É um conjunto de dados, os quais devidamente processados são providos de um determinado significado e contexto para o sistema. É um significado transmitido a um ser consciente por meio de uma mensagem escrita em um suporte espacial e temporal, seja ele impresso, seja ele um sinal elétrico ou uma onda sonora.	Conhecimento é informação internalizada pela pesquisa, estudo ou experiência que tem valor para a organização. Assim, o conteúdo de valor agregado do pensamento humano, resultante da percepção e manipulação inteligente das informações, se transforma em conhecimento.

Fonte: Ponchirolli; Fialho (2005)

Para Mussak (2003), ter conhecimento significa ter informação com significado, isso possibilita criar movimento, remodelar os fatos, para encontrar o caminho e, assim, construir utilidade. "No entendimento de Davenport (1998), conhecimento é a informação valiosa da mente combinada com experiência, contexto, interpretação e reflexão" (PONCHIROLLI; FIALHO, 2005 apud DAVENPORT, 1998, p. 130).

Entretanto, para Ponchirolli e Fialho (2005) "O verdadeiro conhecimento se dá no cerne do processo dialético de ida e vinda do concreto para o abstrato, processo esse que jamais tem fim e que vai revelando o mundo humano na sua riqueza e diversidade" (PONCHIROLLI; FIALHO, 2005, p.130).

As organizações, para se manterem competitivas no mercado, necessitam cada vez mais das informações, para se organizarem e buscarem meios que possam garantir a sua sobrevivência num mundo em constantes mudanças. Para isso, é preciso aprender, e segundo Mussak (2003), a informação pode ser transferida, o conhecimento não, pois ele é pessoal, intransferível por inteiro, com todos os seus significados e sentimentos; além da informação são necessários outros dois elementos para a construção do conhecimento, estes inerentes a

cada pessoa, ou seja, que significado tem a informação para o receptor e o elo afetivo criado entre este e a informação. “Empresas e outros ambientes de trabalho são microculturas que se retroalimentam do comportamento das pessoas que ali vivem, trabalham, pensam, sonham, agem” (MUSSAK, 2003, p. 82).

Chagas (2006) citando Davenpor (1998), nos diz que é preciso acrescentar a dimensão humana na compreensão da informação. “Há uma informação subjetiva, interna, inerente ao homem e independente da realidade objetiva; e uma informação objetiva, externa ao homem e independente deste” (CHAGAS, 2006, p. 20).

Pinto (2000) deixa claro que a rapidez com que as informações chegam e o pouco tempo contribuem para reduzir o tempo de absorção das informações, levando a tecnologia a ser utilizada mais para racionalizar do que para melhorar a qualidade de vida.

Isso se deve ao leque de informação ao que as organizações são submetidas a todo instante por vários mecanismos, seja interna ou externa pelos meios de comunicação, a pressão de mercado, a incerteza, entre outros, o que impõe outro dilema, a decisão. A decisão, por sua vez, impõe a escolha, e escolher requer parâmetro, compreensão, entendimento do que se quer ou do que é necessário fazer para se manter competitiva no mercado e ir ao encontro da mudança.

Chagas (2006, p. 20) ressalta que: “de fato, o processo de redução de incerteza mediante a escolha de alternativas mais pertinentes e relevantes é, em sua essência, um processo de tomada de decisão”.

Ziemer (1996) nos diz que o aumento e a ‘democratização’ das informações contribuiu para fortalecer as relações de trabalho, gerando funcionários e equipes mais conscientes, exigentes e críticos que vão à luta por relações de trabalho justas e democráticas, melhores condições de trabalho, realização e ascensão funcional. Para Mussak (2003, p. 60): “ter informação não é mais uma vantagem competitiva; ter conhecimento, sim. Conhecimento é informação com significado, capaz de criar movimento, modificar fatos, encontrar caminhos, construir utilidade”.

Diante disso, pode-se afirmar que uma organização que utiliza bem a informação poderá se transformar numa organização que aprende, que utiliza o seu capital intelectual de forma a produzir conhecimento, para construir, mudar, evoluir e se manter no mercado.

A informação é um instrumento importante de gestão nas organizações hospitalares, ela é necessária e permeia todo o processo de desenvolvimento das atividades e de mudança no sistema hospitalar. Desde a sua existência, o hospital por si só numa comunidade já simboliza um local de tratamento/cura de pessoas doentes, se é público ou privado, seu nível

de atenção, enfim, ele já consegue transmitir informação de um dado contexto.

Para Mussak (2003), há dois tipos de conhecimento, o explicito e o tácito. O conhecimento explícito é todo aquele que está escrito e possibilita a leitura (livro, página da internet ou da intranet da empresa, normas, rotinas, procedimentos, etc.), com ele é possível passar a informação de uma para várias pessoas. O conhecimento tácito é aquele construído por conta própria ao longo do tempo pelos profissionais, através da experiência, da sensibilidade, da intuição. Acredita-se que parte desse conhecimento pode ser compartilhado através das relações humanas, o que é saudável para as organizações, pois o seu volume não é pequeno, e conclui: "desperdiçar o conteúdo da cabeça de um técnico de produção industrial que se aposenta após 35 anos de atividade na área é o mesmo que queimar uma biblioteca" (MUSSAK, 2003, p. 62).

É válido afirmar que para gerenciar a informação e o conhecimento não basta tê-los somente, é preciso ter gerência com liderança, que possa incentivar a sua equipe rumo à aprendizagem e promover a mudança, descentralizar as ações, envolver as pessoas no processo de trabalho, pois quando há envolvimento, há participação para que tudo caminhe conforme o planejado, isso acontece porque as pessoas fazem parte da construção, sabem do objetivo, do porquê, e numa construção solidária isso desenvolve a autoestima do trabalhador, que tem a sua presença firmada no processo.

A informação se estabelece, nesse processo como mediadora da relação e facilitadora do aprendizado na compreensão de todos os envolvidos nas atividades da organização. Trazendo o foco para as organizações hospitalares, a informação permeia toda a cadeia do processo de trabalho da esfera da saúde. Na área fim (área assistencial, os serviços prestados, produto final da cadeia de trabalho), a relação profissional - usuário que é estabelecida nesse contexto é sempre com o intuito de mudar a situação vigente, ou se não melhorar, a exemplo, o paciente entra doente e o propósito é mudar essa situação, com a cura ou pelo menos melhorar a condição que chegou, quando isso não acontece, a morte já é um estado de mudança.

A informação, nesse caso, sempre converge para a mudança. "O sistema de informação não possui uma existência independente do usuário. Os dados são elementos brutos, sem significado, desvinculados da realidade" (ANDRADE, 2008, p. 9).

Isso significa dizer que a informação precisa ter um elo entre ela e o receptor, precisa ter um significado valorativo nessa relação para ter utilidade dentro do contexto, daí a importância de envolver os funcionários nesse processo. "A constituição gradual de sistemas de informações como um processo de coleta, tratamento, análise e disseminação de

informações, passa a ser um instrumento fundamental para o próprio desenvolvimento dos saberes médicos" (MORAES, I., 1998, p. 7).

Wilson (2000 apud GASQUE; COSTA, 2010) propõe quatro definições de comportamento relacionado à informação, como especificado no quadro abaixo.

Quadro 3 - Definições de comportamento relacionado à informação.

"TIPO DE COMPORTAMENTO"	"DEFINIÇÃO"
Comportamento informacional	A totalidade do comportamento humano em relação ao uso de fontes e canais de informação, incluindo a busca da informação passiva ou ativa;
Comportamento de busca da informação	A atividade ou ação de buscar informação em consequência da necessidade de atingir um objetivo;
Comportamento de pesquisa de informação	O nível micro do comportamento, em que o indivíduo interage com sistemas de informação de todos os tipos;
Comportamento do uso da informação	Constitui o conjunto dos atos físicos e mentais e envolve a incorporação da nova informação aos conhecimentos prévios do indivíduo.

Fonte: Wilson (2000 apud GASQUE; COSTA, 2010)

O comportamento necessário dentro do enfoque de uma informação eficaz é o "comportamento de busca da informação", por procurar a informação para atingir um objetivo, bem como o "comportamento de uso da informação", por incorporar nova informação ao conhecimento prévio.

Quando se aborda o tema de informação em saúde, logo se imagina estar falando do Sistema de Informação em Saúde, identificado pela sigla SIS, bastante utilizado pela Saúde Pública, por conter as informações pertinentes à prevalência e à incidência de doenças e outros agravos, fornecendo o quadro epidemiológico da saúde pública, bem como as informações administrativas, gerenciais, econômicas e sociais de interesse para área da saúde. Castro (2003) corrobora quando ressalta que o Sistema de Informação tem ampla utilização na literatura da área da saúde pública, para caracterizar os sistemas de informações estatísticas e epidemiológicas, administrativas, gerenciais, econômicas e sociais. "No entanto, os sistemas de informação científica e técnica não são considerados nessa definição (CASTRO, 2003, p. 64-65).

Para a mesma autora, a informação disponibilizada na área da saúde aos gestores deve considerar conteúdos epidemiológicos e estatísticos, dirigidos numa prática contábil-administrativa das ações praticadas pela gestão, ou direcionados ao processo saúde-doença, aos procedimentos, aos programas e às campanhas. "A informação dinamizou o processo de construção do conhecimento coletivo, fazendo convergir num único espaço a comunicação, a decisão, a demanda, a resposta e a ação" (CASTRO, 2003, p. 12).

No presente estudo, a informação que se pretende contextualizar para subsidiar a pesquisa é toda a informação contida nas manifestações dos usuários da ouvidoria, geradas no ambiente de trabalho de uma organização hospitalar. Diante disso, é pertinente discorrer sobre o que é informação científica e técnica.

O novo perfil de gestão da saúde, após a reforma sanitária com a implementação do SUS, requer acesso à informação técnica e científica para subsidiar a tomada de decisão na área da saúde pública. No contexto da Ciência da Informação (CI), a informação científica está relacionada ao conhecimento resultante de uma pesquisa científica (CHAGAS, 2006). "A 'informação científica' em saúde corresponde àquela produzida nos campos do conhecimento que compõem a área da saúde, ou seja, medicina, enfermagem, odontologia, epidemiologia, saúde pública etc" (CASTRO, 2003, p. 63).

Para a mesma autora, a informação científica em saúde é produto de pesquisa científica, geralmente produzida em caráter de investigação crítica e de avaliação, realizadas através de órgãos vinculados à ciência e tecnologia, são eles: escolas, universidades, sociedades científicas, instituições de pesquisa, bem como por instituições consideradas não científicas, como: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, ONG, Conselhos etc. que prestam serviços de saúde (CASTRO, 2003).

Castro (2003, p. 62), ao citar Meadows (1999) revela que "a informação científica é resultado de informações sistematicamente codificadas e absorvidas, obtidas por meio de pesquisas ou reflexões sobre o avanço do conhecimento nas distintas áreas".

Ela complementa mencionando os tipos de comunicação científicas mais utilizados, são eles: as revistas científicas com os vários artigos publicados e de fácil acesso, as informações publicadas, as dissertações e teses acadêmicas, os trabalhos apresentados em congressos, e os livros, entre outros. Outro tipo de comunicação científica, os documentos normativos, mais utilizado na área da saúde, representa o papel regulador do Estado, são eles: leis, portarias, decretos, deliberações, etc. instituídos pelos órgãos do governo e publicados pelo poder legislativo. "Esses documentos dão conta de regulamentar procedimentos administrativos e gerenciais, de estabelecer direitos, deveres e proibições, de fixar mecanismos para controle de qualidade e avaliação, de criar e aprovar projetos e programas" (CASTRO, 2003, p. 63).

Valentin (2004) nos diz que a maioria das organizações faz gestão da informação, assim, é importante ressaltar que a gestão de documento está dentro da gestão da informação. "A gestão da informação, portanto, deve se preocupar com os documentos gerados, recebidos

e utilizados para as atividades do negócio corporativo. A gestão documental ou gestão de documentos faz parte desse processo" (VALENTIN, 2004).

O conhecimento científico em saúde subsidia a informação científica em saúde. Na visão de Ponchirolli e Fialho (2005), a gestão do conhecimento na prática agrega valor à informação e pode ser entendida como:

> a arte de gerar valor a partir de bens intangíveis da organização. É uma visão que tem por base o conhecimento dos processos de negócio da organização, para alavancar a capacidade de processamento de informações avançadas e tecnologias de comunicação, via translação da informação por meio da criatividade e inovação dos seres humanos, para afetar a competência da organização e sobrevivência em um crescente de imprevisibilidade (PONCHIROLLI; FIALHO, 2005, p.130).

De acordo com Chagas (2006), a Informação Técnica em Saúde é encontrada e obtida por várias fontes, geralmente dirigida aos gestores e profissionais da área, através de informes, atas, e acordo de reuniões, sendo classificada como produção não convencional ou literatura cinzenta. Aguiar (1991 apud CHAGAS, 2006, p. 24): "afirma que esta se embute no conceito de informação tecnológica que, por sua aplicação, favorece a inovação. Por isso, pode ser apresentada de forma verbalmente codificada (publicações, relatórios, comunicação informal) ou não (um hardware, por exemplo)"

A mesma autora nos diz que a produção, o acesso e a socialização, tanto da informação científica quanto da informação técnica são essenciais para subsidiar a tomada de decisão em saúde, é importante compreender cada tipo de informação para a tomada de decisão e, tão importante quanto compreender, é entender como o usuário desse acervo informacional se comporta diante da informação obtida. Assim, a ouvidoria se estabelece como fonte de informação técnica capaz de favorecer a inovação no modo de gerir uma organização hospitalar.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

3.2.1 Caracterização do objeto da pesquisa

O interesse da pesquisadora pela execução do estudo está no fato de ser enfermeira e trabalhar na assistência direta aos pacientes, oriundos dos mais variados locais desse estado tão diverso que é o Pará e, enfrentar diariamente problemas de gestão operacional do sistema

de saúde e de gestão do hospital. É válido identificar os principais entraves que prejudicam o processo de atendimento no hospital, e contribuir, dessa forma, para o melhoramento dos processos de trabalho, sinalizados pelos usuários.

Não há intenção de produzir um trabalho puramente estético da experiência vivenciada, mas num processo de criação científica não se pode dissociar o autor de sua obra. Alguns sociólogos e teóricos da ciência 'compreensiva', como Max Weber, são contra a aplicação do modelo das ciências da natureza às ciências sociais. Eles questionam a relação entre a objetividade do conhecimento e a neutralidade axiológica do cientista, os valores não podem ser afastados pela observação à maneira positivista (THIOLLENT, 1987). "É a partir de pontos de vista ou de 'ideias de valores' socialmente determinados que o cientista escolhe o objeto de estudo, seleciona e acentua os aspectos principais, atribui significação aos fatos e a suas conexões" (THIOLLENT,1987, p. 42).

Uricoechea (1978, p. 201-202) corrobora quando nos diz que:

> A apropriação do objeto de pesquisa por parte do sujeito tem a sua própria história [...] a consciência de que o processo de criação científica também compartilha de uma dimensão estética: existe na obra da ciência como na obra de arte um ingrediente de subjetividade, de iniciativa individual, de interpretação original que não estão contidos a *priori* nas fórmulas e nos procedimentos de métodos.

Já Heloisa Martins (2004) ressalta que os cientistas sociais tendem a ir em busca de objetos de investigação com os quais tenham alguma afinidade política. Nesse caso, é necessário tomar cuidado, para que a compreensão da realidade seja vista como ela é, e não como se gostaria que ela fosse, pois, se assim for, não se está produzindo ciência e sim ideologia. A relação com o sujeito não deve ser a de dar uma direção, mas sim de subsidiar conhecimento para o fortalecimento desse sujeito, a fim de se tornarem capazes de criar o seu próprio projeto.

O objeto da pesquisa se traduz nas informações contidas nas manifestações dos usuários da ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, *locus* do estudo. A ouvidoria, como um canal de informação que diminui a distância entre o usuário e a gestão do hospital, se bem utilizada, pode ter a capacidade de promover a aprendizagem organizacional e favorecer a mudança. Nesse contexto, é imprescindível verificar se a ouvidoria do HOL cumpre o seu papel institucional, estabelecido por uma diretriz do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), e que surge nesse cenário como um serviço para o fortalecimento da participação social e da qualificação da gestão do SUS.

Ponchirolli e Fialho (2005) afirmam que: “são poucas as organizações que têm conhecimento das informações que já possuem e das que precisam, daí a grande importância de gerenciá-las eficazmente, quando colocadas à disposição, identificando as que são úteis e resumindo os dados operacionais” (PONCHIROLLI; FIALHO, 2005, p.137).

3.2.2 Aspectos epistemológicos

O estudo apresenta características de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva, fundamentada na análise documental de relatos originados no serviço de ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, no período de 2008 a 2010. Quanto aos meios será uma pesquisa documental, quanto aos fins terá característica de pesquisa descritiva e exploratória. Descritiva porque tem como característica principal, a exposição circunstanciada de uma realidade para obter uma visão ampla das não conformidades, e, exploratória por se tratar de estudo inédito, que possibilitará familiaridade com o problema estudado (FALCÃO, 2010).

Cooper e Shindler (2003) ressaltam que em uma pesquisa exploratória, a área a ser investigada muitas vezes é tão nova e, por isso, tão vaga, que é necessário que o pesquisador faça uma exploração para descobrir algo sobre o problema a ser enfrentado. Apesar do valor que a exploração tem no campo de desvendar problemas na área da administração, os pesquisadores e administradores dão pouca atenção a mesma. É mais inteligente perceber que a exploração economiza tempo e dinheiro e, por isso, não deve ser desprezada. “Através da exploração, os pesquisadores desenvolvem conceitos de forma mais clara, estabelecem prioridades, desenvolvem definições operacionais e melhoram o planejamento final da pesquisa” (COOPER; SHINDLER, 2003, p. 131).

Não é comum pesquisa nessa área, assim, pode-se inferir que o estudo traz a concepção da novidade, em virtude do pouco conhecimento acerca do objeto estudado, devido à realidade e à forma de se tratar os problemas nessa perspectiva. Foi possível observar no decorrer da pesquisa que os problemas enfrentados pelos hospitais públicos são os mesmos, quase todos vivem as mesmas dificuldades, mas a forma de lidar com elas difere muito de um serviço para outro.

A opção por esse tipo de pesquisa está no fato da mesma gerar conhecimentos para a aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, e envolver acontecimentos de interesses locais. “A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 5).

A análise documental, no plano metodológico, apresenta vantagens, uma vez que é um método de coleta de dados que elimina a eventualidade de qualquer influencia a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador. Porém, o documento constitui um instrumento que o pesquisador não domina, permanece surdo e o pesquisador não pode dele exigir precisões suplementares (CELLAR, 2008). Contudo, é importante recordar o que Chagas (2006) citando Davenpor (1998), nos revelou: é preciso acrescentar a dimensão humana na compreensão da informação. “Há uma informação subjetiva, interna, inerente ao homem e independente da realidade objetiva; e uma informação objetiva, externa ao homem e independente deste” (CHAGAS, 2006, p. 20).

Como especificado na seção 2.3.3, o serviço de ouvidoria possibilita a geração de conhecimento a partir das informações obtidas do encontro entre a necessidade do usuário e a gestão da organização. Pode ser considerado também um importante instrumento de aprendizagem e mudança, por produzir informações substanciais da qualidade da assistência prestada na subjetividade dos encontros dos diversos setores da organização hospitalar.

A forma de abordagem utilizada foi quanti-qualitativa; quantitativa porque teve uma base numérica importante, que respondeu aos questionamentos da problemática, através de modelos de ferramentas computacionais. Utilizou-se o *Epi Info*, um software que se adequou muito bem ao trabalho na construção do sistema de entrada, validação e tratamento dos dados em programa estatístico. Caracterizando-se por ser um programa integrado, que reúne aplicações de bancos de dados para a criação de entrada, processamento e análise estatística, gerando tabelas e gráficos, bem como possibilitando a programação de algumas tarefas (SILVA, A., 2005).

Qualitativa porque analisou a subjetividade contida nas informações das manifestações dos usuários, registradas nos documentos do Serviço de Ouvidoria, os quais transmitiram suas percepções acerca do atendimento vivenciado no âmbito da organização. Para isso, foram utilizados documentos, como: folha de registro (anexo C), folha de providências (anexo D) e folha de registro de atendimento da ouvidoria (anexo E), bem como, relatórios de gestão do ano de 2010 e relatório anual da ouvidoria do ano de 2010, portaria interna (anexo F) e ofício circular DERE/SESMA (anexos A e B), que possibilitaram fazer uma análise substancial sobre a problemática do estudo em questão. Foucault (1987, p. 7) nos diz que, desde que existe disciplina como a história, “temo-nos servido de documentos, interrogamo-lo, interrogamo-nos a seu respeito; indagamos-lhes não apenas o que eles queriam dizer, mas se eles diziam a verdade, e com que direito podiam pretendê-lo, se [...] bem informados ou ignorantes, autênticos ou alterados”.

Para Chizzotti (2008), a pesquisa qualitativa não admite um único padrão, para ela a realidade é fluente e contraditória, e os processos de investigação também dependem do investigador, de seus valores, de suas concepções e de seus objetivos. Já para Gaskell (2008, p. 68): “A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”. Minayo (1993) corrobora quando especifica que o principal foco do objeto são as metodologias de pesquisa qualitativa, que, ao serem utilizadas, revelam o significado e a intencionalidade oriunda dos atos das relações e da construção de estruturas sociais, “tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 1993¸ p. 10)

Assim, a pesquisa qualitativa é fundamental no contexto desse estudo, pois nele estará contida a subjetividade da interpretação de cada um na situação vivida, do encontro realizado, da dificuldade encontrada e do desfecho proporcionado no serviço de ouvidoria.

Heloisa Martins (2004) afirma que o material obtido qualitativamente, devido sua variedade, exige do pesquisador uma capacidade de análise criadora e intuitiva. A intuição aqui não é um dom, mais algo conquistado pela bagagem teórica e pela prática do pesquisador. Ressalta ainda que a maior dificuldade de se analisar dados está na possibilidade de se atribuir significados a eles. Ela faz um contraponto com a pesquisa quantitativa, a qual é o oposto da qualitativa, ou seja, “controlar o exercício da intuição e da imaginação, mediante a adoção de procedimentos bem delimitados que permitam restringir a ingerência e a expressão da subjetividade do pesquisador” (MARTINS, H., 2004, p. 292). O que, entretanto, não significa que na pesquisa quantitativa não seja requerida a competência teórica, é que, neste caso, há uma dominação do pesquisador pela formalização técnica (MARTINS, H., 2004).

3.2.3 Método do estudo

O método utilizado foi a análise documental, por reunir informações dos conteúdos de documentos institucionais, para entender o contexto de uma realidade a partir de informações contidas nas manifestações dos usuários da Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, por meio de um roteiro de coleta de dados. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) ressaltam que o pesquisador, ao utilizar documentos com o objetivo de obter informações, está fazendo investigação, para isso, se apropria de técnicas para manusear e analisar adequadamente cada etapa e procedimento. O que implica dizer que quando se estiver investigando documentos, as

ações dos investigadores estarão focadas em aspectos metodológicos, técnicos e analíticos.

A escolha por esse método possibilitou dar significado às informações soltas, importantes por representarem a dimensão subjetiva do usuário, que podem ser reveladas quando unidas pela dimensão quantitativa e qualitativa das informações, e, assim, identificar onde estão os nós críticos que dificultam a operacionalização das atividades desenvolvidas no hospital, e assim, possibilitar o encontro dessas informações com os envolvidos no processo para a melhor compreensão dos fatos, proporcionando uma visão ampla da situação, conduzindo a um caminho mais seguro para a tomada de decisão. Com isso, é possível reconhecer a importância da ouvidoria como um instrumento que favorece a comunicação através das informações obtidas nas manifestações dos usuários deste órgão, objeto do estudo responsável por promover aprendizagem e mudanças na organização. Ponchirolli e Fialho (2005, p. 132) afirmam que: “uma empresa que não aprende, não valoriza o capital humano”;

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) afirmam que é importante valorizar documentos em pesquisa na área das ciências humanas e sociais, pois a grandeza de informações deles obtidas justifica o seu uso, por possibilitar e aumentar o entendimento de objetos que necessitam ser contextualizados, histórica e socialmente (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A análise dos documentos se propõe a gerar conhecimento, através da criação de novas maneiras de entender os fenômenos presentes nas informações, que devem ser interpretadas e sintetizadas, e, dentro do possível, o pesquisador deve fazer a inferência, pois por si só, os fatos não se explicam (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Os mesmos autores, ao interpretar May (2004), ressaltam que: “os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido” (MAY, 2004 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 10).

Assim, de acordo com o especificado no capítulo III, a informação é um importante instrumento de gestão nas organizações hospitalares, ela é necessária e permeia todo o processo de desenvolvimento das atividades, de promoção da aprendizagem e da mudança no sistema hospitalar. É importante lembrar Côrte (1999, p. 54) quando afirma que: “de nada adiantaria uma quantidade de informação que não circulasse e não provocasse decisões. Aquele que saísse na frente seria o vitorioso na ocupação dos espaços”.

A mesma autora, ao citar Davenport (1998), ressalta que para se ter uma gestão da informação adequada, é importante levar em consideração os valores e crenças que permeiam o ambiente da empresa ou da organização, o que traduz a ‘cultura’; o que as pessoas

realmente fazem com a informação, que traduz ‘comportamento e processo de trabalho’; que tipo de sistema de informação está sendo realmente utilizado, que traduz a ‘tecnologia’.

Esse cuidado é necessário, uma vez que parte do trabalho de uma instituição hospitalar é realizada por um grupo de pessoas com distintas características e fortes normas informais, que retratam a cultura e, portanto, as condutas apropriadas e inapropriadas, que acabam por controlar as relações e interações entre os membros. Levi (1991) ilumina essa compreensão quando afirma que a forma como as instituições foram definidas enfatiza a regulamentação do movimento recorrente dos comportamentos previstos nas regras, “os mais importantes incentivos e desincentivos para obedecer a normas são cognitivos e sociais” (LEVI, 1991, p. 81).

3.2.4. *Locus* do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, o estudo foi baseado nos documentos originados na Ouvidoria, nos anos de 2008 a 2010.

3.2.4.1 Hospital Ophir Loyola

O hospital, *locus* do estudo, começou sua história em 06.10.1912, como um instituto que funcionava, inicialmente, na Rua Lauro Sodré (hoje Travessa Ó de Almeida), através do esforço e empenho do médico Ophir de Loyola, que comprometido com as questões de assistência à criança e dedicado a colaborar com o Dr. Osvaldo Cruz na erradicação da febre amarela, resolveu fundar o “Instituto de Assistência e Proteção à Infância”, uma entidade privada – filantrópica (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

Em 1930 foi transferido para a Avenida Independência (atual Av. Magalhães Barata), e, em 11 de junho de 1934, o Instituto recebeu o nome de “Instituto Ofir Loyola, em homenagem ao seu fundador, por ocasião de seu falecimento. Em 1946, surgiu a ideia de adquirir um aparelho de radioterapia, e, no ano seguinte, dois médicos do quadro do hospital, seguiram para o Rio de Janeiro para fazerem um curso no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foi, então, que, em 1948 iniciou-se o serviço de Oncologia, com a doação do aparelho de radioterapia, e em 1950 inaugurou-se o atendimento em cirurgia de câncer no Pará (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

Em 1998, o HOL[1] iniciou um trabalho para a implementação de uma gestão de qualidade, uma diretriz do governo do Estado. A partir daí, desenvolveu vários trabalhos seguindo a lógica da qualidade. Até que em 17 de abril de 2001, o hospital deu um salto de qualidade, sendo premiado com o selo de qualidade, categoria bronze, pelo Governo Federal.

É importante ressaltar que, em 2000, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), submetido a teste em dois hospitais de cada Estado brasileiro, sendo que no Pará o HOL não foi um dos escolhidos. Mas a Secretaria Estadual de Saúde Pública a época estava desenvolvendo um trabalho de sensibilização nos hospitais que tivessem a intenção de aderir ao PNHAH. Foi, então, que no final de 2002 o Hospital Ophir Loyola aderiu ao programa e no ano seguinte, 2003, implementou sua ouvidoria, um projeto da Assessoria de Qualidade com o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Em 2003, esse programa transformou-se numa Política de Estado, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS.

A ouvidoria se estabelece como um canal de comunicação, ligada diretamente à diretoria geral, com o objetivo de otimizar o tempo e diminuir o fluxo burocrático nas

---

[1] Em 29 de Dezembro de 1960, foi criado o Hospital dos Servidores do Estado, mediante convênio entre o Instituto Ofir Loyola e o Governo do Estado do Pará através da Lei n° 2.114 de 29.12.1960, sancionada pelo Governador Luiz Geolás de Moura Carvalho e publicado no Diário Oficial do Estado em 09.02.1961. Ficando, desta forma, duas instituições, com objetivos e verbas diferentes, funcionando no mesmo espaço físico com uma só administração, o Dr. Miguel Bitar (Primeiro Diretor e Fundador da Faculdade de Medicina do Estado, situada na Travessa 14 de Abril). Em 16 de outubro de 1962, foi assinado convênio de 30 anos entre o Instituto Ophir Loyola e o Hospital dos Servidores do Estado – HSE; em 1992 aconteceu a desapropriação do Instituto Ophir Loyola por determinação governamental; em 1995 foi extinto o Hospital dos Servidores do Estado e determinada a fusão administrativa entre HSE e IOL; em 02 de fevereiro de 1996 foi assinado o Decreto Lei n. 5.945 criando a Empresa Pública Ophir Loyola; e em 1º de fevereiro de 2006 foi Criado o Hospital Ophir Loyola como Autarquia (Diário Oficial do Estado nº 30616 de 03 de fevereiro de 2006 através da Lei nº 6.826 de 1º de fevereiro de 2006); por fim em 20 de outubro de 2009, através da Portaria Interministerial nº 2.472 de 20 de outubro de 2009 o Hospital Ophir Loyola é certificado como Hospital de Ensino (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

O Hospital de Ensino Ophir Loyola é uma autarquia criada pela Lei nº 6.826, de 10 de fevereiro de 2006**,** órgão de atuação especial da Secretaria de Estado de Saúde Pública, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de Belém, capital do Estado do Pará, tem características de Hospital Geral de Porte III, de média e alta complexidade. Desenvolve suas atividades num prédio com arquitetura vertical com sete andares, mais um prédio anexo para serviços administrativos com cinco andares, num total de área construída de 21.088,48 m², possui 212 leitos censáveis e mais 24 para CTI adulto e 05 infantil e oito poltronas no hospital dia, num total de 249 leitos. Dispõe de 09 salas de cirurgia e 05 leitos de recuperação pós anestésicas. Possui um ambulatório com 44 consultórios e 05 salas; sendo 10 consultórios de clinicas básicos, 22 de clínicas especializadas, os 12 consultórios restante, 02 são para odontologia, 09 consultórios multidisciplinares, 01 consultório de enfermagem; As 05 salas estão assim distribuídas: 01 para cirurgia ambulatorial, 01 para imunização, 02 salas de curativo e 01 para ouvidoria. Possui ainda um pronto atendimento oncológico com 09 leitos, 05 poltronas, 01 sala para emergência adulta, 02 consultórios médicos e 01 sala para re-hidratação e inalação. No segundo andar do ambulatório possui um serviço de quimioterapia com 06 consultórios, sendo 05 para consulta médica e um para consulta de enfermagem; 05 enfermarias para adultos num total de 43 lugares, sendo 39 poltronas e 04 leitos, possuem ainda uma enfermaria para crianças com 10 poltronas, 08 berços e 01 leito. Oferece aos usuários em tratamento oncológico, oriundos do interior do Estado, um Núcleo de Apoio ao Enfermo Egresso (NAEE), com 98 leitos, no centro da cidade, com infraestrutura de apoio e carro para traslado dos pacientes em tratamento no hospital (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

resoluções dos problemas oriundos da assistência e sinalizados pelos usuários.

O HOL possui autonomia técnica, administrativa, orçamentária, financeira e patrimonial, e se destaca como Unidade Acadêmica Especial, certificado pelos Ministérios da Educação e Saúde como Hospital de Ensino, contratualizado e regulado pelo Sistema Único de Saúde. Tem por finalidade institucional prestar assistência médico-hospitalar complexa e hierarquizada de excelência, de acordo com os princípios éticos e humanísticos; formar e qualificar recursos humanos; desenvolver e produzir conhecimentos, pesquisas e ensino de alta qualidade, visando o bem-estar da população do Estado do Pará (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

Suas competências básicas e principais produtos e serviços serão exibidas no quadro abaixo.

Quadro 4 - Competências básicas e principais produtos e serviços do HOL.

"Competências Básicas"	**"Principais produtos e serviços"**
1. Prestar assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade na área de saúde à população, de acordo com os preceitos constitucionais do SUS; 2. Ser referência em oncologia; 3. Atuar como Hospital de ensino, para campo de práticas de atividades curriculares na área da saúde, para professores, pesquisadores e estudantes de graduação, e pós-graduação reconhecidas pelo MEC; 4. Contribuir com o sistema estadual de saúde pública, adotando medidas que visem à proteção e recuperação dos padrões de saúde pública no Estado do Pará; 5. Zelar pela promoção e recuperação da saúde pública, pela reabilitação do doente e pelo bem-estar da coletividade.	1. Assistência médica ambulatorial e hospitalar nas especialidades de: Clínica médica, pediatria, angiologia, cardiologia com serviço de hemodinâmica, gastroenterologia, dermatologia, psiquiatria, proctologia, neurologia, nefrologia, oncologia em todas as especialidades, incluindo cuidados paliativos oncológicos, cabeça e pescoço, urologia, transplantes renal, cardíaco e de córnea, cirurgia geral, cirurgia plástica, otorrino, oftalmologia, endocrinologia (obesidade mórbida), hematologia, ginecologia e mastologia, neurocirurgia e fissura lábios-palatais. 2. Formação de profissionais de saúde 3. Desenvolvimento de pesquisas.

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2010a).

Na área de diagnóstico e terapia, atende: laboratório de patologia, raios-X, mamografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, eletrocardiograma, estudo eletrofisiológico, marcapasso, eletroencefalograma, endoscopia, citologia, histopalogia, teste ergométrico, serviço terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal), colposcopia, audiometria, cistoscopia, uretroscopia, gastroduodenocospia, retossigmoidoscopia, radioterapia, quimioterapia, cardiologia intervencionista e medicina nuclear. Possui ainda um CTI Adulto e uma UTI Pediátrica. Faz emergência em oncologia e nefrologia. É habilitado junto ao Ministério da Saúde para Busca Ativa de Órgãos; Banco de Tecido Ocular Humano; Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; Transplante

Renal, Coração e Córnea; Videocirurgias e Neurocirurgia (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

Na área de ensino, o Hospital Ophir Loyola, desde 1º de fevereiro de 2006, de acordo com a Lei nº 6.826, atua como Hospital Universitário da Universidade do Estado do Pará – UEPA, para campo de prática de ensino, na graduação para os diversos cursos da área de saúde e afins, com destaque ao internato em Clinica Médica e em Clinica Cirúrgica. Desenvolve também ações através de convênios com várias Instituições de Ensino Superior no Pará, entre as quais, a Universidade Federal do Pará (UFPA), o Centro de Ensino Superior do Pará (CESUPA), a Universidade da Amazônia (UNAMA), o Centro de Educação Técnica do Estado do Pará (CESEP), Escola de Ciências Alternativas, além de universidades de outros estados do Brasil. Oferece Programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC), contando com 11 programas nas áreas de: Clinica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Nefrologia, Urologia, Neurocirurgia, Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Clínica, Patologia e Mastologia. Possui ainda Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, credenciado pela Comissão Nacional de Residência em Enfermagem, nas seguintes especialidades: Enfermagem Oncológica, Enfermagem em Clínica Médica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em CTI. A Divisão de Pesquisa e Prevenção do Câncer (DPPC) da Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP), trabalha atualmente com 7 (sete) linhas de pesquisas, são elas: Oncologia; Neurocirurgia; Cardiologia; Nefrologia; Fissuras Lábio-Palatinas; Obesidade e Transplantes (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010a).

O Hospital possui programas que são dotados de orçamento para o desenvolvimento de suas atividades, são eles: Apoio Administrativo, Doar é Vida, Educação e Saúde, Gestão de Políticas Sociais, Pará Viver, Resolutividade na Saúde, Sentinela Saúde, Valorização do Servidor Público, como pode-se visualizar no quadro 4, o qual contém, também, o objetivo de cada programa, bem como a verba programada e gasta por cada um.

Quadro 5 - Programas desenvolvidos no HOL e seus respectivos orçamentos.

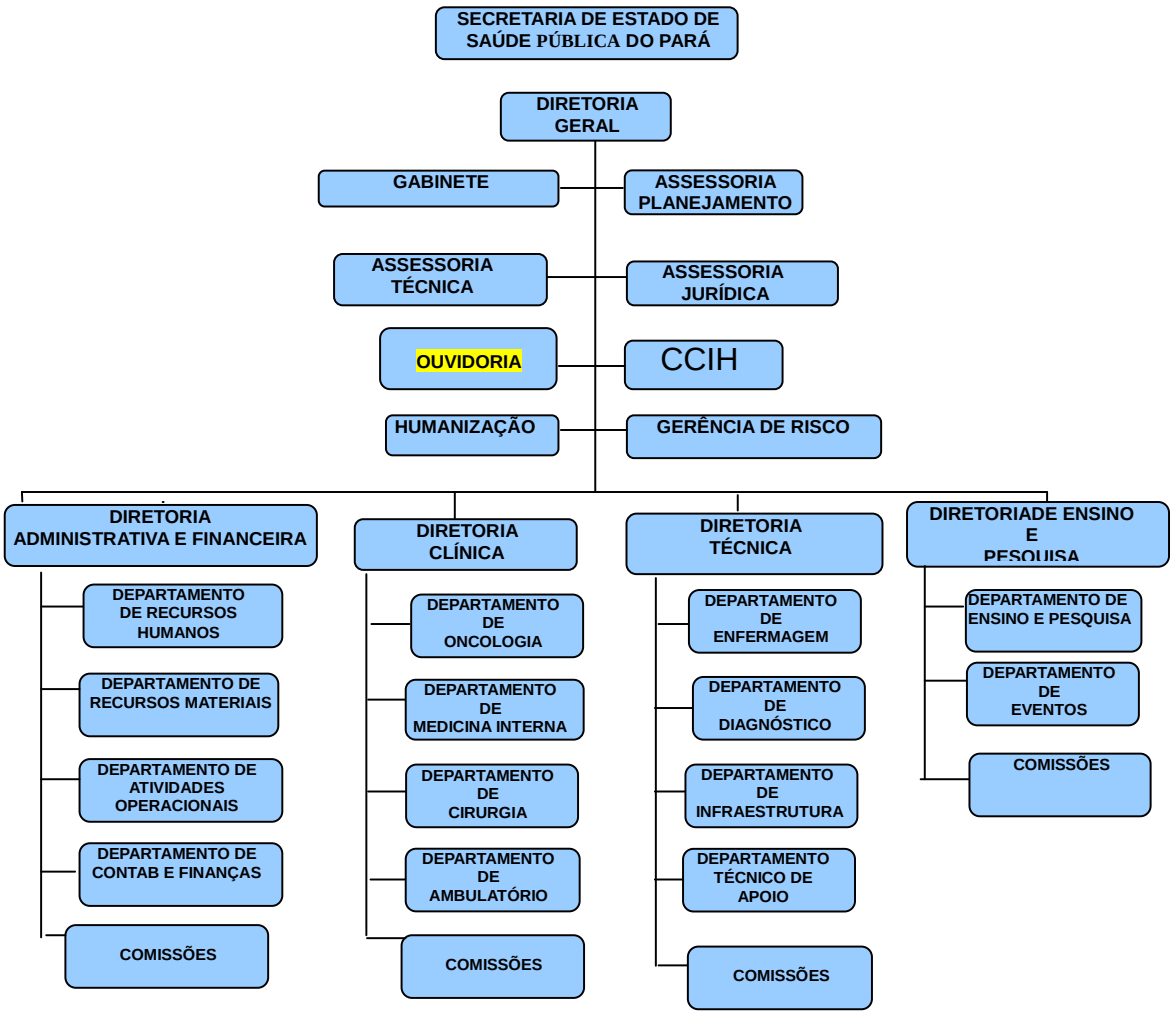
Programas	Objetivo do Programa	Valor Programado (R$-1,00)	Valor Gasto (R$-1,00)
Apoio Administrativo	Despesas com pessoal	68.851.508,00	68.851.508,00
Doar é Vida	Ampliar sobrevida de pessoas que necessitam de transplantes	460.000,00 **83,17%**	382.580,00
Educação na Saúde	Promover a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com vistas ao atendimento qualificado aos usuários do SUS	1.924.380,00 **99,10%**	1.906.988,00
Gestão de Políticas Sociais	Promover ações intergovernamentais articuladas na área de políticas sociais, garantindo a eficácia da sistematização das informações e dos indicadores sociais.	12.397.280,00 **66,65%**	8.263.545,00
Pará Viver	Reduzir a mortalidade por câncer e aumentar a sobrevida dos portadores.	32.969.560,00 **89,86%**	29.625.180,00
Resolutividade na Saúde	Ações de média e alta complexidade exceto os transplantes e o câncer.	17.890.240,00 **91,0%**	16.279.595,00
Sentinela Saúde	Controlar Agravos em Saúde	70.960,00 **89,48%**	63.493.00
Valorização do Servidor Público	Criar condições de trabalho que proporcione a excelência da gestão pública de pessoas e promova a segurança de saúde ocupacional do trabalhador público estadual.	2.970.470,00 **100,0%**	2.970.472,00
TOTAL ANUAL		**137.534.398,00**	**128.343.361,00**

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2010a).

Observa-se, no quadro acima, que o hospital utilizou apenas 93% da sua programação, deixando de utilizar R$9.191.037,00, sendo que a ação Gestão de Políticas Sociais, que visa modernizar a gestão da saúde, foi a que menos utilizou os recursos programados.

O Hospital Ophir Loyola, como um centro de referência, vem comprovar a sua atuação, sendo reconhecido e respeitado além da fronteira do Estado do Pará e do Brasil. Esta importância é observada na constatação da grande procura de indivíduos provenientes do interior do estado, de outros estados e de países vizinhos, como: a Guiana Francesa, o Suriname, a Guiana Inglesa e a Colômbia, que buscam atendimento e tratamento especializado nesta instituição. Nos últimos anos, o hospital passou por uma série de mudanças em sua estrutura física, com melhoria nas condições de trabalho. Diante do exposto, o Hospital Ophir Loyola é considerado um dos principais serviços de saúde à disposição da sociedade do Estado do Pará e região norte (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010).

Organograma 1 - Estrutura Organizacional do HOL



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2010a)

3.2.5 Técnica de coleta de dados:

No período de 2008 a 2010, ocorreram 3.014 manifestações no serviço de ouvidoria, a amostra selecionada foi de 398, sendo: 137 do ano de 2008; 127 do ano de 2009; e 134 do ano de 2010. A opção pelos anos de 2008 a 2010 teve a finalidade de analisar os três últimos anos de um período de gestão, período esse que sustenta um trabalho de pesquisa.

O tipo de amostragem utilizada foi à estratificada proporcional de acordo com Cochran (1965), sendo definidos como estratos os anos 2008, 2009 e 2010, admitiu-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%, o incremento utilizado foi aleatório.

Das 3.014 manifestações dos usuários desse complexo hospitalar, 968 correspondem ao ano de 2008; 965 são do ano de 2009; e, 1.081 do ano de 2010, conforme mostra a tabela

abaixo.

Tabela 1 - Número de manifestações recebidas pelo Serviço de Ouvidoria do HOL 2008 a 2010.

Ano	Pacientes	Funcionários	Total	Amostra	%
2008	929	39	968	137	34%
2009	910	55	965	127	32%
2010	1027	54	1081	134	34%
Total	2.866	148	3.014	398	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Foi realizada a análise documental dos seguintes instrumentos: documentos originados na ouvidoria com manifestações de usuários (folha de registro, folha de providências e ficha de registro de atendimento), relatório anual da ouvidoria do ano de 2010, relatório de gestão do ano de 2010 e *Manual de Norma e Rotinas do Serviço de Ouvidoria do HOL*. Cellar (2008) nos diz que o documento escrito é uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais, por possibilitar algum tipo de reconstrução, é insubstituível em qualquer reconstituição do passado, uma vez que ele representa a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas, por permitir acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social.

Por outro lado Lakatos (2002) chama a atenção para o pesquisador não perder o foco no excesso de documentação. Para isso, é preciso ter a definição clara do que se pretende, para obter a documentação adequada aos seus objetivos. “Por esse motivo, para cada tipo de fonte fornecedora de dados, o investigador deve conhecer meios e técnicas para testar a validade quanto à fidedignidade das informações” (LAKATOS, 2002, p. 64).

A mesma autora ressalta que: “o conteúdo das comunicações é analisado por meio de categorias sistemáticas, previamente determinadas, que levam a resultados quantitativos. Podem-se testar hipóteses sobre o conteúdo das [...] mudanças de atitudes, alterações culturais” (LAKATOS, 2002, p. 129). Esta técnica se adéqua às necessidades da pesquisa, pois atende ao objeto de estudo que é: informações contidas nas manifestações dos usuários da ouvidoria.

Realizou-se uma vasta pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão, para dar sustentação teórica ao estudo. Lakatos (2002) ressalta que a pesquisa bibliográfica, também denominada de fonte secundária, abrange tudo o que já foi publicado com relação ao assunto estudado, “desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc. [...] sua finalidade é colocar o pesquisador em

contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto" (LAKATOS, 2002, p. 61).

O instrumento utilizado foi um roteiro de coleta de dados (Apêndice A), inspirado no instrumento utilizado por Falcão (2010) em pesquisa semelhante, dentro da seguinte composição: manifestações relacionadas à esfera da gestão hospitalar e manifestações relacionadas à esfera da gestão do SUS. Isso para evitar ter que compor as informações das manifestações dos usuários por setor da instituição, e, também, para identificar problemas que estão acima das possibilidades da gestão resolver, por se tratarem de questões macro, relativas ao sistema de saúde. Dentro da esfera da gestão hospitalar as manifestações foram assim distribuídas: denúncia, reclamação, solicitação, informação, elogio e sugestão. Já na esfera da gestão do SUS contou-se apenas com: reclamação, solicitação e informação para cada um dos eixos de composição, de acordo com o que preconiza a ouvidoria geral do SUS, em sua cartilha (BRASIL, 2010).

Dentro da esfera da gestão hospitalar, foi configurado todo o sistema de gestão interna do Hospital Ophir Loyola, nos eixos de análise: procedimento administrativo, competência relacional, comunicação organizacional, infraestrutura e financiamento. No eixo de **procedimento administrativo,** foram contempladas todas as manifestações relativas ao: Sistema de marcação de consulta; Sistema de marcação de exame; Central de leitos o que envolve o cadastro da AIH e espera por leito; Cadastro de medicamentos o que envolve a liberação de medicamentos para pacientes dos programas do hospital; Serviço de apoio diagnóstico, o que envolve o serviço de diagnóstico por imagem e análises clínicas; Sistema de compras públicas diretas e indiretas, bem como tudo que envolve o prontuário do paciente, ausência de médico para consulta e ausência de outro profissional para consulta. No eixo da **competência relacional,** foram analisadas as manifestações relativas à: Situação de conflito entre usuário e servidor; Situação de conflito entre os servidores; Relato de elogios à conduta profissional, entre outros. Já no eixo da **comunicação organizacional,** foram contempladas as manifestações relativas ao: aprazamento das consultas médicas, aprazamento de cirurgia eletiva, agendamento de internação na central de leitos; marcação de exame e sistema de sinalização interna e externa para orientar o fluxo de pessoas nas dependências do hospital. Considerando o eixo de **Infraestrutura** que está relacionado ao aspecto de suporte físico do prédio e suporte de equipamentos, foram observadas as manifestações relativas a: Equipamentos obsoletos; Defeito de máquinas e equipamentos (leito, colchão, cadeira, ar condicionado, etc.); Ambiente de trabalho sucateado; Ventilação, layout do ambiente entre outros. Por fim o eixo de **Financiamento**, que abordou as manifestações relacionadas à

inacessibilidade do usuário à assistência, por falta de orçamento do hospital (exames, biópsias, cateteres, medicamentos para os pacientes internados, etc).

Na esfera da gestão do SUS, foram contempladas as questões relativas aos eixos: **rede de serviço de saúde do SUS** que abordou todas as manifestações relativas à inacessibilidade a rede de assistência do SUS, ou seja, toda a dinâmica do sistema de referência e contra-referência de consultas, exames e da central de leitos do sistema de saúde. Por fim o eixo **Financiamento,** que contou com as manifestações relativas à inacessibilidade à assistência hospitalar por falta de financiamento do sistema de saúde.

Foi também abordado o número de manifestações em: denúncia, reclamação, solicitação, informação, elogio e sugestão do serviço de ouvidoria; número de manifestação respondida pela gestão do hospital com solução coletiva e individual; número de manifestação respondida pelo serviço de ouvidoria do hospital com resultados satisfatórios, não satisfatórios e não respondidas, bem como as manifestações respondidas pela gestão da organização hospitalar que provocaram aprendizagem e mudança de ordem operacional no processo de trabalho do hospital.

Dentro da esfera da gestão hospitalar, a análise qualitativa das manifestações dos usuários do serviço de ouvidoria foi assim distribuída: Relacionados aos eixos dos procedimentos administrativos, competência relacional, comunicação organizacional, infraestrutura e financiamento. Já na esfera da gestão do SUS, aos eixos: rede de serviço de saúde do SUS e financiamento.

A análise quantitativa das manifestações respondidas pela gestão da organização hospitalar foi assim distribuída: resposta satisfatória resposta não satisfatória e não respondidas ao usuário. As respondidas satisfatoriamente estão relacionadas ao atendimento do pleito, as respondidas não satisfatoriamente referem ao não atendimento ao pleito. Por fim as manifestações respondidas pela gestão da organização hospitalar que promoveram aprendizagem no processo de gestão hospitalar, por subsidiar mudança de ordem operacional.

Para responder ao questionamento do objetivo geral, foram utilizados documentos gerados na ouvidoria dos anos 2008 a 2010, relatório de gestão do HOL de 2010, pesquisa bibliográfica e análise dos textos teóricos.

Com relação aos objetivos específicos: para o primeiro e o segundo utilizaram-se os documentos com as manifestações dos usuários; para o terceiro foram utilizados documentos gerados na ouvidoria, o relatório de gestão do HOL e o resultado da pesquisa.

O recorte temporal da pesquisa compreendeu os anos de 2008 a 2010, referentes a um período de gestão. A pesquisa foi desenvolvida no período de 15 de abril a 15 de maio de

2011.

Os dados foram assim analisados: os quantitativos através da construção de sistema de entrada, validação e tratamento das informações em programa estatístico e posteriormente, expostos em gráficos e tabelas através de software EPI INFO. Os dados qualitativos foram analisados a partir dos eixos da esfera da gestão hospitalar e gestão do SUS, já estabelecidos. Na esfera da gestão hospitalar, foram analisadas as respostas a partir dos eixos: procedimento administrativo, competência relacional, comunicação organizacional, infraestrutura e financiamento. Para a esfera da gestão do SUS, as respostas dos eixos: rede de serviço de saúde do SUS e financiamento. No item *outros* foram analisadas as respostas afins.

4 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA:

4.1 DESCRIÇÃO DA REALIDADE ESTUDADA

4.1.1 A Ouvidoria do HOL

A ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, locus do estudo, está localizada no térreo do ambulatório do hospital. Foi instituída pela Portaria nº 149/2003-GAB/DG/EPOL (anexo F), em março de 2003, um projeto da assessoria de qualidade e do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), constituindo-se uma das assessorias ligada diretamente à diretoria geral do Hospital Ophir Loyola, como pode ser constatado pelo organograma no capítulo anterior. Funciona das 07h00min às 19h00min, com atendimento de 03 servidoras, sendo uma psicóloga, que acumula a função de coordenadora e trabalha pela parte da manhã, em regime de oito horas por dia, e uma assistente social que desenvolve suas atividades a tarde em regime de seis horas, ambas ouvidoras, possui também um agente administrativo, para os serviços burocráticos, em regime de oito horas de trabalho.

O Ministério da Saúde estabelece que a ouvidoria deverá estar vinculada diretamente ao gestor geral da organização, o qual deverá dar suporte necessário para o exercício de suas funções e, dessa forma, agir de maneira imparcial e legítima junto aos demais servidores da instituição (BRASIL, 2006a).

As manifestações são classificadas em: reclamação, solicitação, elogio, informação, denúncia e sugestão. São recebidas diariamente três a oito manifestações de usuário, que podem ser de usuário interno (funcionários) e externo. Todas as manifestações são registradas em um livro de ocorrência, sendo que as que demandam providências a nível gerencial são relatas em uma folha de registro devidamente preenchida, assinada pelo usuário e encaminhada.

4.1.1.1 Fluxo do Atendimento

O atendimento acontece por demanda espontânea, ou seja, o usuário sente a necessidade de procurar a ouvidoria, se desloca até a sala que fica no térreo do ambulatório. Sendo acolhido pela ouvidora, que fornece todas as informações imprescindíveis ao atendimento. Existe também o atendimento via email.

Dependendo do tipo de demanda, se reclamação, solicitação, elogio, informação,

denúncia ou sugestão, é fornecida uma folha de registro (anexo C) a qual é preenchida pelo usuário e anexada a uma folha de providências (anexo D).

O trâmite ocorrerá conforme a demanda; se for algo a ser resolvido no nível das gerencias de área, a manifestação será encaminhada para a mesma, e o prazo de resposta para o usuário será de cinco dias úteis, sendo este usuário orientado a retornar à ouvidoria para receber o resultado de sua manifestação no prazo estabelecido, ou poderá recebê-lo por telefone ou e-mail. Se a demanda fugir da competência da gerencia, é encaminhada à diretoria de área ou à diretoria geral para serem tomadas as devidas providências, mantendo-se o mesmo prazo para a resposta.

Todos os atendimentos são registrados em um livro de ocorrências. Há aqueles atendimentos que não necessitam de tramitação, que podem ser resolvidos pela ouvidoria de imediato, esses são apenas registrados no livro de ocorrências.

Existe outro tipo de demanda que chega à ouvidoria através de e-mail ou das urnas expostas na área ambulatorial, onde é deixado folhas de registro para serem utilizadas pelos usuários de acordo com suas necessidades. Essas folhas são recolhidas diariamente para serem processadas conforme a demanda.

Realiza-se um tipo de atendimento, desenvolvido pela equipe da ouvidoria, que é a visita da ouvidora nas clínicas de internação, com o objetivo de dar oportunidade aos internados, de ter acesso a esse instrumento tão importante. Nesse atendimento é utilizada uma ficha de registro de atendimento (anexo E).

Mensalmente, a coordenação da ouvidoria encaminha um relatório detalhado de todas as manifestações dos usuários, com dados quantitativos e qualitativos da produção, para a gerência de área e diretorias (como o exemplo do anexo G).

A ouvidoria tem participação ativa no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e no Grupo de Qualidade do HOL. Cabe também à ouvidoria, o acompanhamento do trâmite das manifestações confiadas a essa assessoria.

Segundo o Manual de Normas e Rotinas da Assessoria de Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola, a ouvidoria se constitui numa ferramenta de consolidação da democracia, que se estabelece como um canal de informação e comunicação entre o usuário e a alta gestão do hospital, através do qual aquele contribui com suas manifestações para uma mudança institucional, com o propósito de corrigir e aperfeiçoar os serviços prestados por essa organização (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008). Os objetivos e as finalidades da ouvidoria são discriminados no quadro 6.

Quadro 6 - Objetivos e finalidades da Ouvidoria do HOL

“Objetivo da ouvidoria”	**“Finalidades da ouvidoria”**
Contribuir para elevar o nível de satisfação dos usuários dos Serviços do Hospital Ophir Loyola através da melhoria da qualidade do atendimento	1.Conhecer o grau de satisfação do usuário dos serviços oferecidos pelo Hospital Ophir Loyola, buscar soluções para as questões levantadas, oferecer informações gerenciais à Alta Gestão, visando o aprimoramento da prestação do serviço**;** 2.Contribuir para salvaguardar os direitos e interesses dos usuários internos e externos, atuando com autonomia para apurar questões que lhes forem apresentadas; 3.Contribuir para a manutenção do equilíbrio das relações entre funcionários, bem como entre funcionários e usuários do Hospital Ophir Loyola;

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2008).

Nesse sentido, a ouvidoria do HOL se estabelece como um instrumento que concretiza diariamente a participação do usuário, por tirá-lo do anonimato e inseri-lo no contexto da organização, através das informações contidas nas suas manifestações, aproximando-o da gestão do hospital ao qualificar o atendimento recebido. Esse exercício de cidadania, quando bem utilizado pelos usuários e pela gestão, poderá promover a aprendizagem e mudanças substanciais no modo de gerenciar a organização.

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados foram analisados, de acordo com a metodologia proposta, à luz dos teóricos presentes no estudo, e traz as manifestações diárias dos usuários do Serviço de Ouvidoria do HOL.

Tabela 2 - Manifestações recebidas pelo Serviço de Ouvidoria nos três anos do estudo.

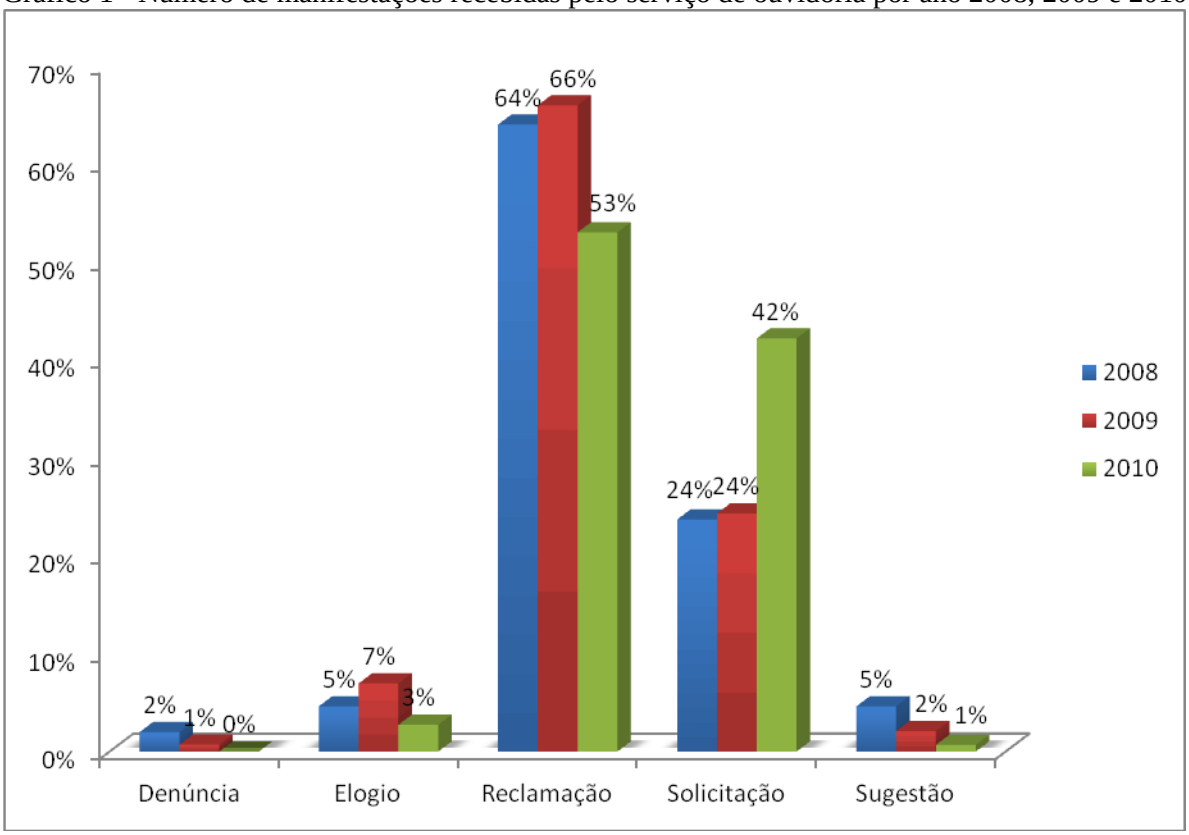
Manifestações recebidas pelo serviço de ouvidoria	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Denúncia	3	2%	1	1%	0	0%	4	1%
Elogio	7	5%	10	7%	4	3%	21	5%
Reclamação	99	64%	95	66%	80	53%	274	62%
Solicitação	36	24%	35	24%	62	42%	133	30%
Sugestão	7	5%	3	2%	1	1%	11	2%
Informação	0	0%	0	0%	1	1%	1	0%
TOTAL	152	100%	144	100%	148	100%	444	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Observa-se que da amostra de 398 registros do Serviço de Ouvidoria, houve um acréscimo de 46 manifestações ou 11,5%, passando o universo amostral para 444 ocorrências

de acordo com a tabela 2 acima. Isso está relacionado ao usuário que faz em um mesmo registro da ouvidoria duas manifestações, uma na esfera da gestão hospitalar e uma no SUS, ou seja, o usuário no seu registro faz um elogio a um servidor do hospital, essa manifestação é da GH, e uma reclamação referente ao SUS. Isso gerou manifestação nas duas esferas e foi percebido no decorrer da coleta, sendo que, tudo que continha em uma folha de registro foi transferido para o roteiro de coleta de dados.

Gráfico 1 - Número de manifestações recebidas pelo serviço de ouvidoria por ano 2008, 2009 e 2010.



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico acima revela que no decorrer dos três anos sob análise, as manifestações com maior percentual foram: a reclamação que apresentou uma variação em torno de 54% a 66%, com uma queda de 13% no último ano, entretanto a solicitação apresentou um aumento de 18% no mesmo período. Isso implica concluir que não houve aprendizagem, uma vez que as solicitações demandam as mesmas questões, ou seja, ou o usuário pode reclamar da demora em ser chamada para cirurgia, ou solicita que sua cirurgia seja agilizada, pois já esta aguardando há muito tempo, esse fato foi questionado com as ouvidoras, que responderam levar em consideração as diretrizes da ouvidoria do SUS, que estabelece tanto a reclamação como a solicitação.

Apesar da queda de 13% no último ano das manifestações de reclamação, o percentual que permanece ainda é elevado, assim como a solicitação com a elevação de 18% no mesmo período, isso demonstra que o atendimento da ouvidoria é pontual, voltado mais para o assistencialismo, do que para o seu objetivo que é efetivar a participação do usuário no serviço público e, servir de instrumento gerencial para melhorar os processos de trabalho através das manifestações dos usuários. Ressalta-se que da amostra de 398 roteiros de coletas de dados, 377 demandaram resposta, 50% destes atenderam ao pleito do usuário, ou seja, 188, destes 177 foram de soluções individuais e apenas 11 para a coletividade, sinalizando que as demandas do usuário não geraram aprendizagem pela quantidade de reclamações que insistem em permanecer. Os 21 restantes para completar os 398 referem-se aos elogios que não demandaram respostas.

Os elogios, as sugestões, seguidas da denúncia e da informação, apresentam um pequeno percentual diante dos demais. Esse quadro demonstra que o usuário do SUS, busca no serviço de ouvidoria um apoio para o enfrentamento de seus problemas, um local para reclamar ou solicitar, deixando de lado outros atributos importantes desse serviço, como um canal de informação por exemplo.

Quanto às manifestações de denúncias que em 2010 não obteve nenhuma manifestação, infere-se o comentário que o usuário ainda não percebe a ouvidoria como um canal de defesa de seus direitos, talvez pela falta de conhecimento ou movido pelo sentimento de medo de represália no seu tratamento, cabe ressaltar que não é a intenção conjecturar, mas é preciso refletir acerca de sua amostra no universo da pesquisa. Falcão (2010) em pesquisa semelhante, em que obteve também um pequeno resultado para esse tipo de manifestação, comenta que numa realidade tão complexa que é o da saúde pública hospitalar, é pequena a quantidade de usuários que utilizam as manifestações de denúncias na ouvidoria do hospital, com relação a danos sofrido nas múltiplas relações estabelecidas no complexo contexto das instituições hospitalares, levando em consideração a representatividade da Ouvidoria como um órgão de defesa dos direitos individuais e coletivos dos cidadãos.

Com relação ao baixo percentual das manifestações de elogio, o estudo infere a fragilidade na relação entre usuário e servidores, a maioria causada pela própria dinâmica do serviço que desgasta a relação com os mais variados problemas que se estabelecem como a falta de material médico hospitalar, falta de leito para internar os pacientes, quebra de equipamento, precárias condições de trabalho e sobrecarga de trabalho pela impotência diante de questões macros relacionada ao sistema de saúde, como a grande demanda reprimida por atendimento/cirurgia, esse é o ponto nevrálgico da maioria das organizações públicas de

saúde. Essa inferência pode ser comprovada na resposta da assistente social a manifestação de um usuário, quando este solicita internar para realizar procedimento cirúrgico na especialidade de cabeça e pescoço; o paciente deu entrada na AIH em junho de 2010, a solicitação feita na ouvidoria data de novembro de 2010. Na resposta, a assistente social orienta que o paciente deve retornar com o médico para verificar a situação atual e se há urgência (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010b). Essa não é a única resposta nesse sentido, que imputa ao médico a responsabilidade de apontar a prioridade dentre os vários casos. Nessa lógica não há como seguir a sequência da ordem de chegada dos pacientes, e para estes a urgência é imediata, visto que cada um quer ter seu problema de saúde resolvido.

Tabela 3 - Evolução do nº de manifestação nas esferas da gestão (hospitalar e SUS) no período de 2008 a 2010.

Manifestação na esfera de gestão	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
Gestão hospitalar	132	87%	119	83%	110	74%	361	81%
Gestão de SUS	20	13%	25	17%	38	26%	83	19%
Total	152	100%	144	100%	148	100%	444	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Do total das 444 manifestações, 81% estão na esfera da gestão hospitalar e 19% na esfera da gestão do SUS, conforme tabela 3. Apesar do maior percentual esta concentrada na esfera da gestão hospitalar, é importante ressaltar que, vários problemas de gestão do hospital estão intimamente ligados a problemas que envolvem o sistema de saúde como um todo, tais como: a quebra de equipamento, por exemplo, aumentar a espera por procedimento e gerar uma grande demanda por tratamento. O estudo leva a inferir que isso se deve ao fato, do HOL ser o único hospital público do SUS, para tratamento de radioterapia em todas as especialidades da oncologia no Estado do Pará, a demanda por tratamento sobrecarrega os equipamentos e não permite um tempo hábil para manutenção dos mesmos. Não obstante a isso, há também a burocracia do sistema de saúde que envolve a liberação das APAC's, AIH’s, de exames e procedimentos de média e alta complexidade, que exige para autorização pelo DERE a assinatura do secretário de saúde do município de residência do paciente, quando este é oriundo do interior do estado, acompanhado de xerox dos seguintes documentos: carteira de identidade, comprovante de residência no nome do paciente ou responsável e cartão do SUS, além dessa burocracia o usuário tem que contar com o tempo de liberação da autorização que gira em torno de 7 a 10 dias. Quando essa documentação volta do DERE autorizada, esse usuário entra numa fila de espera existente no hospital de meses ou até anos, para conseguir ter seu problema resolvido, devido à grande demanda reprimida em muitas

especialidades médicas. Nesse processo, o usuário do sistema, perde um tempo que é crucial para sua recuperação. Vale ressaltar que essas diretrizes são do Ministério da Saúde, entretanto a forma de operacionalização cabe ao gestor local da saúde, que nesse caso é a Secretaria Municipal de Saúde de Belém - SESMA (A determinação deste processo esta contida no ofício circular nº021/2010DCAH/DERE/SUS de 05/03/2010 - anexo A, e ofício circular nº 002/09-SAC/DCA/DERE/SMS de 16/01/2009 – anexo B). Essa situação esta contida no roteiro de coleta Nº397 (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2009).

Num país com tantas desigualdades e com tanta miséria, expor os mais necessitados, que deveriam ser acolhidos de forma diferenciada, a esse tipo de procedimento, para ter atendida as suas necessidades, provoca mais exclusão ainda, por ter que enfrentar tais dificuldades. Encontrar o caminho certo, para que cada município se responsabilize financeiramente pelos procedimentos que seus habitantes realizam, deve ser garantido, entretanto é preciso encontrar estratégias que possam diminuir essas diferenças, e assim garantir o principio da equidade claramente ferido nesse processo.

Para trabalhar essas questões a PNH traz a cartilha **Redes Sociais** a qual propõe que os diferentes conhecimentos possam ser agregados à produção de saúde. É necessário que os profissionais consigam "identificar as necessidades de saúde e os direitos do cidadão, respeitando-se os diferentes grupos e movimentos sociais, gêneros, etnias, raças, orientações sexuais e populações específicas (povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)" (BRASIL, 2006a, p. 53).

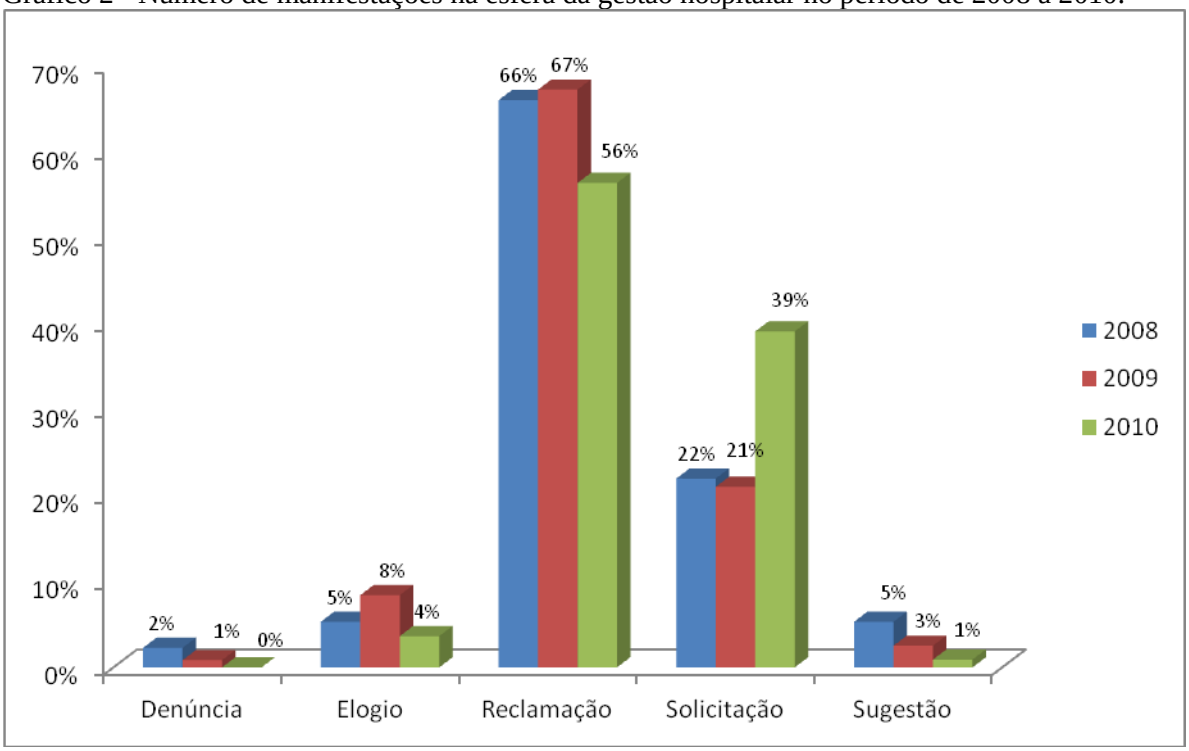
Tabela 4 - Evolução do número de manifestação da gestão hospitalar -2008/2010

Gestão Hospitalar	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Denúncia	3	2%	1	1%	0	0%	4	1%
Elogio	7	5%	10	8%	4	4%	21	6%
Reclamação	86	66%	80	67%	62	56%	228	63%
Solicitação	29	22%	25	21%	43	39%	97	27%
Sugestão	7	5%	3	3%	1	1%	11	3%
TOTAL	132	100%	119	100%	110	100%	361	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Do total das 444 manifestações do serviço de ouvidoria, 361 estão na esfera da gestão hospitalar como pode ser visualizada na tabela 4 acima. Abaixo será contextualizado o gráfico referente à tabela acima.

Gráfico 2 - Número de manifestações na esfera da gestão hospitalar no período de 2008 a 2010.



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico acima revela a prevalência das reclamações com maior percentual em 2009 com 67% e um declínio de 11% no último ano da gestão, já as solicitações apresentam um aumento de 18% no mesmo período. O menor percentual permanece com as denúncias. É importante ressaltar que as manifestações da esfera da gestão da hospitalar, contemplam toda a dinâmica operacional para o desenvolvimento das atividades de assistência médica hospitalar e administrativa. Observa-se então, a permanência de maior incidência nas manifestações de reclamação que apesar da queda de 11% ainda mantém um percentual elevado. Observa-se também que no mesmo período houve um aumento de 18% nas manifestações de solicitação, o que favorece ratificar o que já foi discutido no gráfico 1, que a gestão da organização utiliza as manifestações dos usuários de maneira pontual, haja vista os dados demonstrarem que das 188 respostas satisfatória (somatória das soluções individuais e coletivas) da gestão hospitalar, 177 são individuais e apenas 11 para a coletividade.

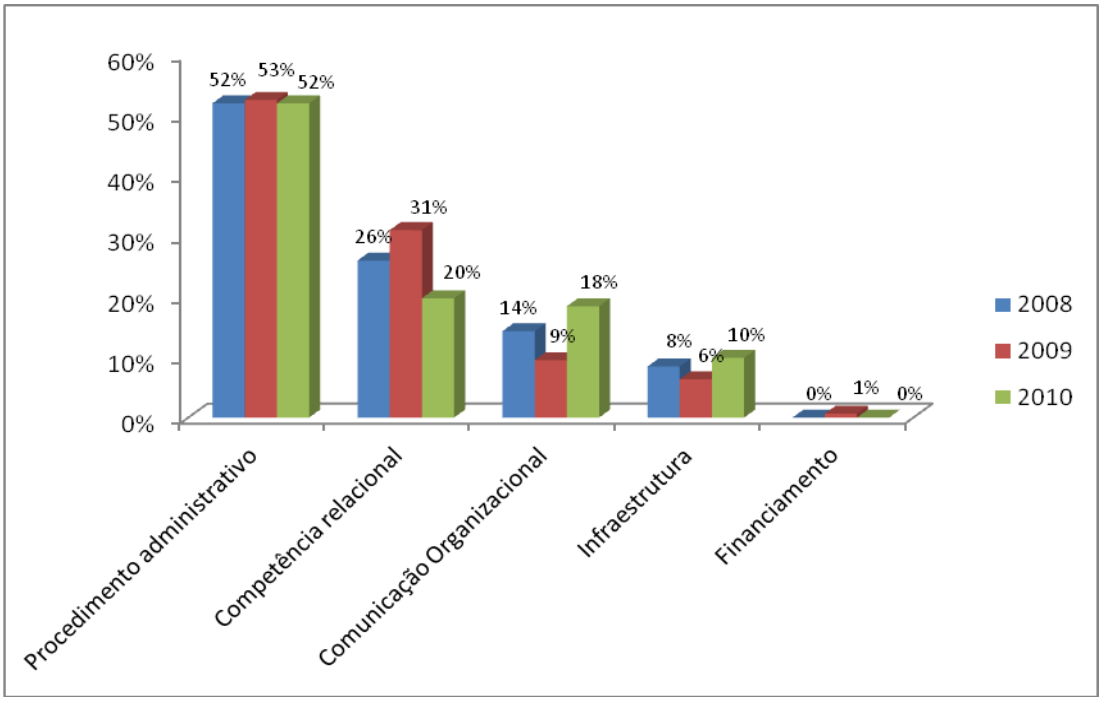
Tabela 5 - Evolução do número de manifestação nos eixos de análise da gestão hospitalar -2008/2010

Tipo de manifestação GH	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
Procedimento administrativo	79	52%	83	53%	79	52%	241	52%
Competência relacional	40	26%	49	31%	30	20%	119	26%
Comunicação Organizacional	22	14%	15	9%	28	18%	65	14%
Infraestrutura	13	8%	10	6%	15	10%	38	8%
Financiamento	0	0%	1	1%	0	0%	1	0,2%
Total	154	100%	158	100%	152	100%	464	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

A tabela acima se refere aos dados qualitativos do estudo, por esse motivo revela um aumento de 103 manifestações dispostas nos eixos de análise da gestão hospitalar (464-361=103), isso se deve ao fato de uma reclamação, ou solicitação do usuário esta relacionada em mais de um eixo, exemplo: uma reclamação da falta do médico para realizar a consulta, esse servidor (médico) encontrava-se de férias, esse fato não foi comunicado ao setor de marcação de consulta, a reclamação da falta do servidor entra no eixo do procedimento administrativo, mas também se relaciona com o eixo da comunicação, no que se refere ao aprazamento da consulta. Esta tabela será contextualizada no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Número de manifestações nos eixos de análise da gestão hospitalar no período de 2008 a 2010.



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

De acordo com o gráfico 3 acima disposto, o eixo de análise do procedimento administrativo mantém o maior percentual em torno de 52% das manifestações em

contrapartida o eixo da infraestrutura detém o menor percentual 8%, o financiamento praticamente não aparece pelo ínfimo percentual apresentado.

Dessa forma o estudo aponta a maior incidência das informações estarem no eixo do procedimento administrativo, como ponto nevrálgico da gestão, constatado pelo gráfico acima que demonstra uma uniformidade dos percentuais nos três anos da pesquisa, isso demonstra que não houve aprendizagem a partir das informações contidas nas manifestações dos usuários no processo de gestão. No eixo da competência relacional o estudo demonstra uma queda de 11% no último ano da gestão, que indica uma diminuição nas manifestações de reclamações, o estudo não aprofundou nas questões que pudessem responder se houve um trabalho de conscientização e ajustes para melhorar a relação entre o servidor e o usuário. Apresenta também um aumento de 9% no eixo da comunicação organizacional no mesmo período.

Diante do exposto acima a análise qualitativa do estudo identificou várias situações recorrentes nas manifestações dos usuários da ouvidoria do HOSPITAL OPHIR LOYOLA,dispostas por eixos de análise no decorrer dos três anos da pesquisa, e contidas nas tabelas 6, 7, 8, 9, Segue a discussão nos eixos de análise.

4.2.1 Eixo 1: Procedimento Administrativo

Para o estudo as situações recorrentes no eixo do ***Procedimento administrativo*** contemplam tudo que envolve: sistema de marcação de consulta, sistema de marcação de exame, central de leitos (o que envolve o cadastro da AIH e espera por leito), cadastro de medicamentos (o que envolve a liberação de medicamentos para pacientes dos programas do hospital), ausência de médico para consulta, ausência de outros profissionais para consulta, serviço de apoio diagnóstico (serviço de diagnóstico por imagem e análises clínicas), sistema de compras públicas (diretas e indiretas) e o prontuário do paciente, dispostos na tabela 6 abaixo.

Tabela 6 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo de procedimento administrativo da GH no período de 2008 a 2010

Tipo de Manifestação	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Ausência de outros profissionais para consulta	3	4%	2	2%	2	3%	7	3%
Ausência de médico para consulta	9	11%	11	13%	5	6%	25	10%
Cadastro de medicamentos	4	5%	8	10%	2	3%	14	6%
Central de leitos-liberação de AIH	10	13%	7	8%	9	11%	26	11%
Falta de Prontuário	17	21%	14	17%	15	19%	46	19%
Serviços de apoio diagnóstico	3	4%	8	10%	10	13%	21	9%
Sistema de compras públicas	8	10%	3	4%	6	8%	17	7%
Sistema de marcação de consulta	12	15%	10	12%	9	11%	31	13%
Sistema de marcação de exame	2	3%	1	1%	5	6%	8	3%
Outros	11	14%	19	23%	16	20%	46	19%
TOTAL	79	100%	83	100%	79	100%	241	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

a) De acordo com a tabela acima a maior incidência, 19%, esta nas manifestações relativas à falta do prontuário do paciente para as consultas médicas, esse fato gerou vários tipos de problemas para os pacientes, pois a maioria perdia a consulta, essa quase sempre em oncologia, nas fases do tratamento de quimioterapia e radioterapia, que geralmente eram de retorno, e muitas relacionadas à renovação da Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) para receber o quimioterápico, ou então, para realizar consulta na radioterapia. Há relatos de vários pacientes que perderam até três consultas agendadas pela falta do prontuário, que deixaram de tomar quimioterápico por até 10 dias pela falta de acesso a consulta médica para renovar a APAC. Ressalta-se que o fluxo de liberação do prontuário é padronizado e segue o sistema de agendamento prévio, que pode ser através da central de consultas do município e de consulta de retorno do próprio hospital. Essas agendas são disponibilizadas na véspera e encaminhadas ao Departamento de Arquivo Médico e Estatístico (DAME), que separa os prontuários e encaminha para o ambulatório de acordo com as agendas.

Assim o estudo inferiu que a recorrência da falta do prontuário para consulta, demonstra a fragilidade na prática dessa atividade, movida muitas vezes pela dinâmica do próprio tratamento desses pacientes, como tratamento concomitante entre quimioterapia e radioterapia, em que o prontuário é peça fundamental e insubstituível, para moldar a área a ser irradiada, por exemplo. Para isso é necessário que o prontuário fique na radioterapia, assim, muitos perdem a consulta. Outro quesito não menos importante, está no fato do hospital possuir dois tipos de prontuário, o de internação e o ambulatorial, e, em certas circunstâncias, ambos têm de estar junto, entretanto, não se pode eximir o setor responsável de encontrar

alternativas para acabar ou pelo menos minimizar esses contratempos, que prejudicam o atendimento ao usuário já fragilizado pela doença, prejudica o bom desempenho do serviço, e causam conflito entre o usuário e a equipe de atendimento, pois o paciente quer ter seu problema resolvido e a equipe fica impedida de atendê-lo. Dessa forma, o estudo aponta para a necessidade implementar o prontuário único (internação e ambulatorial), eletrônico, para otimizar o atendimento e evitar tantos danos ao usuário e ao serviço, uma vez que a equipe poderá ter acesso às informações necessárias ao atendimento de imediato. Entretanto um hospital de ensino como o HOSPITAL OPHIR LOYOLA,não pode deixar de ter o prontuário em espécie, devido o academicismo presente nas relações de ensino.

Outro ponto de extrema importância e urgente é rever a prática do fluxo de liberação do prontuário pelo DAME, que parece ser movida de forma doméstica e não pela padronização de processo, o setor responsável precisa tomar para si a responsabilidade em localizar o prontuário, mesmo que este não esteja no DAME, é necessário conscientizar e envolver as pessoas diretamente ligadas no desenvolvimento dessa atividade, mostrar os problemas que surgem e o impacto negativo que causa para o usuário e para o serviço. Isso pode ser feito através das informações geradas no serviço de ouvidoria a partir dos usuários. É indispensável valorizar essas informações, para produzir conhecimento, e ampliar os espaços de comunicação para um melhor desenvolvimento das ações, isso possibilita desvendar os nós críticos e construir uma nova realidade, utilizando a ouvidoria como espaço democrático de construção de saber a serviço do cidadão, e assim dar o valor exato a esse instrumento tão importante para a gerência dos processos desse hospital.

Este dado da pesquisa nos remete à Ilara Moraes (1998) quando fala sobre informação em saúde: entender o significado de Informação em Saúde, como instrumento potente e potencial, a cargo do conhecimento, leva a entender informação, na complexidade da vida moderna, como um produto construído historicamente nas relações de poder e de produção de saber. Possibilitar alternativas para ampliar os espaços de comunicação, em torno da Informação em Saúde, significa politizar estas relações, que são reduzidas ao campo da tecnicidade.

b) No que se refere ao sistema de marcação de consulta com 13%, central de leitos com 11% e sistema de marcação de exame com 3%, contidos na tabela acima ambos estão relacionados ao longo tempo de espera para conseguir: marcar consulta, marcar e receber resultado de exame e conseguir leito para internar. No sistema de marcação de consulta o estudo revela a falta de padronização e normatização de rotinas do serviço. Vejamos um

exemplo: o posicionamento da vez de chamada para a consulta é realizado de acordo com a agenda que vem da central de marcação de consulta do município; há relato de paciente que foi o primeiro a chegar e o sétimo a ser atendido, eles reivindicam que o posicionamento para a consulta fique pela vez de chegada no *Check-in* do hospital, pois quando a consulta é marcada na central, não é dado a eles a ordem do posicionamento para chamada. Há também relatos de consultas marcadas erradas, com registro errado, em dia facultativo, para profissional de férias. Diante desses dados é possível inferir que as atividades são realizadas de forma mecânica, movida pela repetição de tarefa, falta gerência e processos bem delineados, com padronização de tarefas, envolvimento e conscientização dos funcionários, sobre o valor de sua atividade como peça fundamental para qualidade da assistência, direcionados a um atendimento humanizado, dentro do que preconiza a PNH já implementada na instituição desde 2003.

No quesito central de leitos com 11%, o nó crítico esta no tempo de espera por um leito para internar e realizar o procedimento cirúrgico. Há relatos de espera de anos, uns com mais de três. Levando em consideração que a maioria dos pacientes é portador de câncer, esse dado é crítico e merece atenção especial da gestão, entretanto não há como inferir que o problema é somente da gestão do hospital, uma vez que o HOL é um hospital de referência do SUS no estado para tratamento do câncer, a demanda é muito maior que a oferta de serviço, isso provoca uma demanda reprimida e um acumulo de AIH's por cirurgia, ou seja, há problemas que fogem a competência da gestão do hospital. Isso nos faz lembrar o que Pereira (2002) nos disse: as ouvidorias dos hospitais ao acolher as demandas de reclamações dos usuários têm um caráter puramente social, por implicar em situações mais amplas relativas ao SUS, e ao tipo de serviços prestados pelos profissionais no hospital.

No entanto não se pode eximir a gestão dos problemas pertinentes a esse dado, quando se têm relatos de morosidade no atendimento as necessidades do usuário. Como exemplo, temos o relato de uma situação: o paciente reclama da demora em internar para retirar o portocath (cateter totalmente implantado para infusão de medicamento quimioterápico, utilizado em paciente oncológico), a reclamação foi feita dia 27.05.2008 e a resposta veio dia 16.09.2008, ou seja, quatro meses depois, o processo ficou parado na Diretoria Clínica quase quatro meses, deu entrada dia 27.05.2008 e saiu de lá no dia 12.09.2008 para o serviço social que encaminhou para ouvidoria dia 16.09.2008, o trâmite do documento foi tão moroso, e feriu o tempo de espera preconizado pela ouvidoria que é de cinco dias. O paciente foi internado 01.07.2008 e saiu dia 16.07.2011 o que foi revelado pela mãe do paciente ao telefone para Assistente Social, quando esta entrou em contato com a mesma para atender a

sua demanda. Se o paciente fosse esperar pela resposta de sua manifestação teria sido bem pior.

Diante disso é possível inferir que a ouvidoria do HOL não consegue cumprir as suas atribuições institucionais, uma vez que as informações geradas a partir dela não provocam aprendizagem e mudança da situação apresentada.

c) Com relação ao serviço de apoio diagnóstico com 9% conforme tabela acima os relatos estão relacionados à demora na entrega do resultado de exame, falta de laudo, perda de exame e laudo de exame errado. O estudo demonstra a falta de atenção no desenvolvimento das atividades, a falta de padronização de processo de trabalho, falta de pessoal e de planejamento das ações, uma vez que as resposta apenas comunicam que a demora na entrega do exame e a falta de laudo é devida a máquina reveladora do exame está com defeito, ou que o médico que lauda encontrava-se férias.

d) No sistema de compras públicas com total de 7% as manifestações estão relacionadas à falta de insumo para realização de exame, falta de medicamento quimioterápico e atraso na entrega de medicamento. Há relatos de paciente internado na neurocirurgia para realizar exame de angiografia/embolização, que realizou cinco vezes o preparo para o procedimento e foi suspenso por falta de material, esse preparo envolve jejum prolongado, tricotomia da área e em alguns casos dependendo do paciente, quando prescrito pelo anestesista tomar um calmante. Isso fere o que preconiza a PNH, ao expor o usuário a um estresse físico e emocional. Novamente problemas relacionados à gerência de processo de trabalho.

e) Para o quesito de ausência de médico para consulta com 10% e ausência de outros profissionais para consulta com 3%, as manifestação estão relacionadas à falta do servidor por férias, congresso, licença maternidade, aposentadoria e falta do *staff* (medico especialista) nos consultórios com os residentes. Há relato de falta do médico *staff* na consulta, em que o usuário solicitou laudo médico, o qual foi elaborado pelo médico residente, o paciente então, solicitou outro laudo. Usuário reclama que veio em três consultas e nunca foi atendido pelo medico do *staff* (do hospital) somente por residente, solicitou troca de medico. Os casos relacionados à falta do profissional devido férias e licenças, o estudo infere a falta de informação entre os setores responsáveis (DRH e coordenação do ambulatório) para impedir a agenda de consulta desses profissionais, ou providenciar substituição se for o caso.

Novamente gerência de processos e de pessoas.

f) Por último temos as manifestações relacionadas ao cadastro de medicamentos com 6% conforme tabela acima que referem à falta de quimioterápico. Há relato de dispensa de medicação errada para usuária (Paciente tomou por 21 dias o Methotrexate, medicamento para tratamento de vários tipos de câncer, no lugar do Tamoxifeno, medicamento paliativo ou adjuvante no carcinoma mamário hormonodependente), isso gerou uma situação de estresse enorme à paciente, situação de conflito entre a paciente e o atendente da farmácia, a paciente foi submetida à nova consulta médica e a medicação foi encaminhada para gerência de risco.

Outro dado importante que chama atenção é o relato de um paciente do interior de Oriximiná, que reclama da norma institucional em liberar medicamento quimioterápico uma vez por mês, ressalta que às vezes fica até 10 dias sem a medicação pela distância e atropelos para se deslocar. Cada APAC de liberação da medicação é para três meses, mas o protocolo da instituição de liberação é mensal. Todos esses entraves refutam o princípio da equidade do SUS e das diretrizes da PNH. Lembrando o que é equidade no vocabulário do SUS temos: “diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos” (BRASIL, 2006b, p. 12). Levando em consideração as condições geográficas dos vários municípios do Estado do Pará, onde a maioria de transporte é fluvial e levam dias de viagem, tratar de forma igual esse usuário é refutar o principio da equidade no acolhimento de sua necessidade.

Nos outros que somam 19% conforme tabela acima as manifestações recorrentes estão na solicitação de troca de médico devido situação de conflito entre o usuário e o médico, há também relato de greve de funcionários na radioterapia, o que gerou suspensão das sessões marcadas.

Levando em consideração que a principal referência do HOL é o tratamento do câncer, uma doença que requer cuidados geralmente imediatos, esses tipo de problemas recorrentes deveriam ser analisados pela gestão com mais rigor, assim é pertinente inferir a necessidade de instituir uma política de gestão focada em resultado, no ajuste de seus processos em todas as áreas, uma política de gestão da informação, bem como uma política de recursos humanos, ambas baseada na Política Nacional de Humanização, nesse sentido a área administrativa requer atenção especial, pois a sua inoperância provoca um caos em todo sistema de atendimento do hospital, por ser a área que oxigena a área assistencial, que lhe dá suporte e condições para o bom desempenho, e deve estar atrelada à dimensão humana das relações,

esta, dentro do que preconiza a PNH, posto que, um hospital pode ser excelente tecnologicamente e frio do ponto de vista das relações.

A PNH traz em suas cartilhas o modo de melhorar os diferentes problemas, assim o estudo aponta para a **Gestão Participativa e Co-Gestão** que segundo o MS**,** tem o propósito de desenvolver o novo formato de atendimento na área da saúde e proporcionar a participação de todos os envolvidos para um trabalho em equipe, assegurando assim a implementação das diretrizes do SUS, promovendo a motivação, favorecendo o estímulo para reflexão e elevando a auto-estima dos profissionais e o fortalecimento da criatividade, do empenho no trabalho com troca de saber, poder e afeto entre os envolvidos, a saber: profissionais, usuários e os gestores (BRASIL, 2006a).

Os dados indicam que a gestão do hospital é reativa, pontual pelas inúmeras vezes que o mesmo problema se apresenta, a exemplo a falta do prontuário, que nos três anos apresentou o maior percentual, isso é ruim do ponto de vista gerencial, pois os entraves que se apresentam estão relacionados a gerência por processo de trabalho.

A ouvidoria tem papel fundamental nesse contexto, e deve se estabelecer como um instrumento de promoção dos direitos do cidadão, politicamente construída entre o usuário e a gestão, para promover a correção desses problemas da organização. “O papel da ouvidoria não é o de procurar e apontar defeito na ação da instituição, mas funcionar como uma espécie de controle de qualidade do serviço público, auxiliando na busca de solução para os problemas existentes na instituição” (BRASIL, 2006b, p. 10), para isso é preciso que a gestão da instituição valorize as informações oriundas desse serviço, no colhimento das demandas e efetive o seu papel nesse contexto. O pensamento de Véras (2005) acerca do serviço de ouvidoria contribui nessa lógica quando revela, que “os serviços de saúde também são beneficiados, visto que a opinião dos usuários acerca da qualidade dos serviços contribuirá para o planejamento das ações dos profissionais de saúde, gestores e administradores”.

Mas é necessário, que a ouvidoria enquanto estratégia de gestão se revele numa via de mão dupla, ou seja, que as informações geradas subsidiem mudança de comportamento da gestão frente às manifestações recebidas do usuário. Isso nos faz lembrar Vilanova (1999) ao afirmar que, “ao mesmo tempo, a comunidade pode aferir o nível de compromisso da Administração Superior, através do *feedback*, propiciado pela ouvidoria, sobre o acolhimento de suas demandas” (VILANOVA et al., 1999, p. 2). Para Falcão (1999) a Ouvidoria ao representar o cidadão e defender os seus direitos, estabelece a publicização, busca a eficiência, eficácia e também a efetividade dos serviços públicos, assumindo uma função de grande importância na gestão pública (FALCÃO, 1999).

Nesse sentido a ouvidoria deve se estabelecer como estratégia, para o fortalecimento da cidadania, concretizando a participação da sociedade na administração pública. Entretanto, o fato de o usuário ter acesso garantido nos espaços da ouvidoria, não lhe garante o fortalecimento da cidadania, nem tão pouco a participação da administração pública, quando não tem garantido os seus direitos reivindicados, ferindo os princípios de sua constitucionalidade.

Hall e Taylor (2003) nos ajuda a compreender o papel das instituições nesse contexto, ao especificar que a criação das políticas públicas esta centrada nas prerrogativas de acordos voluntários entre as partes interessadas, a sua sobrevivência vai depender da oferta maior de benefícios aos atores interessados face às formas institucionais concorrentes (HALL; TAYLOR, 2003, p. 206).

4.2.2 Eixo 2: Competência Relacional

Para o estudo as situações recorrentes no eixo da ***competência relacional*** estão relacionadas às manifestações relativas à: situação de conflito entre servidores com 9%, situação de conflito entre usuário e servidor com 70%, relato de elogios a conduta profissional com 18% e os *outros* com 3% conforme tabela 7 abaixo.

Tabela 7 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo competência relacional no período de 2008 a 2010

Tipo de Manifestação	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Relato de elogios a conduta profissional	7	18%	11	22%	4	13%	22	18%
Situação de conflito entre os servidores	2	5%	3	6%	6	20%	11	9%
Situação de conflito entre usuário e servidor	30	75%	35	72%	18	60%	83	70%
Outros	1	2%	0	0%	2	7%	3	3%
TOTAL	40	100%	49	100%	30	100%	119	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

a) A maior incidência esta no dado relacionado à situação de conflito entre usuário e servidor, com 70% das manifestações, neles estão relacionadas à reclamação do funcionário contra atitude grosseira de usuário[2], com menor percentual, essas reclamações ficam separadas no serviço de ouvidoria com o título “para fins de direito” e não são tramitadas. Há

[2] Paciente ou acompanhante, das 83 manifestações 8 (10%) são de funcionário que reclamaram.

um relato de um paciente ter utilizado palavras ofensivas para uma servidora no exercício de sua função, e utilizado de preconceito por esta ser negra. Esse tipo de atitude, além de trazer à tona a questão legal, refuta o que dita a PNH, bem colocadas nas palavras de Souza (2003) por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (SOUZA, 2003). O funcionário assim como o usuário precisa ter os seus direitos resguardados, para tanto, é necessário estabelecer estratégias de conscientização para o usuário da importância de respeitar o servidor público no exercício de suas funções, o que é preconizado por lei, garantir o respeito mútuo é imprescindível para uma relação saudável.

As manifestações restantes da situação de conflito entre usuário e servidor estão relacionadas ao mau atendimento dos servidores para com os usuários. Bem identificado nas palavras da acompanhante de um paciente que reclamou da atitude de um médico com relação ao tratamento dado a seu pai, o qual falou para o paciente: “olha não tem mais nada a fazer no máximo o senhor viverá dois meses” (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010). Esta acompanhante redige uma carta de protesto com o título “A morte através das palavras” e faz uma analogia do que aconteceu. Isso é ruim do ponto de vista da relação médico – paciente e depõem contra a PNH já implementada na organização, a qual propõe o estabelecimento de vínculos solidários na relação médico-paciente, mas o estudo aponta para uma situação de negação da subjetividade humana, dos sentimentos, dos valores, parece que o tratamento só é vinculado a terapêutica curativa. A instituição dispõe de uma clínica de cuidado paliativo oncológicos, na qual os pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas Curativas (FPTC) ficam internados. Outro fato importante é que não se pode negar o direito à esperança, a fé, sentimentos geralmente presente nesse momento da vida. Isso nos faz lembrar as palavras de Vasconcelos (2007) “Os corpos são tomados como objetos, são mexidos e recortados, pois a finalidade do saber médico não é o sujeito e sua história, mas a parte doente, seu braço, seu estômago, por exemplo, enquanto investigada” (VASCONCELOS et al., 2007, p. 140).

Martin (2004) ressalta que um hospital pode ser muito bom do ponto de vista tecnológico, mas ainda assim, ser desumano na prestação do atendimento á população. Para isso, bastam que os pacientes sejam tratados como simples objetos de trabalho, sujeitos apenas a intervenções de procedimentos e técnicas, não levar em consideração seus medos, angústias, temores e expectativas e, muitas vezes, nem informá-los do que está sendo feito. Para Barchifontaine (2004) “Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja,

para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro" (BARCHIFONTAINE, 2004, p. xv).

Para os futuros profissionais de saúde, a humanização deverá ser encarada como diferencial competitivo no mercado, no qual as especializações tornam-se cada vez mais comuns e os usuários cada vez mais exigentes. Por isso, é importante um atendimento de qualidade, estabelecido numa relação de confiança mútua. O profissional de saúde deve ter sensibilidade para reconhecer os valores deste paciente e lançar mão de sinais por ele compartilhados, para que a comunicação seja fluente e conduza à humanização, uma vez que o HOL já possui a PNH implemetada desde 2003.

b) A seguir vêm às manifestações de elogios[3] a conduta profissional com 18% conforme tabela cima, essas manifestações tramitam para a gerência do elogiado para que seja dada ciência no documento, tanto pela chefia quanto pelo servidor. A situação de conflito entre servidores com 9%, é decorrente da dinâmica de serviço, a falta de prontuário para consulta, por exemplo, gerou várias reclamações e conflitos entre os servidores do DAME e da área ambulatorial e entre estes e o usuário, isso não é bom e novamente o estudo aponta falta de gerência de processo.

Diante disso é possível inferir que a fragilidade do vínculo entre o usuário e o servidor, tem relação direta com a precária relação de trabalho visualizada pelo frágil vínculo estabelecido entre os usuários, trabalhadores e gestores, pouco investimento no processo de educação em serviço desses trabalhadores, gestão desarticulada das reais necessidades e com pouca participação dos envolvidos nesse processo.

Lembrando o que diz o documento básico para gestores da PNH, a ouvidoria se estabelece como serviço que representa as demandas dos usuários e dos trabalhadores da área da saúde, importante instrumento gerencial por mapear problemas, localizar áreas críticas e estabelecer a intermediação das relações, bem como promover a aproximação das instâncias gerenciais. (BRASIL, 2006b). Mais uma vez os dados refutam as diretrizes institucionais de um serviço de ouvidoria.

Há outro problema que o estudo aponta o despreparo dos trabalhadores da área em lidar com a dimensão subjetiva da pessoa doente, com a singularidade da resposta humana as adversidades imposta pelo adoecimento, movidos por regras de um modelo sustentado pela

[3] As manifestações de elogio não tramitam para resposta, tanto que dos 398 roteiros de coleta de dados, apenas 377 têm um tipo de resposta, os 21 restante são os elogios.

rigidez da dimensão humana em mudar esse paradigma. Outro fato não menos importante é a questão do modelo de gestão centralizada e altamente verticalizada, conforme fluxograma descrito no capítulo três, esse tipo de gestão impede o trabalhador de participar de seu processo de trabalho. Mesmo com os avanços desde a implementação do SUS e da PNH, o cenário ainda se revela rígido diante das diretrizes de mudança apontada pelas políticas públicas. O Ministério da Saúde revela que a PNH se estabelece nesse cenário com o propósito de mudança desse modelo no modo de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos, bem como contagiar com atitudes e ações humanizadoras o SUS, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, valorizando essa relação no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido a PNH disponibiliza através de sua cartilha o modo de operacionalizar o **Acolhimento com Classificação de Risco,** o que significa na prática: Acolher é atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, através de uma postura de escuta solidária, para dar a resposta adequada a todos os usuários. Isso implica atender os usuários e família com resolutividade, orientando e encaminhando-os quando for o caso a outro serviço de saúde para continuidade do tratamento e ou atendimento, para isso é necessário estar articulado com os serviços envolvidos para garantir o sucesso do encaminhamento (BRASIL, 2006b).

No presente estudo a ouvidoria ao representar o usuário, consegue tirá-lo do anonimato e o incluí-lo no processo, isso é fato, porém não consegue alcançar o seu objetivo maior que é servir de instrumento gerencial para mapear problemas e buscar soluções que contemplem a coletividade.

Nessa perspectiva a conscientização do usuário referente ao seu papel dentro da organização é de fundamental importância. Isso nos remete a Falcão (1999) quando ressalta que ainda predomina no serviço público a ideia de subserviência e de benevolência do usuário frente ao recebimento dos serviços prestados pelos servidores, porém esse quadro tende a mudar quando se tem um cidadão mais consciente de seus direitos, provocando no servidor uma nova postura (FALCÃO, 1999).

Os teóricos do neoinstitucionalismo iluminam a compreensão dessas fatos por ajudar a entender o funcionamento das políticas públicas de saúde por dentro da organização hospitalar. Hall e Taylor (2003) afirmam que: “embora chamem a atenção para o papel das instituições na vida política, é raro que os teóricos do institucionalismo [...] afirmem que as instituições são o único fator que influencia a vida política” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 200-

201). Além das instituições existe um espaço para outros fatores como desenvolvimento social, econômicos e a difusão das ideias (HALL; TAYLOR, 2003).

4.2.3 Eixo 3: Comunicação Organizacional

As situações recorrentes no eixo da comunicação organizacional, todos contidos na tabela 8 abaixo discriminada, estão relacionadas ao aprazamento da consulta do profissional com 40%, em seguida a marcação de exame com 11%, o sistema de sinalização interna e externa com 6%, o aprazamento de cirurgias e a internação na central de leitos ambos com 5%, os outros entra com um percentual de 33%.

Tabela 8 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo comunicação organizacional no período de 2008 a 2010

Tipo de Manifestação	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Aprazamento da consulta do profissional	8	37%	10	66%	8	29%	26	40%
Aprazamento de cirurgias	2	9%	0	0%	1	4%	3	5%
Internação na central de leitos	0	0%	1	7%	2	7%	3	5%
Marcação de Exame	4	18%	0	0%	3	11%	7	11%
Sistema de sinalização interna e externa	2	9%	1	7%	1	4%	4	6%
Outros	6	27%	3	20%	13	45%	22	33%
TOTAL	22	100%	15	100%	28	100%	65	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

a) A maior incidência esta no aprazamento da consulta do profissional, com 40%, o estudo aponta que esse dado esta relacionada à falta de comunicação entre os setores no que se refere à dinâmica que envolve a gerência das atividades, com relação à informação que deveria acontecer entre os diversos setores, a exemplo, entre o Departamento de Recursos Humanos e a gerência do ambulatório do hospital, no sentido de comunicar o tipo de absenteísmo (férias, congresso, licenças) dos profissionais à consulta, identificados na tabela 6 com 13% das manifestações. Isso gerou várias situações de conflito entre os usuários e os servidores, esse com o maior percentual, 70%, dentro do eixo da competência relacional já discutido.

b) A marcação de exame com 11%, o aprazamento de cirurgias e a internação na central de leitos ambos com 5%, trazem também a questão da comunicação entre os setores envolvidos. Para melhor compreensão segue o exemplo: um defeito no equipamento de

colangioressonância, a gerência do setor do exame deveria comunicar a gerência do ambulatório que é responsável pela marcação dos exames comunicando a quebra do equipamento, isso evitaria marcar o exame. Há relato de paciente que ficou internado por 17 dias, aguardando procedimento de colangioressonância, devido aparelho estar com defeito; outro de pacientes que perderam duas e até três consultas, devido falta do resultado do exame de ultrassonografia, mamografia, que não estava pronta, porque o revelador de exame estava com defeito; defeito do equipamento que realiza exame de mielograma, um exame importante para o diagnóstico e tratamento das leucemias (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008 a 2010). Se as informações fossem compartilhadas evitaria desgaste emocional, físico e financeiro ao usuário e família, bem como o estresse na relação que se estabelece desse encontro.

Há relato de falta de placa de prioridade de idosos na marcação de exame; a PNH estabelece como um dos resultados da política implementada que as "as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral" (BRASIL, 2006b, p. 5). Esse tipo de procedimento, negando os direitos dos idosos refuta um direito garantido por lei e pela PNH e vai de encontro às diretrizes do próprio hospital, uma vez que possui implementada a PNH.

c) No que tange aos *outros* que somam 33%, as informações recorrentes estão relacionadas ao fluxo de comunicação para disponibilizar prontuário para consulta, esse o maior percentual do eixo do procedimento administrativo, já discutido anteriormente, e a falta de insumo para realização de exames, relacionado ao sistema de compras público com 7% (tabela 6). Há um relato pertinente, em que uma paciente passou constrangimento por não realizar procedimento de Cirurgia de Alta Frequência (CAF), realizada em pacientes sugestivas de câncer de colo de útero. No dia marcado, a paciente e a médica já preparadas para realizar o procedimento, foram informadas da falta de material necessário para realizar o procedimento, após a tramitação da reclamação a gerência do almoxarifado respondeu para a ouvidoria, não ter conhecimento da falta do mesmo (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008). Isso demonstra falta de previsão de material com antecedência, comunicação entre os setores, ou seja, falta de gerência de processo de trabalho.

A PNH propõe a discussão da melhoria dos processos de trabalho através do **Grupo de Trabalho e Humanização (GTH)** que é formado por um grupo de pessoas que tem interesse em discutir o próprio trabalho e suas relações, no sentido de melhorar o

desenvolvimento do processo de trabalho e atingir a qualidade na produção de saúde para todos os envolvidos (BRASIL, 2006a). Ressalta-se que o HOL já possui um GTH institucionalizado desde 2003, quando implementou a PNH.

4.2.4 Eixo 4: Da Infraestrutura

As manifestações no ***eixo da infraestrutura*** estão relacionadas diretamente com problemas do eixo de procedimento administrativo e da comunicação organizacional, quando a cirurgia não acontece, devido a máquinas e equipamentos com defeitos[4], que somam 66%, ou equipamentos obsoleto com 8%, ou ambiente de trabalho sucateado com 13%, ambos contidos na tabela 9 abaixo especificada.

Tabela 9 - Evolução do nº de manifestação repetida no eixo infraestrutura no período de 2008 a 2010

Tipo de Manifestação	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Ambiente de trabalho sucateado	3	23%	1	10%	1	7%	5	13%
Defeito de máquina e equipamentos	7	54%	6	60%	12	79%	25	66%
Equipamentos obsoleto	2	15%	1	10%	0	0%	3	8%
Outros	0	0%	1	10%	1	7%	2	5%
Ventilação, layout do ambiente	1	8%	1	10%	1	7%	3	8%
TOTAL	13	100%	10	100%	15	100%	38	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Para Falcão (2010) os hospitais que atendem 100% o SUS convivem com problemas inerentes a esse modelo de gestão, que traz descontentamento aos usuários do sistema, devido ao enfrentamento de situações "relativas à infra-estrutura física, excesso de demanda, atendimento pouco humanizado, alto estresse ocupacional dos profissionais, déficit tecnológico, sucateamento de equipamentos hospitalares, déficit de pessoal dentre outros" (FALCÃO, 2010, p. 88).

A PNH traz como proposta para trabalhar os espaços a cartilha da **Ambiência: Humanização dos "Territórios" de Encontros do SUS** que na prática significa: "Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana" (BRASIL, 2006a, p.71).

[4] Situação exemplificada no eixo da comunicação organizacional no item 3.2.

a) Vale ressaltar as informações reveladas nos *outros* contidos na mesma tabela 9 que somam 5%, revela a falta de profissional e equipamento para o tratamento ortodôntico dos pacientes fissurados em tratamento no hospital, é importante dizer que esses pacientes após correção cirúrgica da fissura lábio palatal, necessitam de tratamento ortodôntico para correção da arcada dentária.

Há também no estudo cinco reclamações referentes a furto de bens de pacientes, acompanhantes e servidores. As respostas pertinentes a essas manifestações, diz que é política do hospital não se responsabilizar pelos pertences dos usuários nas dependências do hospital. Falcão (2010) em estudo semelhante obteve os mesmos dados, e nos revela que "esta assertiva depõe acerca da necessidade de reestruturação do Sistema de Segurança no Complexo Hospitalar e a urgência do Sistema de Acesso por biometria" (FALCÃO, 2010, p. 92).

4.2.5 Eixo 5: Do Financiamento

O eixo de financiamento da esfera da gestão hospitalar, obteve um ínfimo percentual do ponto de vista estatístico, apenas uma solicitação no ano de 2009, apesar disso, tal manifestação é considerada vital para o bom desempenho do hospital, pois refere-se a solicitaçao para que a gestão do hospital faça um estoque de medicamento para câncer, e assim evitar a falta do medicamento para não prejudicar o tratamento dos usuários

Por fim para entender melhor a importância das informações contidas nas manifestações do usuário da ouvidoria, relembro a definição sobre teoria da informação de Colho Neto (2007). Ele define Teoria da Informação aquela que "preocupa-se antes de tudo, com a elaboração de uma dada mensagem, capaz de promover em seus receptores uma alteração de comportamento" (COELHO NETTO, 2007, p. 122). Ele vai mais adiante nessa questão quando afirma que, para a mensagem provoque mudança no comportamento de quem a recebe, vai depender do grau de novidade da mesma, ou seja, quanto maior o teor de novidade, maior será seu valor enquanto informação e consequentemente maior a mudança exibida no comportamento. À medida que a informação é algo que permeia o contexto do receptor, faz parte de seu repertório, serve apenas para manter um determinado estado de uma situação, com isso não provoca a curiosidade no mesmo, promovendo o estado de inércia diante da situação (COELHO NETTO, 2007).

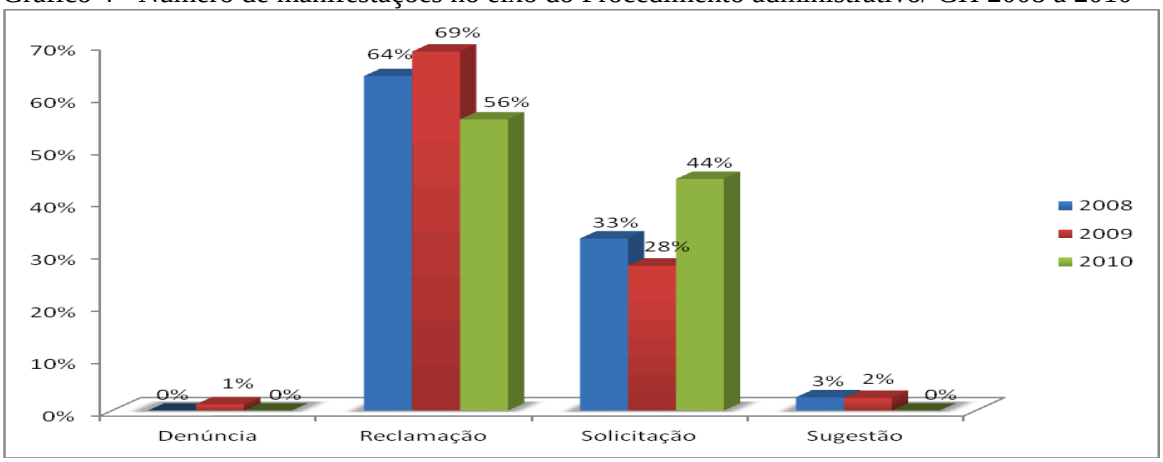
Partindo dessa premissa, o estudo inferiu, que a inércia diante de fatos recorrentes já citados anteriormente, esta intimamente ligada à acomodação dessas situações corriqueiras,

como algo dentro da normalidade do desenvolvimento das atividades no serviço público, insuflado não pela ignorância, talvez movido pelo hábito, de viver essa situação diariamente, que se acomodou no seio das instituições públicas como cultura do serviço público.

Para melhor compreensão trazemos para discussão o pensamento dos teóricos do neoinstitucionalismo sociológico. Os teóricos dessa escola definem instituições de forma mais global, ao incluírem além das regras, procedimentos e normas formais, os significados cognitivos e morais que dominam a ação humana. Essa forma de compreensão rompe com a idéia conceitual que separam 'instituições' e 'cultura'. Para eles há a interpenetração entre elas. Isso vem refutar a distinção cara a muitos especialistas em ciências políticas, os quais consideram as instituições, como as regras e os procedimentos instituídos pela organização, e a cultura, como um conjunto de atitudes, de valores e de abordagens comuns face aos problemas. Esse enfoque redefine 'cultura' como sinônimo de 'instituições'. Isso provoca uma virada na compreensão do que seja cultura no seio da sociedade, quando afasta a concepção de cultura das atitudes afetivas e dos valores, e a aproxima a "uma rede de hábitos, de símbolos e de cenário que fornecem modelos de comportamento" (HALL; TAYLOR, 2003, p. 209). A ênfase esta na forma como as instituições favorecem os comportamentos, através das categorias e dos modelos cognitivos presentes na ação, sem os quais não há explicação para o comportamento das pessoas no mundo (HALL; TAYLOR, 2003).

Os mesmos autores ressaltam que "as instituições exercem influência sobre o comportamento não simplesmente ao especificarem o que se deve fazer, mas também o que se pode imaginar fazer num contexto dado" (HALL; TAYLOR, 2003, p. 210). Isso significa dizer que o comportamento diante das instituições tem muito da subjetividade da compreensão de cada um.

Gráfico 4 - Número de manifestações no eixo do Procedimento administrativo/ GH 2008 a 2010

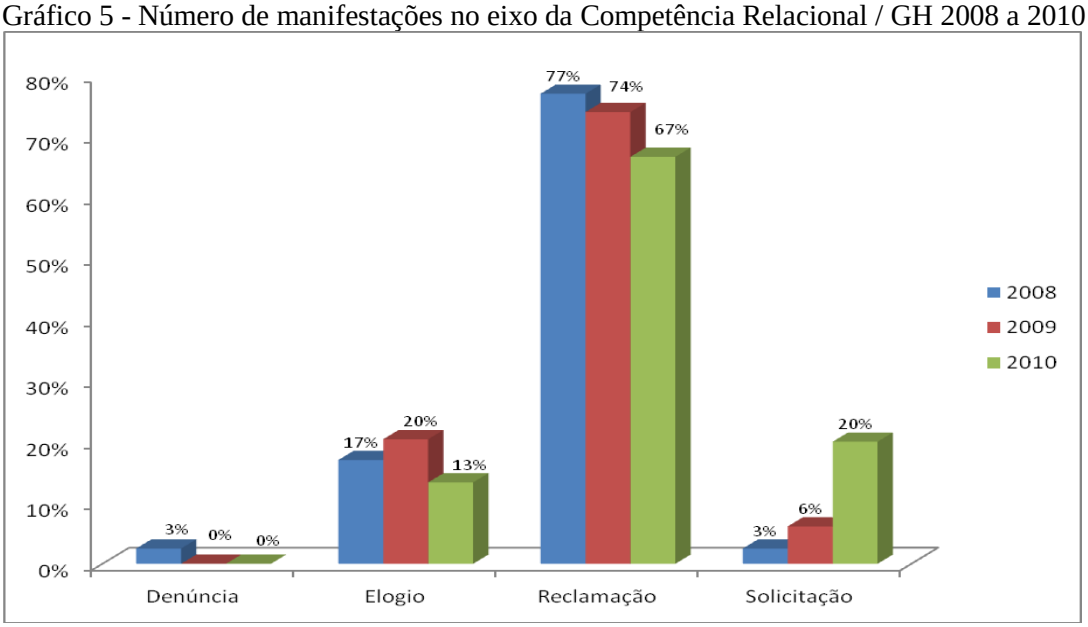


Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico 4 corrobora com o que foi discutido acima, este foi o maior percentual dentro dos eixos da esfera da gestão hospitalar com 52% do total das manifestações conforme tabela 5. O estudo aponta uma queda de 13% em relação ao último ano da pesquisa, o que favoreceria a inferência de um pequeno processo de aprendizagem, entretanto as manifestações pertinentes a solicitação demonstra uma elevação substancial de 16% no mesmo período. Assim o estudo infere que a informação apontada nas manifestações dos usuários da ouvidoria não está sendo utilizada pelas gerencias no sentido de gerar aprendizagem, uma vez que as solicitações demandam as mesmas questões da reclamação, ou seja, ou o usuário pode reclamar da demora em ser chamada para cirurgia, ou solicita que sua cirurgia seja agilizada, pois já esta aguardando há muito tempo. Assim é possível inferir que a gestão utiliza às informações da ouvidoria mais próximo do assistencialismo, pela pequena quantidade de respostas com solução coletiva, nesse sentido a ouvidoria não se estabelece como um instrumento de apoio a gerência na melhoria dos processos de trabalho, no sentido de promover uma aprendizagem que favoreça o aperfeiçoamento das atividades, para diminuir a não conformidades apontadas pelo usuário, o que depõe contra as suas atribuições institucionais. Diante disso, o produto final da cadeia de serviço fica fragilizado e expõe o usuário a uma assistência fora do que preconiza as políticas públicas.

É pertinente ressaltar que, a escassez de recurso financeiro provocada pelo baixo valor pago aos procedimentos hospitalares e o trâmite burocrático que envolve os fundos de financiamento do SUS, e a autorização de procedimentos pelo DERE, contribuiu muito para essa situação.

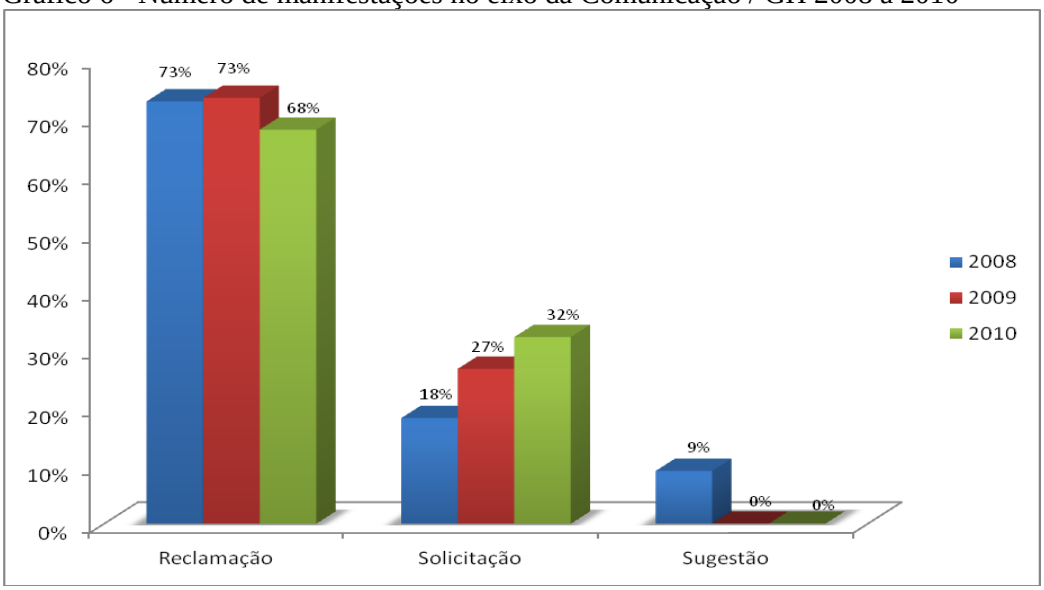
Gráfico 5 - Número de manifestações no eixo da Competência Relacional / GH 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Observa-se no gráfico 5, que o maior percentual está na manifestação de reclamação, o qual apresenta uma queda de 7% no último ano de gestão, entretanto há um aumento de 14% no que tange a manifestação de solicitação, isso nos remete ao que já foi discutido anteriormente, os problemas de ordem de gerência de processo de trabalho desgastam as relações servidor-usuário e favorecem o conflito, quem perde com isso são todos os envolvidos. O servidor pelo estresse diário em lidar com os problemas que fogem ao seu controle e o deixa impotente diante das situações que se apresentam como a falta de material para cirurgia, por exemplo, ou quando se depara com um paciente com câncer em fase inicial e não pode operar pela falta de leito; o hospital também perde com os problemas de ordem operacionais já discutidos, por não conseguir girar o leito pela longa permanência dos pacientes por espera de material para operar, esse paciente é o mais prejudicado, porque diante de seu estado de saúde fragilizado, poderá desenvolver infecção hospitalar pela longa permanência, e o pior, a angustia por não ter seu problema logo resolvido, tudo isso o coloca diante de sentimentos como o medo do desconhecido e a insegurança. Isso não favorece um atendimento humanizado e comprometido com as diretrizes da PNH e da ouvidoria. Observa-se também uma queda de 7% nos elogios, o que corrobora com o que já foi discutido. Diante disso o estudo aponta para a necessidade de rever a política de humanização já implementada na instituição, rever os processos de trabalho que influenciam diretamente no desenvolvimento das atividades, bem como instituir uma política de recursos humanos voltada para o fortalecimento do vínculo do servidor com a instituição.

Gráfico 6 - Número de manifestações no eixo da Comunicação / GH 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

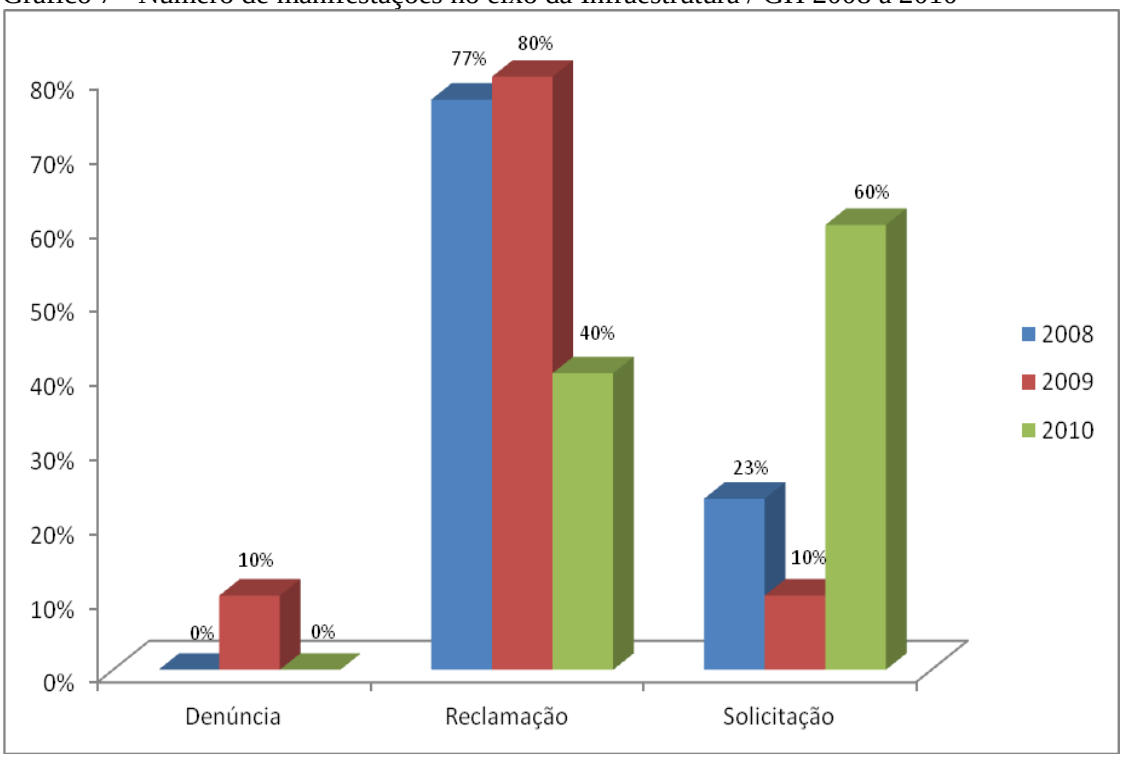
O gráfico 6 demonstra a prevalência das reclamações no período do estudo, com uma pequena queda de 5%, mantendo um percentual ainda elevado, já no caso das solicitações houve um aumento de 14% no período do estudo, outro fato que chama atenção é o pequeno percentual no eixo da sugestão, esse apenas no ano de 2008. Esses dados apontam para a pouca importância que é dada a gerência da informação, já discutida anteriormente, isso reforça a necessidade de se instituir uma política efetiva de gestão da informação, dentro de um planejamento de gestão, que se aproprie de estratégia que sejam capazes de fortalecer os vínculos entre os diversos setores.

Esse eixo apesar de ter apenas 14% do total das manifestações conforme tabela 5 demonstra a fragilidade da organização no que se refere à gestão da informação, uma vez que, para que a informação se transforme em conhecimento é necessário primeiro que ela seja socializada, politizada e compreendida pelos atores que compõe o cenário. Ilara Moraes (1998) afirma que "esta Política necessita ser estabelecida a partir de um processo de negociações contínuas, propiciado pela conquista de uma participação ampliada em mecanismos coletivos de gestão da informação, considerada então como um bem público" (MORAES, I., 1998, p. 3).

Negar isso é negar as possibilidades de construir uma saúde melhor, não só para aqueles que são a razão primeira da existência do serviço de saúde, o paciente, mas também para todos os envolvidos no processo de produção de saúde, são eles, o usuário, o servidor e a gestão da organização, portanto, não favorece o que preconiza as diretrizes institucionais da ouvidoria.

Lembrando Ziemer (1996) ao afirmar que a 'democratização' das informações, contribui para fortalecer as relações de trabalho, gerando funcionários e equipes mais conscientes, exigentes e críticos que vão à luta por relações de trabalho justas e democráticas, melhores condições de trabalho, realização e ascensão funcional.

Gráfico 7 - Número de manifestações no eixo da Infraestrutura / GH 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico 7 que versa sobre o eixo da infraestrutura, o qual na esfera da gestão hospitalar teve um percentual de 8% das manifestações conforme tabela 5, apresenta uma queda de 40% no total das reclamções no último ano de gestão, entretanto houve um aumento de 50% no mesmo período nas manifestações de solicitação, o que não fovorece a inferencia da aprendizagem, por conter nas solicitações as mesma demandas oriunda das manifestações de reclamação[5], como já discutido anteriormente. Esse dado revela a acomodação da gestão diante dos problemas. Apesar do quesito denúncia apresentar em 2009 um percentual de 10%, esse não chega a ser expressivo diante desse resultado, mas no geral sim, haja vista nos outros eixos praticamente não aparecer. O estudo aponta que os problemas de infraestrutura se revela com participação em todos os eixos do estudo, por contemplar defeitos de máquina e equipamentos.

Diante de tudo que foi exposto acima o estudo infere que os problemas identificados na esfera da gestão hospitalar estão relacionados a gerência de processos de trabalho, fragilidade gerencial, falta de gestão adequada das informações da ouvidoria, posto que, o fluxo das informações oriundas das manifestações dos usuários, tramitam de acordo com área atingida para as suas gerencias, as quais tomam conhecimento.

Lembrando o que nos disse Guimarães; Évora (2004) nas organizações o método

[5] Situação exemplificada no eixo da comunicação organizacional no item 3.2.

utilizado para o tratamento das informações tem sido de grande importância para tomada de decisão, bem como, a forma com essa informação chega para ser organizada e depois utilizada dá ao gerente mais segurança para acertar na tomada de decisão. No mundo das organizações, a decisão é considerada função da gerência e independente do tipo de decisão que tenha de tomar, esta deve ser sistematizada, fruto de um processo que envolve a estruturação de todo o problema, que deve ser realizada através de levantamento de dados, os quais irão produzir a informação, partindo daí, para o estabelecimento das soluções propostas para tomada de decisão, implementação e análise dos resultados (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Corte (2009) corrobora quando afirma que "o uso eficiente de uma pequena quantidade de informação substitui a preocupação com a geração de enormes quantidades de informação" (CÔRTE, 1999, p. 55-56).

A ouvidoria como um canal de produção de informação, pode dar esses subsídios à gestão, mas para isso, é preciso que as informações geradas sejam valorizadas e reconhecidas pela gestão, como instrumento potente e potencial para provocar atitude de mudança diante dos problemas que se apresentam.

4.2.6 Manifestações na Esfera da Gestão do SUS

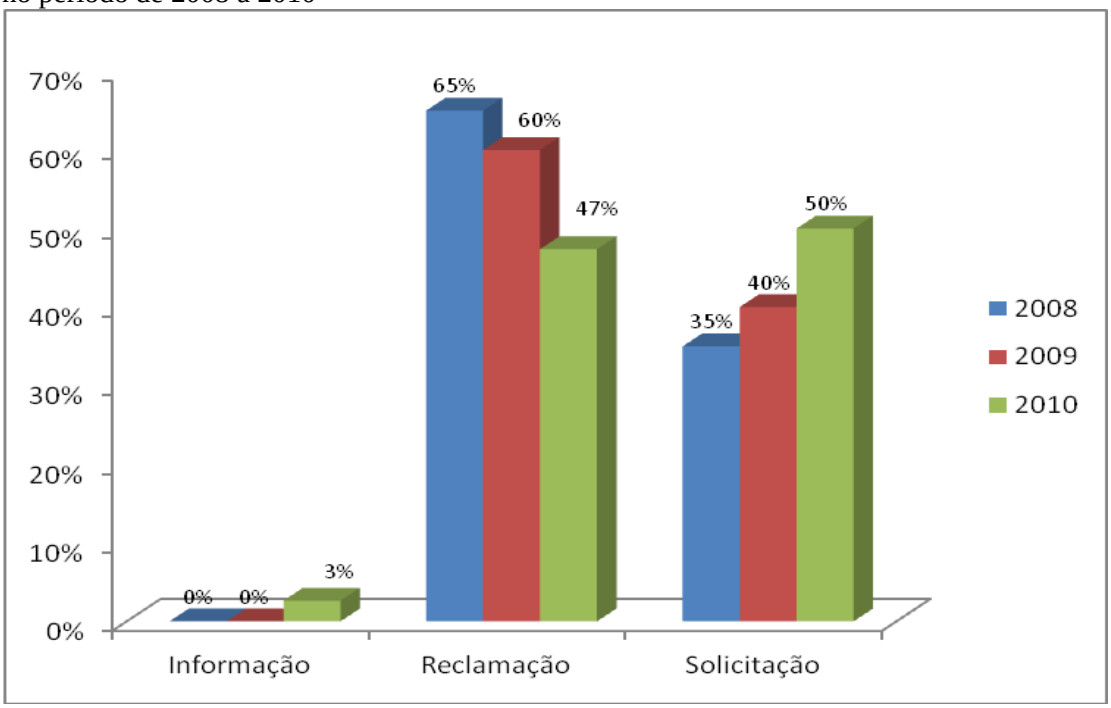
Tabela 10 - Evolução do número de manifestação na esfera da gestão do SUS, por tipo de manifestação no período de 2008 a 2010.

Tipo de Manifestação SUS	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Informação	0	0%	0	0%	1	3%	1	1%
Reclamação	13	65%	15	60%	18	47%	46	55%
Solicitação	7	35%	10	40%	19	50%	36	44%
TOTAL	20	100%	25	100%	38	100%	83	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Do total das 444 manifestações do serviço de ouvidoria, 83estão na esfera da gestão SUS como pode ser visualizada na acima. Abaixo será contextualizado o gráfico referente à tabela acima.

Gráfico 8 - Número de manifestações na esfera da gestão do SUS, por tipo de manifestação no período de 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

As manifestações na esfera da gestão do SUS estão relacionadas aos eixos da rede de serviços do SUS e financiamento do SUS. Nessa perspectiva podemos evidenciar através do gráfico acima, correspondente a tabela 10 uma queda de 18%, nas manifestações de reclamação, mas ao mesmo tempo um aumento de 15% no quesito solicitação no mesmo período do estudo. Esse dado revela que houve uma equivalência entre os dados, visto que as manifestações de reclamação e solicitação trazem as mesmas necessidades do usuário, ou seja, reclamar da demora para ser submetida a radioterapia ou solicitar que seu tratamento de radioterapia seja agilizado.

É possivel afirmar que a gestão do hospital enfrenta problemas diários relacionados ao sistema de saúde que estão acima de sua competência de resolução, problemas crônicos que interferem no atendimento não só do HOL como de todos os hospitais público.

Os dados levam o estudo a inferir que mesmo diante de todo os problema de gestão de processos, pessoas e tecnlogia que o HOL apresentou no estudo, é fato, que os problema de ordem operacional da rede de serviço e financiamento do SUS, tem grande impacto na prestação de serviço pela instituição, por estar vinculadas a diretrizes operacionais do sistema, que interferem na administração de recurso financeiro, teto físico de procedimento de todo sistema de referência e contra-referência que envolve o atendimento ao usuário. Outro fato importante é a falta de hospitais de referência para o atendimento do câncer, isso traz um sério

problema para o Hospital Ophir Loyola, a grande demanda reprimida nas especialidades, principalmente na área da oncologia que é sua principal referência é seriamente prejudicada, quando tem que dar conta também de doenças benignas, não que esses casos não sejam importantes, a questão é rever o posicionamento dos hospitais no sistema de saúde do Estado do Pará.

4.2.7 Manifestação por Eixo de Análise da Gestão do SUS.

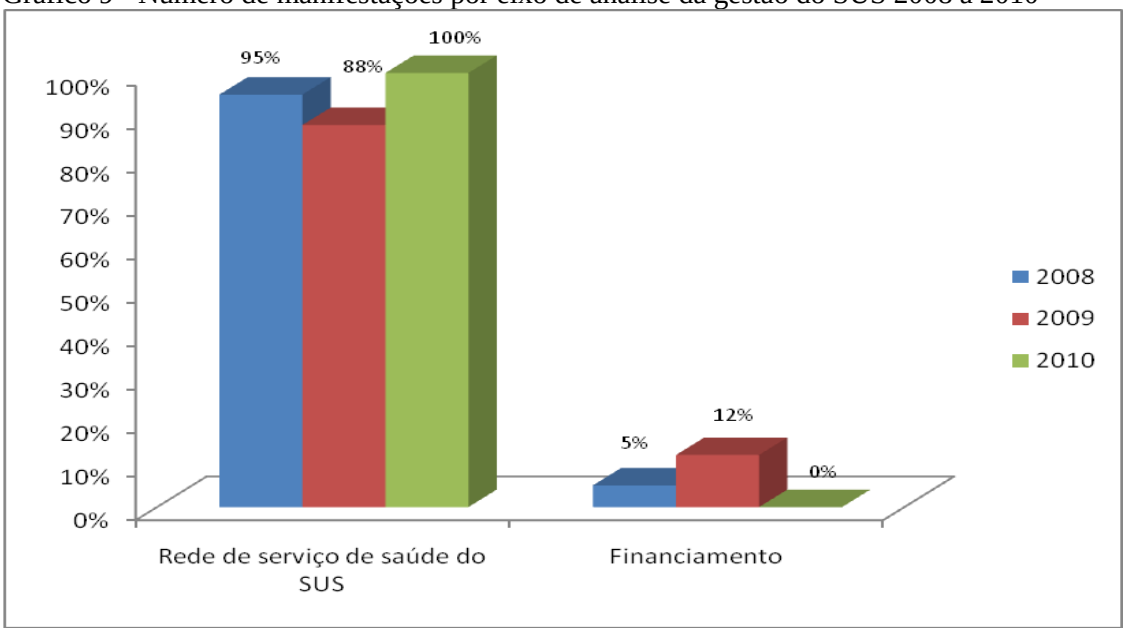
Tabela 11 - Evolução do nº de manifestação nos eixos de análise da gestão do SUS 2008 a 2010.

Eixo de análise da gestão do SUS	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
Rede do serviço de saúde do SUS	19	95%	22	88%	38	100%	79	95%
Financiamento	1	5%	3	12%	0	0%	4	5%
Total	20	100%	25	100%	38	100%	83	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

A tabela acima revela que dentro da esfera da gestão do SUS, das 83 manifestações, 79 estão no eixo da rede de serviço do SUS, ou seja, 95% e 4 no eixo do financiamento do SUS que corresponde os 5% restante.

Gráfico 9 - Número de manifestações por eixo de análise da gestão do SUS 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico acima referente à tabela 11 retrata a maior incidência na esfera da gestão do SUS relacionada ao eixo da rede de serviço de saúde com 95%, isso traz para a discussão o

ponto crítico do sistema de saúde, que é a demanda reprimida originada pela falta de serviços na atenção, sobretudo, de média e alta complexidade, bem como pela falta de investimentos nos três níveis de atenção, primário, secundário e terciário e de integração nessa relação. Os princípios do SUS que demanda essa questão são a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, ou seja, o usuário deve ter garantido o seu acesso nos três níveis de atenção, entretanto a prática esta longe de atender o que dita a diretrizes das políticas públicas de saúde.

Estes não são os únicos problemas que os hospitais públicos enfrentam, ainda é muito presente o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, o que gera uma demanda maior que a oferta de serviços hospitalares, apesar de todo investimento em políticas públicas para mudar essa realidade, esse ainda parece ser um dos grandes desafios político social da saúde contemporânea.

Falcão (2010) em estudo semelhante obteve também maior incidência no eixo da rede de serviços de saúde do SUS, nos diz que a gestão do Sistema de Saúde está cada vez mais complexa, visto que, não consegue equacionar a dicotomia verificada, entre a demanda instalada, e o teto orçamentário destinado ao custeio dos procedimentos aos prestadores de serviços públicos.

Esse é um problema que se estende desde a implementação do SUS, devido à lógica de sua construção, da herança deixada pelo INAMPS. Souza (2002) afirma que o Ministério da Saúde como gestor federal do SUS ao alocar recursos se baseou na realidade deixada pelo INAMPS, que tinha sua "capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal" (SOUZA, 2002, p. 15).

Oliveira (2005) chama atenção para um fato de extrema importância para essa discussão, ressalta que no decorrer dos anos 1980 e 1990 o número de unidades públicas de saúde, representava 66,8% do total de estabelecimentos no Brasil. O setor privado detinha os 33,2% restante, entretanto, quando esse cálculo contempla a área de internação, o setor privado detém 65% deste total. Assim, desde 1999 há uma tendência em aumentar o percentual de unidade de internação no setor público em todas as regiões do Brasil, com exceção da região Norte, bem como de alguns estados da região Nordeste e Centro-Oeste. Diante disso, o Pará como um estado da região Norte esta entre os que detêm a menor cobertura de serviço de internação. "Apesar disso, a participação dos leitos públicos é de aproximadamente 50% se contabilizados o total de leitos, o que reforça a importância e o

papel do setor público e do Governo Federal na região" (OLIVEIRA, 2004, p. 125). Ele ressalta também o fato de menos de 10% da população que reside na Amazônia Legal ter plano privado de assistência à saúde, o que significa dizer que 90% dessa população têm apenas o SUS como possibilidade de acesso a serviços de saúde (OLIVEIRA, 2004).

Não obstante a isso, na região Norte, os ribeirinhos são penalizados pela situação geográfica, que implica dificuldade no acesso aos serviços de maior complexidade, situados na capital e em municípios sede. Oliveira (2005) nos diz que "devido aos acidentes geográficos próprios desse espaço do território brasileiro, o grau de dificuldade de acesso aos serviços se acentua também, nessa região, [...], trazendo problemas em relação à acessibilidade geográfica a unidades de saúde" (OLIVEIRA, 2004, p. 129).

Outro fato, não menos importante, que nos chama atenção é o baixo valor pago pelo SUS aos procedimentos realizados pelos hospitais públicos. Esse fato interfere sobremaneira na gestão do hospital que, de certo, tem co-responsabilidade diante da sociedade na prestação desses serviços. Esse fato não exime o hospital de repensar a sua prática e buscar alternativas no planejamento estratégico de suas ações, que possam melhorar os fluxos dos processos e cumprir metas estabelecidas.

Isso nos lembra Andrade (2008) ao afirmar que o SUS desde sua implementação encontra dificuldades para sua aplicação, a falta de recursos para saúde, talvez a mais importante de todas as dificuldades encontradas, se reflete no baixo investimento em infra-estrutura, outra não menos importante, e que tem causado sérios problemas de restrições orçamentárias para as instituições que prestam serviço para o SUS, é o pequeno valor pago por procedimentos realizados, o que favorece a prestação de serviço de baixa qualidade à população.

Em contrapartida não se pode negar os avanços ocorridos no sistema de saúde desde a implemetação do SUS, a maior conquista dos movimentos sociais pela democratização do país e pela reforma sanitária, teve muitos problemas no início de sua implantação, já avançou muito, porém tem muito que avançar ainda. Mesmo depois de mais de 20 anos da sua criação ainda há muita exclusão social, desigualdade e esta longe de conseguir a universalização do acesso.

Diante dessa discussão é possível constatar que o não atendimento dos pleitos dos usuários está intimamente ligado a todos esses entraves.

Vejamos o que o estudo evidenciou como manifestação recorrente na esfera da gestão do SUS, dispostas por eixos de análise no decorrer dos três anos da pesquisa, e contidas nas tabelas 12 e 13.

4.2.8 Manifestações no eixo da rede de serviço do SUS

Tabela 12 - Evolução das manifestações no eixo Rede de Serviço de Saúde do SUS no período de 2008 a 2010.

Rede de Serviço de Saúde do SUS	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Inacessibilidade procedimento cirúrgico	8	42%	9	40%	21	55%	38	48%
Inacessibilidade a consulta especializada	0	0%	0	0%	4	11%	4	5%
Inacessibilidade a exames especializados	2	11%	2	9%	2	5%	6	8%
Inacessibilidade a tratamento clínico	4	21%	3	14%	4	11%	11	14%
Outros	0	0%	1	5%	0	0%	1	1%
Inacessibilidade a Quimioterapia	1	5%	4	18%	0	0%	5	6%
Inacessibilidade a Radioterapia	4	21%	3	14%	7	18%	14	18%
TOTAL	19	100%	22	100%	38	100%	79	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

a) Inacessibilidade a consulta especializada, com menor percentual apresentado 5%, com quatro manifestações a respeito de falta de disponibilidade de consulta com hematologista e interrupção do tratamento por falta de médico especialista em hematologia. Esse tipo de manifestação esta relacionado ao excesso de demanda reprimida causado pelo grande fluxo de paciente e a falta de serviço na rede de referência do SUS, visto que o HOL é o único hospital público que realiza tratamento do câncer completo, sendo o único a fazer radioterapia e quimioterapia, devido a isso não há sistema de referência no município de Belém que possa atender essa demanda.

Falcão (2010) em estudo semelhante obteve resultado parecido, ressalta: “a idéia do sistema é que funcione, nos termos da Lei, um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, dispostos em uma rede de serviço que contemple atenção básica, secundária e terciária” (FALCÃO, 2010, p. 100). Mas para isso é necessário que o todo o sistema tenha efetividade, entretanto a prática revela dificuldades de ordem política e operacional para o adequado funcionamento dos serviços da rede, diante disso a realidade mostra as enormes filas de espera para atendimento especializado (FALCÃO, 2010).

Essa contradição nos faz lembrar o que Bresser-Pereira (1995) afirma sobre políticas públicas. “Nesta perspectiva, o exercício do governo, ou seja, a ação do Estado editando leis, formulando políticas públicas e cobrando sua execução, é eminentemente contraditória” (BRESSER-PEREIRA, 1995, p. 101). O que não causa surpresa, uma vez que a sua sociedade civil é contraditória e apresenta traços de conflitos de todos os tipos (BRESSER-PEREIRA,

1995). O Estado estabelece Leis, cobra a sua efetividade, mas não dá condições reais para que isso aconteça.

Esses problemas interferem diretamente na efetividade da prestação de serviço pelo HOL e se relaciona diretamente com questões de ordem gerenciais da organização, para ficar claro ressalto fato ocorrido relacionado à especialidade em questão, a profissional em questão citado acima, saiu de licença maternidade e de férias, direitos esses garantidos por lei. Diante disso, o estudo identifica um sério problema de ordem gerencial da instituição, quando a agenda de consulta da referida profissional não foi bloqueada no sistema de marcação de consulta, isso provocou desgaste e estresse ao pacientes e equipe, causando muitas vezes conflito nessa relação, pois muitos tiveram que remarcar a consulta para outro médico, com uma distancia de meses até, tendo o usuário retornado para sua residência sem ter a sua necessidade atendida. Há relatos de espera de meses na especialidade, há uma solicitação pertinente para ilustrar, datada de 15.01.2010, o paciente solicita consulta com hematologista, pois está aguardando desde outubro de 2009, este usuário obteve como resposta que as agendas dos médicos estão lotadas e há uma médica de licença por problema de saúde (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010).

É válido ressaltar que é responsabilidade do hospital organizar o serviço de forma a causar menos danos ao usuário, visto que esse problema na marcação de consulta, que é recorrente, como já discutido anteriormente é de ordem de gerência de processo, de fluxo de atendimento interno.

Ressalto o trecho da manifestação de uma usuária a seguir, que ilustra a situação:

> Registro aqui minha insatisfação com os serviços de quimioterapia, posto que meu pai tinha uma consulta marcada para hoje dia 16/0/2008, e somente agora fiquei sabendo que a médica que o atende Drª x, encontra-se de licença, e por esse motivo terei de marcar a consulta para outro dia com outro médico. Quando isso acontecer vocês façam o favor de ligar e avisar o paciente sobre o que esta acontecendo, com antecedência. Isso é o mínimo que vocês poderiam fazer, em consideração ao paciente (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008).

b) Inacessibilidade a procedimento cirúrgico com maior percentual de 48% conforme tabela acima descrita, esse dado está relacionado à excessiva demanda reprimida, há pacientes com câncer diagnosticado na fila de espera por mais de ano, isso se deve a problemas já mencionados anteriormente na rede de serviço do SUS. A referência principal do hospital em estudo é o câncer, mas trata também de casos cirúrgico benignos, como já discutido

anteriormente. Dessa forma os casos benignos ficam ainda mais comprometidos nesse contexto, o que pode ser comprovado na manifestação de um usuário, que solicita realizar cirurgia de prostatectomia (por doença benigna) e recebe como resposta, que o centro cirúrgico esta em reforma, sendo priorizada cirurgia de câncer (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2009).

O estudo aponta que a urgência em realizar o procedimento cirúrgico, fica muitas vezes a cargo da equipe, que tem de escolher dentre os muitos casos, visto que a ordem de chegada é comprometida, em grande parte pelo estágio de comprometimento da doença dos pacientes. O que pode ser comprovado nas diversas manifestações dos usuários, dentre as quais ressalto como ilustração: a reclamação de um usuário na demora em realizar cirurgia na especialidade de cabeça e pescoço, o mesmo possui câncer na língua, com AIH emitida desde 11.03.2010, a reclamação data de 05.08.2010, ou seja, cinco meses depois. A Assistente Social[6] da clinica, responde que o paciente deve procurar o médico, pois é ele que tem competência técnica, para definir a prioridade em relação aos demais pacientes que aguardam, visto que a AIH é recente (apenas cinco meses de emitida) e existem aproximadamente 600 pacientes aguardando cirurgia na fila de espera. (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2010b, nº55).

c) Inacessibilidade ao serviço de Radioterapia com 18% das manifestações, Inacessibilidade a quimioterapia com 6% e Inacessibilidade a tratamento clínico com 14%, esse último, dispensado à pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas Curativas (FPTC), todos relacionados à oncologia. Como já discutido no item um, todos esses dados estão também relacionados à grande demanda reprimida por falta de serviço de referência na rede de assistência do SUS. No que se refere ao serviço de Radioterapia e quimioterapia, as manifestações estão relacionadas ao acesso de primeira vez, início do tratamento. É válido ressaltar que o hospital possui uma clínica denominada de Clínica de Cuidados Paliativos e Oncológicos (CCPO), com 14 leitos para atender os casos de tratamento clínicos dispensados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA), entretanto, se depara também com uma demanda maior que oferta de leitos, esses pacientes aguardam leitos na Unidade de Pronto Atendimento Oncológico, hoje denominada de Unidade de Atendimento Imediato (UAI), a qual possui oito leitos de internação, um isolamento e 13 leitos de observação,

[6] No HOL o fluxo de atendimento da AIH fica sob a coordenação do Serviço social, cada especialidade médica possui uma assistente social que fica responsável pelo encaminhamento das AIH's para o DERE para serem autorizadas.

destinados a pacientes da urgência e emergência em tratamento do câncer e nefropatias. Esse tipo de serviço tem a finalidade de tirar o paciente da urgência e encaminhá-lo, de acordo com a necessidade, porém, há relatos de pacientes que aguardam nesse serviço por dias e até meses para internar nas clínicas do hospital. Dentre esses pacientes há um que a família buscou o Ministério Público solicitando providencias, pois o paciente aguardava há 17 dias por internação (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008). O paciente que não conseguem tratamento em tempo de cura termina entrando nessa condição pelo avançar da doença.

d) Por último temos a Inacessibilidade a exames especializados com 8%, o qual esta também relacionada à grande demanda reprimida na rede de serviços do SUS, já discutido anteriormente.

Os problemas enfrentados pelos hospitais públicos, na sua maioria, estão vinculados ao sistema de saúde, a sua organização e gestão. Os princípios que norteiam às políticas de saúde, a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade, garantidos na constituição do SUS, são frágeis por uma série de fatores que caminham na contra mão dessas diretrizes. Entretanto, não podemos negar que mesmo diante de tantos problemas o SUS se concretiza diariamente nos espaços públicos das instituições de saúde, mas é necessário repensar o SUS de forma a garantir o acesso, organizar a rede para que as demandas possam fluir de acordo com o nível de atenção, trabalhar a promoção e prevenção das doenças, dentro da transversalidade, passando por todos os eixos que favorece uma vida saudável: saneamento básico, educação, saúde, trabalho, lazer.

4.2.9 Manifestação no eixo do financiamento do SUS

No que se refere as manifestações no eixo do financiamento do SUS, com 5% do total das manifestações relacionadas na esfera da gestão do SUS temos:

Tabela 13 - Evolução das manifestações no eixo do Financiamento do SUS no período de 2008 a 2010

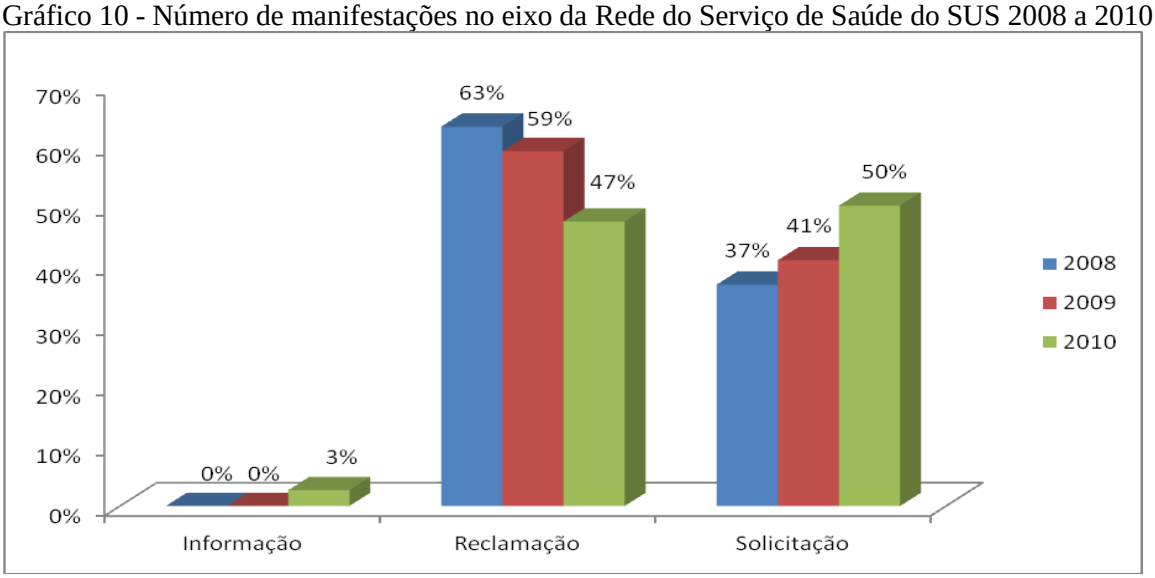
Financiamento	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Inacessibilidade a medicamentos especializados	1	100%	3	100%	0	0%	4	100%
TOTAL	1	100%	3	100%	0	0%	4	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

a) Inacessibilidade a medicamentos especializados: todas as manifestações estão relacionadas à falta de medicamento de alta complexidade no tratamento do câncer. Há relato de falta da medicação Clorambucil por dois meses, esse medicamento é um antineoplásico utilizado nas leucemias e nos linfomas. Como já discutido no estudo, o HOL por ser o único hospital a tratar o câncer pelo SUS, há uma demanda maior que oferta de serviço. Diante disso o estudo infere que é premente investimento para abrir novos serviços.

Diante desses fatos vale recordar o que Elias afirma (2004), atualmente o grande desafio do SUS é efetivar-se como política de Estado, o que "representa (re)significá-lo como expressão da negociação Estado/sociedade consagrada na Constituição Federal e, portanto, imune em seus fundamentos às naturais alternância de poder" (ELIAS, 2004, p. 1). Num futuro imediato a saúde só será uma possibilidade se vinculada ao êxito do Estado na construção de políticas públicas ligadas ao enfrentamento da exclusão social (ELIAS, 2004).

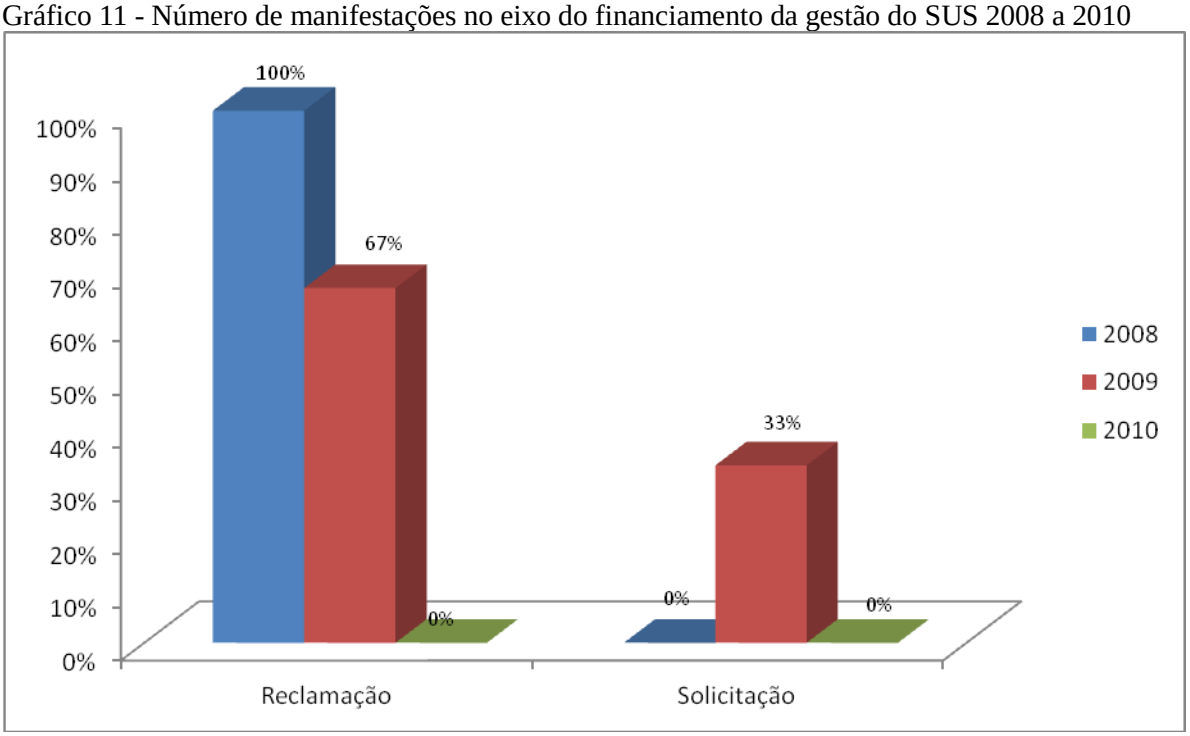
Gráfico 10 - Número de manifestações no eixo da Rede do Serviço de Saúde do SUS 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

Com relação ao eixo de análise da rede de serviço de saúde do SUS, observamos que mesmo com uma queda de 16% nas manifestações de reclamação, há um aumento no mesmo período de 13% na manifestação de solicitação, de acordo com o gráfico de nº10. Isso se deve ao fato da ingerência do hospital nos problemas enfrentados pelos usuários, decorrentes da esfera da gestão do SUS, já discutidos anteriormente.

Gráfico 11 - Número de manifestações no eixo do financiamento da gestão do SUS 2008 a 2010



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

No que tange ao eixo do financiamento da gestão do SUS, o gráfico 11 aponta o maior percentual nas manifestações de reclamação com uma queda de 100% no período do estudo, fato que aconteceu com a solicitação no último ano de gestão. Isso se deve ao pequeno percentual do eixo do financiamento do SUS, 5%, com relação ao eixo da rede de serviços de saúde, 95%. Apesar do ínfimo resultado e válido ressaltar que diante de tudo que já foi discutido no que tange a gestão do SUS, o estudo infere que não há como dissociar a questão do financiamento com a cobertura das necessidades do sistema de saúde, há uma inter-relação direta entre a disponibilidade de serviços na rede de assistência com o financiamento, pois a falta de serviço denota além de organização nos três níveis de atenção, questões de liberação de verbas para ampliação dos serviços. As dificuldades daí advindas podem estar relacionadas à seguinte questão: a gestão da saúde é de competência do município, mas o financiamento fica a cargo das três esferas do governo.

Essa questão nos remete a Junqueira (2008) ao revelar que o SUS se estabelece como um modelo moderno de atenção à saúde que tem como uma das principais características a valorização da gestão municipal na organização dos serviços de saúde. Apesar do alcance social e as conquistas, esse modelo ainda tem sérios problemas de financiamento e de gestão. A gestão fica a cargo do município e o financiamento das três esferas de governo (JUNQUEIRA, 2008). "Como expressão de política pública e democrática na saúde, o SUS ainda é fortemente desafiado a responder às iniquidades socioeconômicas do Brasil que determinam diferentes modos de vida e saúde" (BRASIL, 2010b, p. 18).

Tabela 14 - Manifestações respondidas pela gestão do hospital com soluções coletivas e individuais do pleito no período de 2008 a 2010

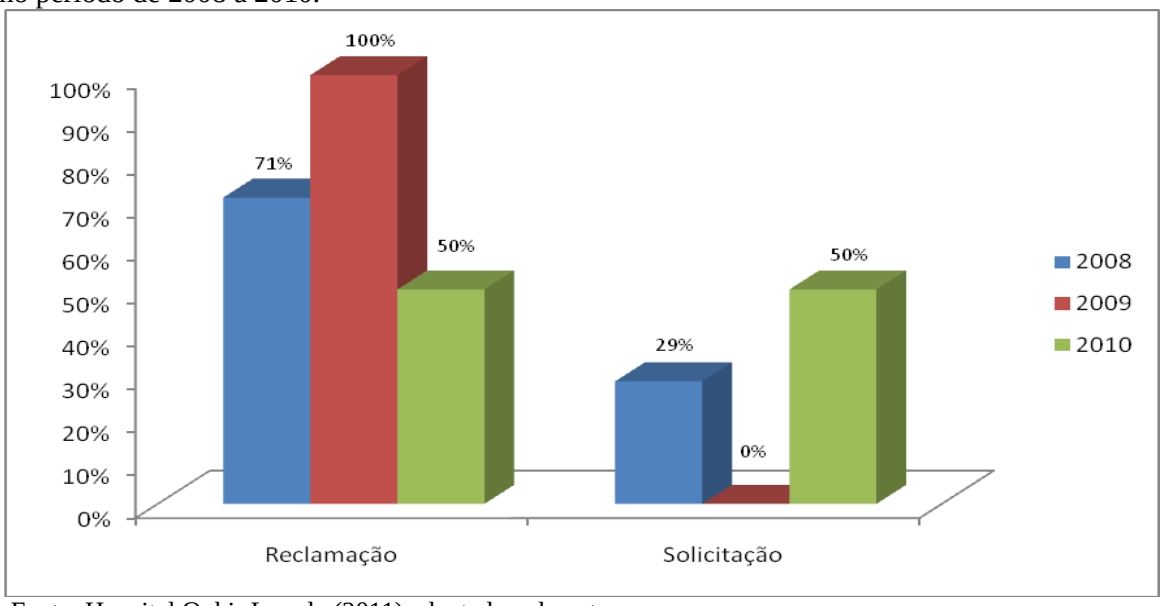
Tipo de solução	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Soluções coletivas	7	11%	2	4%	2	3%	11	6%
Soluções individuais	58	89%	52	96%	67	97%	177	94%
TOTAL	65	100%	54	100%	69	100%	188	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

A Tabela acima retrata as respostas da gestão frente às manifestações do usuário da ouvidoria no que se refere às soluções coletivas e individuais por ano de estudo. Os dados apontam que 94% das soluções foram individuais, sendo evidenciado um aumento gradativo nos três anos do estudo nas soluções individuais, e um decréscimo nas soluções coletivas no mesmo período.

Para esse resultado o estudo infere que a gestão utiliza as informações da ouvidoria de maneira assistencialista, posto que as resoluções sejam de ordens pontuais, não para a coletividade. Falcão (2010) em estudo semelhante obteve resultado parecido, ressalta "que o acréscimo de soluções individuais põe em xeque a decisão da gestão do hospital no que diz respeito a um dos pilares do Instituto de Ouvidoria no serviço público: a garantia do interesse coletivo" (FALCÃO, 2010, p. 110). Nesse sentido lembramos Vilanova et al. (1999) ao afirmar que acolher a demanda da comunidade vai muito além desse *feedback*, pois é necessário para que a democracia nesse âmbito se efetive, que as soluções sejam coletivas e não pontuais, que possam trazer benefícios para todos e refletir o compromisso público de bem servir. O Ministério da Saúde afirma que "o papel da ouvidoria não é o de procurar e apontar defeito na ação da instituição, mas funcionar como uma espécie de controle de qualidade do serviço público, auxiliando na busca de solução para os problemas existentes na instituição" (BRASIL, 2006a, p. 10).

Gráfico 12 - Número de manifestações com solução coletiva na esfera da Gestão Hospitalar no período de 2008 a 2010.



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

O gráfico acima revela um decréscimo de 50% no último ano de gestão na manifestação de reclamação, e um aumento de 50% no mesmo período nas solicitações. Ressalta-se que dos 398 roteiros de coleta de dados, somente 188 tiveram resposta satisfatória conforme tabela 26, destas somente 11 tiveram soluções para a coletividade e apenas 02 provocaram mudança de ordem operacional do serviço. Para o estudo esse pequeno resultado demonstra que as informações originadas na ouvidoria pelo usuário, são utilizadas pela gestão de maneira individual no atendimento ao pleito, talvez por serem as manifestações algo que permeia o cotidiano dos hospitais, considerado então como corriqueiro, inerente ao serviço público. Isso refuta a finalidade de um serviço de ouvidoria que é promover o exercício da democracia, através de soluções coletivas para o bem comum. Para Falcão (2010, p. 110) em estudo semelhante em um Hospital Público Universitário, obteve do total das respostas 54% com soluções coletivas, com um decréscimo no desempenho das respostas, diante desse fato ressalta que "este é um dado que chama atenção para o empenho da gestão do hospital em creditar à ouvidoria a função de instrumento para correção dos pontos fracos da gestão através de um planejamento de longo prazo oposto a soluções imediatistas pontuais".

A seguir o estudo aponta as manifestações com soluções coletivas na esfera da gestão hospitalar, que provocaram mudanças de ordem operacional estabelecida pela gerencia.

a) Voluntária da AVAO reclama da assistência do sobreaviso do serviço social.

Solução coletiva com mudança de ordem operacional: diretoria resolve mudar o sobreaviso

do serviço social para plantão. Vale ressaltar que no plantão o profissional permanece no local de trabalho por um período que pode ser de 06 ou 12 horas. Já o sobreaviso o servidor fica em sua residência e é acionado para resolver os problemas quando necessário.

b) Usuário reclama do horário que é estabelecido pela instituição para marcar exame laboratorial na recepção que é até as 16h, muitos usuários saem do consultório médico depois desse horário.

Solução coletiva com mudança de ordem operacional: A gerência mudou a norma de horário de 16h para as 17h na recepção do ambulatório, e para os que saem além desse horário marcar na recepção do laboratório.

4.2.10 Resultado do Serviço de Ouvidoria

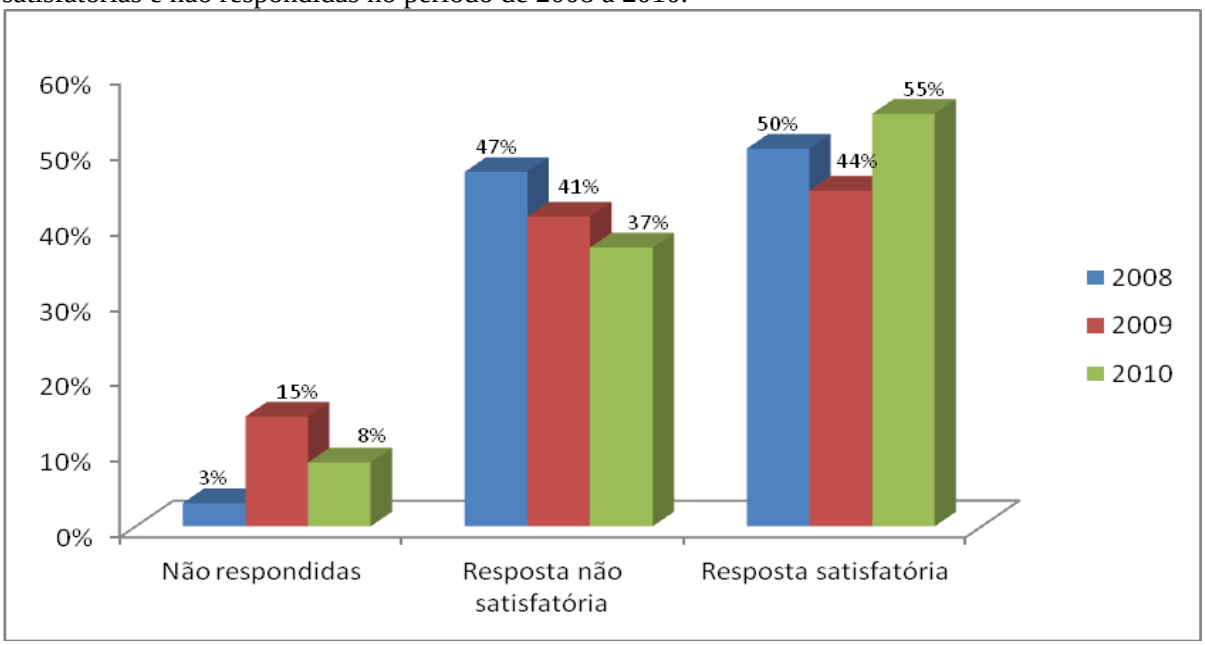
Tabela 15 - Resultado do Serviço de Ouvidoria do HOL

Respondidas pela gestão	2008	%	2009	%	2010	%	TOTAL	%
Não respondidas	4	3%	17	15%	11	8%	32	8%
Resposta não satisfatória	61	47%	48	41%	48	37%	157	42%
Resposta satisfatória	65	50%	52	44%	71	55%	188	50%
TOTAL	130	100%	117	100%	130	100%	377	100%

Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

A Tabela acima revela o êxito do serviço de ouvidoria nos três anos do estudo, dentro das manifestações que demandaram respostas satisfatórias, não satisfatórias e as que não foram respondidas. As respostas satisfatórias referem-se ao atendimento do pleito do usuário e as não satisfatórias ao não atendimento. Do total dos 398 roteiros de coleta de dados utilizados no estudo, 377 obtiveram um tipo de respostas, os 21 roteiros restantes referem-se à manifestação de elogio aos profissionais do HOSPITAL OPHIR LOYOLA,os quais não tramitaram para demandar resposta. Das 377 manifestações respondidas pela ouvidoria, 50% são resposta satisfatória, 42% resposta não satisfatórias e 8% não respondidas.

Gráfico 13 - Resultado do Serviço de Ouvidoria do HOL evidenciados nas respostas satisfatórias, não satisfatórias e não respondidas no período de 2008 a 2010.



Fonte: Hospital Ophir Loyola (2011) adaptado pela autora.

No gráfico acima os dados mostram uma queda de 10% nos três anos do estudo para as respostas não satisfatórias, uma queda também de 7% nas não respondidas no último ano de gestão e um aumento 11% nas respostas satisfatórias no mesmo período. Apesar da queda de 10% nas respostas não satisfatórias e 7% nas não respondida, o percentual ainda é preocupante, pois somam 50% de acordo com a tabela acima. Com relação às respostas satisfatórias, estas demonstram o maior percentual nas soluções individuais com 94%.

Esses resultados demonstram que a ouvidoria mesmo com todos os problemas enfrentados, procurou resolver os casos mesmo que individualmente, revelando uma prática do hospital com soluções individuais e não coletiva como já discutido anteriormente. Entretanto o estudo demonstra um percentual considerado relevante para as manifestações com resposta não satisfatória com 42%, esse dado chama atenção para o fato de a ouvidoria dar respostas, mesmo que não alcance o pleito desejado, principalmente quando este se relaciona à gestão do SUS, pela ingerência da gestão nesse processo. Mesmo apresentado um pequeno percentual de não respondidas, 8%, esse dado revela uma prática que nega ao cidadão um direito garantido pela própria existência da ouvidoria, uma vez que essa representa o usuário, assim sendo, negar a resposta seja ela positiva ou negativa é negar a sua própria existência.

Diante desses dados é possível inferir que a gestão do HOL não utiliza as informações contidas nas manifestações dos usuários do serviço de ouvidoria, de forma a dar credibilidade

institucional ao trabalho desenvolvido. Apesar de a ouvidoria ter sua base constitucional em uma política pública, que traz as suas diretrizes para o atendimento, o estudo infere a necessidade da elaboração do regimento da ouvidoria para dar legitimidade ao serviço dentro da organização, bem como desenvolver um trabalho de conscientização para o usuário interno e externo sobre esse instrumento tão importante para todos os envolvidos nesse processo.

A ouvidoria enquanto política pública foi pensada para fortalecer o exercício da democracia, e representar o cidadão em anonimato nos espaços públicos de forma a garantir os seus direitos. Para Vilanova et al (1999) o Brasil ainda possui uma estrutura burocrática complexa, e a ouvidoria pública como um espaço democrático se efetiva como um órgão de defesa cidadã frente à gestão pública.

É importante nesse contexto, comparar com o estudo de Falcão (2010) que obteve resultado semelhante, e traz para discussão "a questão da constitucionalidade do Instituto de Ouvidoria, no sentido de que a falta da base constitucional (legislativa), leva a alguns gestores ao descompromisso em responder às demandas da Ouvidoria" (FALCÃO, 2010, p. 111), bem como não considerar às demandas do ouvidor (FALCÃO, 2010).

Essa é uma questão premente nesse contexto, visto que a forma como a ouvidoria se revela no estudo demonstra exatamente essa falta de compromisso e apoio às demandas do ouvidor, uma vez que as manifestações tramitavam para gerencia/diretoria de área de acordo com o assunto, além disso, a coordenadora da ouvidoria encaminhava relatório mensal de todos os atendimentos para gerência de área e diretoria conforme exemplo no anexo G.

5 CONCLUSÃO

Em relação à contundente questão da pesquisa que consistia responder em que medida a Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola responde institucionalmente as suas funções quanto às manifestações dos usuários, o estudo constatou o seguinte:

5.1 QUANTO À ESFERA DA GESTÃO

Que o comportamento da gestão do Hospital Ophir Loyola, frente às informações geradas no serviço de ouvidoria a partir dos usuários, relativas à esfera da gestão hospitalar, é pontual, as suas ações são movidas pela queixa-conduta, numa condução voltada à resolução individual e não para a coletividade, no sentido de diminuir as queixas recorrentes que prejudicam o desenvolvimento da assistência, como a falta de prontuário, que tantas vezes foi motivo de reclamação e de geração de conflito entre o usuário e o servidor, e entre os próprios servidores, como nos casos de marcação de consulta errada para médico, de férias, de licença, entre outras já discutidas. Essa afirmativa está baseada nos dados obtidos das 398 manifestações dos usuários da ouvidoria, apenas 50% delas obtiveram resposta satisfatória, ou seja, com atendimento ao pleito; destas 94%, foram de respostas individuais, (pontuais) e apenas 6%, contemplaram a coletividade.

De modo geral, os pontos frágeis identificados pelo usuário estão relacionados à gestão de processos de trabalho, de pessoas e de informação, devidamente discutidos no estudo. O compromisso da gestão com as demandas passíveis de serem sanadas da ouvidoria é frágil, não reflete a importância que esse serviço deve ter na administração pública, por representar os usuário e favorecer a gestão compartilhada.

O estudo revela, ainda, a fragilidade do corpo gerencial diante da quantidade de soluções individuais apresentadas, o que demonstra que o mesmo problema foi recorrente inúmeras vezes e nada foi feito para mudar a situação. Essa atitude refuta o *Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola*, o qual estabelece como uma de suas finalidades “conhecer o grau de satisfação do usuário dos serviços oferecidos pelo Hospital Ophir Loyola, buscar soluções para as questões levantadas, oferecer informações gerenciais à Alta Gestão, visando o aprimoramento da prestação do serviço” (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008, p. 5), bem como o seu objetivo que é “contribuir para elevar o nível de satisfação dos usuários dos Serviços do Hospital Ophir Loyola através da melhoria da qualidade do atendimento” (HOSPITAL OPHIR LOYOLA, 2008, p. 5).

Outro ponto que nos chama a atenção no estudo é que essa forma indiferente de tratar as manifestações do usuário demonstra total falta de compromisso e apoio às demandas do ouvidor, acarretando e provocando desgaste, retrabalho, e até a perda de credibilidade do serviço público, o que pode ser evidenciado no relato de um usuário no Apêndice B.

As principais manifestações de insatisfação, apontadas pelos usuários da ouvidoria, que prejudicam a dinâmica do atendimento estão nas reclamações e solicitações, dispostas na esfera da gestão hospitalar, no eixo do procedimento administrativo, mais precisamente no item **falta de prontuário**, em que a sua ausência provocou inúmeros transtornos de ordem operacional e assistencial, bem como conflito entre usuários e servidores e entre esses. O **sistema de marcação de consulta** também provocou inúmeros transtornos. No eixo da competência relacional se destaca a **situação de conflito entre usuário e servidor**, no eixo da comunicação organizacional, está o **aprazamento da consulta do profissional**; no eixo da infraestrutura, observam-se os **defeitos de máquinas e equipamentos**, todos já devidamente discutidos anteriormente. É fato que todas as manifestações são de ordem operacional, e, portanto, passíveis de correção, nesse sentido, os pontos identificados como nós críticos da gestão estão relacionados à gestão por processos e de gerência, já comentados nas análises do estudo.

Com relação às respostas da gestão frente às manifestações do usuário da ouvidoria, os dados indicam que a gestão do hospital responde às manifestações individualmente, devido a quantidade de soluções individuais que corresponde a 94% dos casos. Do ponto de vista dos usuários que fizeram as manifestações, isso é bom, porque tiveram seu pleito atendido, no entanto, esse atendimento não trouxe reflexo para a coletividade, nesse sentido, isso é ruim, porque vai de encontro ao propósito da ouvidoria, que é efetivar a participação da sociedade na administração pública, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania para o bem comum. Essa instituição, que teve sua base firmada no SUS, tem por objetivo aproximar o usuário da gestão e deve ser um instrumento de apoio gerencial.

O estudo indica, ainda que, 50% das manifestações dos usuários não foram atendidas, destas 42% com respostas não satisfatórias e 8% não foram sequer respondidas. Vale ressaltar que há problemas macro que dependem de orçamento e da legislação pública, que exigem um tempo maior para a resolução das não conformidades. Entretanto, isso não exime a responsabilidade da gestão, em buscar estratégias de curto, médio e longo prazo, dependendo do problema demandado pelo usuário, para sanar as dificuldades que atrapalham o desenvolvimento das atividades cotidianas e, assim, efetivar de fato e de direito a participação

desse usuário na gestão pública ao utilizar as informações, no sentido de gerar aprendizagem organizacional.

O pequeno resultado de soluções coletivas, 6%, apontado pelo estudo revela que não houve aprendizagem, no sentido de mudar as diversas situações que insistiam em voltar. Essa forma de lidar com as informações contidas nas manifestações do usuário provocou retrabalho e desgaste nas relações entre os diversos atores desse universo. Por esse motivo, a ouvidoria nos três anos do estudo não conseguiu dar respostas que pudessem trazer benefícios para a coletividade e aprendizagem organizacional, fato este constatado pela alta quantidade de reclamação e solicitação com os mesmos problemas que insistiam em voltar.

É valido ressaltar que o enfoque da gestão trabalhado na dissertação é limitado ao usuário e aos funcionários a partir da ouvidoria, bem como deixar claro que o fluxo das informações é tramitado para todos os setores envolvidos rotineiramente. Além disso, é encaminhado mensalmente, para todas as gerencias e diretorias, um relatório minucioso com todas as informações, conforme modelo no anexo G. É fato que esse limite não permitiu avançar até os diretores e demais funcionários, assim como em outros elementos tais como: a estrutura física, técnica, o desempenho institucional da organização, entretanto esta avaliação tem legitimidade, por se tratar de um componente fundamental para analisar o comportamento de uma gestão.

Nesse sentido, a ouvidoria tem papel fundamental e deveria se estabelecer como um instrumento de promoção dos direitos do cidadão, sendo politicamente construída entre o usuário e a gestão, para promover a correção dos problemas e subsidiar a gestão participativa, o que preconiza as políticas públicas de saúde. É preciso que a gestão da instituição valorize as informações contidas nas manifestações dos usuários, oriundas do serviço de ouvidoria, no o colhimento das demandas e efetive o seu verdadeiro papel nesse contexto. Mas, para isso, é necessário, que a ouvidoria, enquanto estratégia de gestão se revele numa via de mão dupla, ou seja, que as informações geradas subsidiem respostas coletivas que favoreçam a todos que precisam do serviço público.

5.2 QUANTO AO DESEMPENHO DA OUVIDORIA

Em relação ao desempenho do serviço de ouvidoria, o estudo constatou que, mesmo diante desses fatos, a ouvidoria desempenha um importante papel no contexto dessa organização, veiculado pela dedicação das ouvidoras em buscar resoluções para as demandas

que se apresentam, o que pode ser constatado pela quantidade de soluções individuais que o estudo demonstra e pelos relatórios apresentados.

Vale ressaltar que apesar do desempenho da ouvidoria não alcançar a coletividade, o ouvidor consegue atingir o seu objetivo, por proporcionar ao usuário a escuta solidária, o espaço para se manifestar e dá o devido encaminhamento às manifestações, mesmo que este instrumento não atinja o seu objetivo principal que é atender à demanda desse usuário com respostas voltadas à coletividade, pois muitas das possibilidades de resolução estão além de sua capacidade de alcance.

5.3 QUANTO À ESFERA DA GESTÃO DO SUS

Com relação às manifestações na esfera da gestão do SUS, que nesse estudo, obtiveram um percentual bem menor (19%), em comparação com a esfera da gestão hospitalar (81%), é pertinente comentar o impacto direto que têm no desempenho do sistema de saúde pública, quando este não consegue dar conta da demanda por assistência, quando faltam serviços credenciados para as referências devidas, a falta de mão de obra especializada para atender à demanda, quando estabelece diretrizes nas políticas públicas e não consegue dar conta, colocando em xeque o caráter operacional das mesmas.

O SUS, a maior política pública já pensada e implementada, tem como princípios a universalidade do acesso, a garantia da integralidade das ações e a equidade, porém, vive o paradoxo do acesso negado e, em decorrência disso, seus demais princípios também são afetados quando não consegue dar conta da demanda, tratam de forma igual os ribeirinhos, os idosos, como já discutidos no estudo.

Para melhorar o SUS, o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização, que tem o propósito, de efetivar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde.

Humanizar é estabelecer vínculos solidários entre os diferentes sujeitos implicados no processo de saúde-doença; é ter participação coletiva no processo de gestão, é valorizar usuários, servidores e gestores; é reduzir filas e o tempo de espera; é ampliar o acesso e dar atendimento acolhedor e resolutivo, levando em consideração os critérios de risco e, por fim, é dar melhores condições de trabalho aos servidores. Novamente se estabelece um paradoxo quando, no cotidiano dos hospitais públicos, esses condicionantes são negados. É importante refletir acerca da praticidade dessas instituições políticas no dia a dia do sistema de saúde pública, para entender melhor o estudo em questão.

No ambiente hospitalar, principalmente de hospitais públicos, cotidianamente convive-se com dificuldades que são expressas no excesso de demanda, causada por problemas que poderiam ter sido resolvidos num primeiro encontro, escassez de verbas e superlotação de seus serviços; há também o cansaço, a ausência de compromisso e o acúmulo de irritações, que não favorecem o espírito acolhedor no ambiente de trabalho (BRASIL, 2003a).

Entretanto não se pode negar que o SUS tem muito de concreto, definido, em prática, a exemplo a implementação das ouvidorias nos hospitais públicos, porém, ainda há um distanciamento muito grande, entre o que é preconizado por lei e o que acontece realmente no dia a dia dos serviços de saúde. É necessário buscar alternativas que minimizem os entraves que prejudicam a sua viabilidade, como o que acontece ainda hoje no sistema de saúde do município de Belém, identificado no estudo, com relação à liberação de AIH e exames de alta complexidade, que para serem autorizados é necessário que o documento de AIH ou APAC, seja assinado pelo secretário de saúde do município de residência do usuário, isso fere o principio da equidade, como já discutido no estudo.

Diante desses fatos, o estudo refuta a hipótese de que a ouvidoria como um canal de informação entre o usuário e a gestão cumpriu o seu papel nos encaminhamentos das informações, de acordo com suas atribuições institucionais, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços prestados. Não no sentido que a ouvidoria não tenha subsídios para isso, mas no sentido de que as informações geradas nesse espaço não foram utilizadas de maneira a gerar aprendizagem e mudança nos processos de trabalho pela gestão do hospital. Entretanto, confirma a hipótese de que a ouvidoria consegue atender às reclamações no nível de uma resposta individual, mas não há uma aprendizagem organizacional, uma vez que não consegue estender o atendimento do pleito individual para a coletividade. No entanto, o objetivo geral de analisar em que medida a Ouvidoria cumpriu as suas atribuições quanto às manifestações dos usuários do HOL foi alcançado.

O estudo revela ainda que a ouvidoria do HOL para responder com eficácia as demandas do usuário, seria necessária que a gestão reconhecesse institucionalmente esse serviço, através de um regimento que fortalecesse a sua identidade institucional para toda comunidade da organização, definindo as atribuições legais do ouvidor, da gerência e do gestor, pois apesar da ouvidoria ter sua base no SUS com suas diretrizes constitucionais estabelecidas, esta não fornece ao ouvidor do HOL bases sólidas para cobrar uma postura condizente com as diretrizes de um serviço de ouvidoria hospitalar, do contrário a ouvidoria continuará desempenhando um papel voltado para o assistencialismo.

Como se trata de um estudo retrospectivo, que retrata um período, esse cenário pode ter mudado. Outro fato importante a destacar é que a alta gestão das organizações públicas é nomeada por indicação política, talvez este seja um dos fatores que mais prejudicam a saúde pública, uma vez que a cada troca de governo / partido há troca de toda a gestão.

Este estudo não se encerra nesta dissertação, ele pode servir de ponte para novas discussões, dentro desse universo ainda pouco explorado, porém tão rico e necessário que é o da ouvidoria hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, André Queiroz de. **A tomada de decisão e os sistemas de informação em saúde**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

AREND, Marcelo; CÁRIO, Silvio A. F.. Origens e determinantes dos desequilíbrios no Rio Grande do Sul: uma análise a partir da Teoria Institucional de Douglass North: **Ensaios FEE,** Porto Alegre, v. 26, Número Especial, p. 63-94, maio 2005. Disponível em: <http://revistas.fee. tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/2076/2458>. Acesso em: 19 nov. 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE GOIÁS. **Manual de orientação para classificação hospitalar aplicado aos estabelecimentos assistenciais de saúde,** Goiânia, 2010.

BALLONE, G. J. **Humanização do Atendimento em Saúde**. 2004. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>. Acesso em: 11 set. 2010. Palestra proferida no VII Simpósio de Relacionamento Terapeuta-Paciente do Hospital Américo Bairral, Itapira – SP.

BARCHIFONTAINE, Prefácio. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BELTRAMI, Guilherme Soares; CAMELO, Augusto César Oliveira. **Hospitalar e alguns aspectos da gestão hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento.** FCV Empresarial, v. 1, p. 53-72, 2007. Disponível em <http://www.fcv.edu.br/fcvempresarial/2008/FCV-2008-9.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2011

BERNINI, Denise Simões Dupont. A contribuição das ferramentas de educação a distância no ensino interdisciplinar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 2010, Foz do Iguaçu, PR. **Anais eletrônicos ...** Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2010/cd/252010205455.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BETTINELLI, Luiz Antônio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 87-100.

BEZERRA, Helga Maria Saboia. Defensor do povo: origens do instituto do *Ombudsman* e a malograda experiência brasileira. **Direito, estado e sociedade**, n.36, p. 46-73, jan/jun 2010. Disponível em: <http://publique.rdc.puc-rio.br/direito/media/3bezerra36.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Cap. IV Le mort saisit Le vif. As relações entre a história reificada e a

história incorporada.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Ouvidoria – geral da união:** Orientações para Implantação de unidade de Ouvidoria. 3. ed., Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z.** 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=289&letra=A>. Acesso em: 01 jun. 2011.

_____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. **NOAS/SUS:** regionalização da assistência à saúde - aprofundando a descentralização com equidade no acesso. 2002b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2011.

_____. **Portal da saúde.** 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=347>. Acesso em: 03 jun. 2011.

_____. **Programa saúde da família**. 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 10 set. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Falando de ouvidorias: experiências e reflexões**. Brasília: Ed. do MS, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf>. Acesso em: 31 maio 2011.

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Manual PNHAH**. Brasília: Ed. do MS, 2003a. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc>. Acesso em: 20 set. 2010.

_____. **Portal Humaniza.** 2003b. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Material de apoio.** Documento base para gestores, 3. ed. Brasília: Ed. do MS, 2006b.

____. Relatório: oficina nacional Humaniza SUS: construindo a Política Nacional de Humanização, Brasília: Ed. do MS, 2003c.

____. **Rede Humaniza SUS.** 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BRASIL, Portal Humaniza.org.br. 2011. **Nossa História. Instituto A Casa- Pinicial.** Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=30>. Acesso em: 30 maio 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Datasus. **Indicadores de saúde.** 2004d. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 12 nov. 2010

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Estado, sociedade civil e legitimidade democrática. **Lua Nova, Revista de Cultura e Política**, n. 36, p. 85-104, 1995.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000.

CASTRO, Regina Célia Figueiredo. **Comunicação científica na área de saúde pública:** perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. 2003. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.bvs-sp. fsp. usp. br/tecom/docs/2003/cas001.pdf >. Acesso em: 14 jun. 2011.

CHAGAS, Luciana de Deus. **Efetividade do processo de comunicação com base na teoria do comportamento informacional:** o caso de um organismo internacional da área da saúde pública sediado no Brasil. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília. 2006. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=266>. Acesso em: 07 jun. 2011.

CHIZOTTI, A. A pesquisa em ciências humanas e sociais. In:____. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: RJ: Vozes: 2008. p. 19-32.

COCHRAN, William G. Técnicas de amostragem. Trad. Fernando A. Moreira Barbosa. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1965.

COELHO NETTO, J. Teixeira. **Semiótica, informação e comunicação.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S.. **Método de pesquisa em Administração.** Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CÔRTE, Adelaide Ramos E. Resenha: Ecologia da informação. **Inf. Inf.,** Londrina, v. 4, n. 1, p. 53-58, jan./jun. 1999. Resenha da obra de: DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. Tradução Bernadette Siqueira Abrão. São Paulo : Futura, 1998. 316p.

COSTA, Marília Damiani; KRUCKEN, Lia; Abreu, Aline França de. **Gestão de informações ou gestão do conhecimento?.** [2000]. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000829/01/T180.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2011.

CRUZ, Wilma Batista Souza da. **Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, 2008.

CUNHA, Mônica Ximenes Carneiro da; SOUZA JÚNIOR, Marcílio Ferreira de; MAIA, Carolina de Fátima Marques; LUCIAN, Rafael. **Análise da implantação dos sistemas de informação em uma instituição federal de ensino de Alagoas à luz da teoria institucional**, 2009. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/

trabalhosPDF/475.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2011.

DIMAGGIO, Paul J; POWELL, Walter W.. Jaula de ferro revisitada: Isoformismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. In: CALDAS, Miguel P. ; BERTERO, Carlos Osmar. (Coord.). **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo **Perspectiva**. v. 18, n. 3, jul/set. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->. Acesso em: 20 set. 2010.

ESTENSOORO, Luis. **Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina.** 2003. 286 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), Universidade São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <www.teses.usp. br/teses/disponiveis/8/...23102003.../TeseLuisEstenssoro.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2010

FALCÃO, Rosa Ângela de Brito. **Subsídios da ouvidoria do Hospital Universitário Walter Cândido da Universidade do Ceará para a gestão do complexo hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna; VASCONCELOS, Luís Carlos; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy (org.). **A Construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

_____. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p 64-89.

GASQUE, Kelley Cristine Gonçalves Dias; COSTA, Sely Maria de Souza. Evolução teórico-metodológica dos estudos de comportamento informacional de usuários. **Ci. Inf.,** Brasília, DF, v. 39 n. 1, p. 21-32, jan./abr., 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ci/v39n1/v39n1a 02.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2011.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerencia. **Ci. Inf.,** Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abril 2004. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/ tde_busca/arquivo.php?codArquivo=266. >. Acesso em: 07 jun. 2011

GURGEL, Ítalo. **Autônomas x obedientes:** A ouvidoria pública em debate. Desvendando os novos espaços de construção da cidadania. [(2004)]. Disponível em: http://www.unisc.br/fnou/artigos/Autonomas_Obedientes.pdf>. Acesso em: 20 maio 2011.

GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2011

HALL, Peter A; TAYLOR, Rosemary C. R.. As Três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

HANSEN, Peter Bent; GUIMARÃES, Fernanda de Menezes. Fórum Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. **RAE,** São Paulo, v. 49, n. 4, p. 434-446, out./dez. 2009

HOSPITAL OPHIR LOYOLA. **Manual de normas e rotinas da ouvidoria**. Belém: SESPA, 2008.

_____. **Relatório de Gestão 2009**. Belém: SESPA, 2010a.

_____. **Relatório Anual da Ouvidoria 2008.** Belém: SESPA, 2009.

_____. **Relatório Anual da Ouvidoria 2009.** Belém: SESPA, 2010b.

_____. **Relatório Anual da Ouvidoria 2010.** Belém: SESPA, 2011.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva. **Organização do Trabalho em Saúde:** a gestão de recursos humanos no programa de saúde da família e a reorientação da atenção básica. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2008.

LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa,** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEEBOV, W. E. D.; SCOTT, G., M. A. **Service quality improvement:** the customer satisfaction strategy for health care. Chicago: American Hospital Publishing, 1994.

LEVI, Margaret. Uma Lógica da Mudança Institucional. **Dados: Revista de Ciências Sociais,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p 79-99, 1991.

MACHADO, Maria das Dores de Jesus. **Diferenças intra-urbanas de saúde de Belém, Pará.** 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento do Desenvolvimento, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

MAIA, A.C. **Administradores de Hospitais do Município de São Paulo:** formação, competências e conhecimentos. São Caetano do Sul, 2003, 163 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Administração, Centro Universitário Municipal de São Caetano do Sul, são Paulo, 2003.

MARTIN, Leonard M.. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

MARTINS, A.; FERNEDA, E. MARTINS, F. Inteligência das organizações: a organização

das inteligências. In: _____. **Inteligência organizacional como fonte de futuro**. Brasília: Universa, 2008. p. 21-47.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza: Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa,** São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07/pdf>. Acesso em: 26 out. 2010

MAXIMIANO, Antonio Cesar A. **Introdução à Administração.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992. Disponível em: <http://www.gerenco.com.br/page3.html>. Acesso em 05 jun. 2011.

MENDONÇA, Mônica Sales de: **A Ouvidoria Geral do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará:** gênese, evolução e consolidação. 2008. 50 f. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Administração Judiciária, Escola Superior de Magistratura, Universidade Vale do Acaraú – UVA, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza: **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1993.

MORAES, Diana Coeli Paes de; FERLA, Alcindo Antonio; CRUZ, Amanda Pereira de Carvalho; LEMOS, Flavia da Silveira. Ouvidorias como dispositivos de gestão participativa de políticas públicas: sua história e experiência no Pará. In: CONGRESSO CONSAD DE ADMINSTRAÇÃO PÙBLICA, 3., 2010, [Brasília]. **Anais eletrônicos. ...** [Brasília]: Consad, 2010. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_19/ouvidorias_como_dispositivos_de_gestao_participativa_de_politicas_publicas_analisando_o_controle_social_no_para.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011. Painel 19/075: Participação, transparência e accountability na gestão pública: experiências e questões. 03/2010. Brasília/DF

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Informações em saúde:** para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. 1998. 274 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. 1998. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1998/moraesihsd/capa.pdf>. Acesso em 15 jun. 2011.

MUSSAK, Eugenio. **Metacompetência:** uma nova visão do trabalho e da realização pessoal. São Paulo: Ed. Gente, 2003.

NICOLESCU, Basarab. **Educação e transdisciplinaridade:** um novo tipo de conhecimento – transdisciplinaridade. In: ENCONTRO CATALISADOR DO CETRANS; CENTRO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINAR; ESCOLA DO FUTURO, 1., 1999, Itatiba, SP. **Anais ...** São Paulo: USP, 1999.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; Escola de Engenharia da UFMG, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Estado de bem–estar social: origens e desenvolvimento. **Katálysis,** n.5. jul./dez. 2001.

NORTH, Douglas C.. **Desempeño económico en el transcurso de los años.** 1993. Disponível em: <http://www.eumed.net/cursecon/textos/north-nobel.htm>. Acesso em: 09 set. 2010.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional:** Um enfoque sobre a região da Amazônia Legal. 2004. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Ciências Sociais. Linha de Pesquisa de Políticas Públicas em Saúde, Rio de Janeiro, BR-RJ, 2004. ENSP, 2005.

OLSEN, Johan P; MARCH, James G. Neo-institucionalismo: Fatores organizacionais na vida política. **Revista de Sociologia e Política,** v. 16, n. 31, p. 121-142, nov. 2008.

OUVIDORIA do Hospital das Clínicas da Unicamp: dilemas & possibilidades, [2005]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/ouvidoria.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2011.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, jan/jun., p. 82-121, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a04n7.pdf>. Acesso em 02 jun. 2011.

PINHEIRO, Luciane Ribeiro Dias; GIACOMINI FILHO, Gino; SILVA, Ligia Pinheiro da. **Certificação de qualidade nos hospitais públicos da cidade de São Paulo**, 2007. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/169.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2011

PINHEIRO, Tatiane da Rosa. Organização hospitalar: públicos e complexidade**.** In: SEMINÁRIO AVANÇADO EM COMUNICAÇÃO, 2005, São Leopoldo, RS. Anaia eletrônicos ... São Leopoldo, RS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2005. Disponível em: <http://portal3.com.br/hotsites/pensandorp/wpcontent/themes/pensandorp/artigos/tatiane%20pinheiro.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

PINTO, Ione Carvalho. **Os Sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão:** rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP. 2000. 339 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo. 2000

PONCHIROLLI, Osmar; FIALHO, Francisco Antonio Pereira. Gestão estratégica do conhecimento como parte da estratégia empresarial. **Rev. FAE**, Curitiba, v.8, n.1, p.127-138, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/rev_fae_v8_n1/rev_fae_v8_n1_11.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2011.

PROGRAMA fundamentos da excelência em gestão publica. Disponível em: <http. www.pqsp. planejamento.gov.br/fundamentos.htm>. Acesso em: 4 out. 2010

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as políticas públicas: algumas observações. **Civitas:** Revista de Ciências Sociais, v. 5. n. 1, jan./jun. 2005.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais,** São Leopoldo, v. 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 26 maio 2011.

SALVADOR. Câmara Municipal. **Fala Bahia.** 2011. Disponível em: <http://ibahia.com/a/falabahia/?p=67832>. Acesso em: 06 jun. 2011.

SANTANA, Ana Lúcia. **A criação dos hospitai**s. 2010. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/a-criacao-dos-hospitais/>. Acesso em: 01 nov. 2010.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. rev. e ampl. São Paulo : Cortez, 2000.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. **EPI INFO versão 3.3.2**. São Luiz, 2005. Apostila

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, São Paulo, v. 1, n. 2, 2008.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais ...** São Paulo : Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

TAVARES, Marisa Speranza; TAVARES, Regina. **O câncer e as emoções.** 2002. Disponível em:http://www.profala.com/artpsico16.htm>. Acesso em 21 jul. 2010.

THIOLLENT, Michel J. M. Crítica Metodológica, **Investigação social e enquete operária:** com texto metodológico de Pierre Bourdieu, Liliane Kandel, Guy Michelat, Jacques Maître, Raniero Panzieri e Dario Lanzardo. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Resolução nº652, de 15 de setembro de 2008.** Aprova o regimento do HUJBB. Disponível: http://www.ufpa.br/sege/boletim_interno/down loads/resolucoes/consun/2008/%20652.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2010

URICOECHEA, Fernando. Coronéis e burocratas no Brasil Imperial: crônica analítica de uma síntese histórica. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A Aventura sociológica:** objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VALENTIN, Marta Ligia Pomim. **Gestão da informação e gestão do conhecimento:** especificidades e convergências. Novembro/2004. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=8>. Acesso em: 08 jun. 2011.

VASCONCELOS, Chrystiane Merces; ROSEIRO, Cláudia Paresqui; VIANA, Daniela Palaoro; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Uma Análise Institucional das Práticas Hospitalares. In: JORNADA DE ANÁLISE INSTITUCIONAL, 1., 2007, Florianópolis. **Anais eletrônicos ...** Florianópolis, UFES, 2007. Disponível em: <http://www.petpsicologiaufes.com/anaisdajornada/trabalhos>. Acesso em: 01 nov. 2010.

VÉRAS, Mirella Maria Soares. A satisfação dos usuários do SUS com o serviço de ouvidoria em saúde de fortaleza – CE. 2005. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Federal de Ceará, Fortaleza, 2005

VIANA, Ana Luiza D'Avila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade**. São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 58-68, 2003

VILANOVA, Maria de Fátima Veras; AMÂNCIO, Nivânia Menezes; SOUZA, Wedja Bezerra de; ALENCAR, José Ricardo Maurício de. Ouvidoria na UECE: instrumento de cidadania. In: ENCONTRO NACIONAL DE OUVIDORIAS UNIVERSITÁRIAS, 1., 1999, João Pessoa. **Anais ...** João Pessoa: UFPB, 1999.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médica**. Rio de Janeiro: Médici, 2001.

ZIEMER, Roberto. **Mitos organizacionais:** o poder invisível na vida das empresas. São Paulo: Atlas, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS
(Para cada período estabelecido pelo estudo)

O roteiro apresentado foi baseado no roteiro para coleta de dados da dissertação de mestrado de FALCÃO (2010) que aborda temática semelhante em uma instituição pública federal.

1. Manifestações na esfera da gestão:

1.1. Gestão Hospitalar

( ) Denúncia _____

( ) Reclamação _____

( ) Solicitação_____

( ) Informação _____

( ) Elogio _____

( ) Sugestão _____

1.2. Gestão do SUS

( ) Reclamação _____

( ) Informação _____

( ) Solicitação _____

2. Manifestações nos eixos da gestão hospitalar:

2.1. **Procedimento administrativo**: são as manifestações decorrentes de:

( ) Sistema de marcação de consulta

( ) Sistema de marcação de exame

( ) Central de leitos (o que envolve o cadastro da AIH, espera por leito)

( ) Cadastro de medicamentos (o que envolve a liberação de medicamentos para pacientes dos programas do hospital)

( ) Ausência de médico para consulta

( ) Ausência de outro profissional para consulta

( ) Serviço de apoio diagnóstico (serviço de diagnóstico por imagem e análises clínicas)

( ) Sistema de compras públicas (diretas e indiretas)

( ) Prontuário

( ) Outros

2.2. **Competência relacional**

( ) Situação de conflito entre usuário e servidor

( ) Situação de conflito entre os servidores

( ) Relato de elogios à conduta profissional

( ) Outros

2.3. **Comunicação Organizacional**: tudo que envolve a gestão da informação

( ) Aprazamento da consulta do profissional

( ) Aprazamento de cirurgia eletiva

( ) Agendamento de internação na central de leitos

( ) Marcação de exame

( ) Sistema de sinalização interna e externa para orientar o fluxo de pessoas nas dependências do hospital.

( ) Outros

2.4. **Infraestrutura**: relacionado ao aspecto de suporte físico do prédio e suporte de equipamentos.

( ) Equipamentos obsoletos

( ) Defeito de máquinas e equipamentos (leito, colchão, cadeira, ar condicionado, etc.)

( ) Ambiente de trabalho sucateado

( ) Ventilação, layout do ambiente

( ) Outros

2.5. **Financiamento**

( ) Inacessibilidade do usuário à assistência por falta de orçamento no hospital (exames, biópsias, cateteres, órteses e próteses, medicamentos para os pacientes internados, etc)

3. Manifestações nos eixos da gestão SUS:

3.1. Rede de serviço de saúde do SUS: inacessibilidade a rede de assistência do SUS.

( ) Acesso a consulta especializada

( ) Acesso a exames especializados

( ) Acesso a procedimento clínico

( ) Acesso a procedimento cirúrgico

( ) Quimioterapia

( ) Radioterapia
( ) Outros

3.2. **Financiamento**: Inacessibilidade à assistência hospitalar por falta de financiamento do sistema.
( ) Medicamentos especializados
( ) Órteses e próteses
( ) Curativos ambulatoriais
( ) Pequenas cirurgias
( ) Cirurgias especializadas
( ) Outros

4. Manifestações respondidas pelo serviço de ouvidoria do HOL com:
( ) Respostas satisfatórias
( ) Respostas não satisfatórias
( ) Não respondidas

5. Manifestações respondidas pela gestão do hospital que tiveram solução individual ou coletiva do pleito.
( ) Soluções individuais
( ) Soluções coletivas

6. Manifestações respondidas pela gestão da organização hospitalar que provocaram mudança de ordem operacional da gestão hospitalar.
( ) Reclamações
(..) Sugestões
(..) Denúncias

APÊNDICE B – FOLHA DE REGISTRO

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA
ASSESSORIA DE OUVIDORIA
FOLHA DE REGISTRO

Prezado (a) Senhor (a)
Nesta folha de registro você poderá sugerir, criticar ou elogiar nossos serviços.
Seu registro é de grande importância para nós e será atenciosamente analisado pela Ouvidoria, onde você poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias utei, obter resposta do que foi registrado.

Importante: não esqueça de citar serviços, setores e / ou pessoa quais gostaria de se referir pois quanto mais informações maiores serão as possibilidades de solução.

Paciente faz tratamento de obesidade mórbida, refere que seu tratamento esta comprometido principalmente pelo tempo de retorno entre as consultas. Refere que tinha uma consulta marcada com a nutrição e (a seguir relato do usuário) "quando chego para consultar sou informado que a nutricionista está de férias, é inconcebível que uma situação como esta ocorra, pois se sabiam que a mesma estava tirando férias o mínimo que esperava era ser atendido por um outro profissional, mas simplesmente sou informado que tenho que enfrentar novamente a fila de marcação, isso é uma falta de respeito com o usuário. Outro detalhe importante se o sistema tem o meu cadastro, com telefone e endereço porque não entraram em contato,....exijo que remarquem esta consulta o mais breve possível. A falta de respeito é tão grande a começar pela marcação das consultas, onde as vezes chegamos e não há filas, mas não podemos marcar porque até para marcação existe dia de marcar. A conclusão que tenho de tudo isso é que o sistema talvez não seja falho, mas sim as pessoas que deveriam fazê-lo funcionar, se isso um dia irá mudar, acredito que não, pois se as pessoas não mudam realmente nada mudará". (ouvidroia-HOSPITAL OPHIR LOYOLA,2008, nº142)

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone: _____

Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém, Pará – CEP: 66063-240
Fone: (091) 33421350 – Fax: 33421100- email: **ophirloyola.ouvidoria@yahoo.com.br**

ANEXOS

ANEXO A – OFÍCIO CIRCULAR N. 002/09 – SAC//DCA/DERES/SMS

Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Regulação
Divisão de Controle e Avaliação Ambulatorial
Serviço De Comissões Alta Complexidade
SMS/SUS-Belém

Of. Circular nº 002/09–SAC/DCA/DERE/SMS Belém, 16 de janeiro de 2009.

Senhor(a) Diretor(a),

Considerando a necessidade de cumprir determinação do Ministério da Saúde, comunicamos que a partir de 01 de Março de 2009 todos os laudos com procedimentos classificados para cobrança em BPA Individualizado e APAC, deverão ser entregues no SAC/DERE para autorização, acompanhados de cópia do **CARTÃO SUS, REGISTRO GERAL E COMPROVANTE DE ENDEREÇO** (água, luz ou telefone - em nome do titular, pai ou mãe). **CARIMBO MÉDICO COM ESPECIALIDADE E LAUDO DE EXAMES** que justifiquem a solicitação do procedimento.

Em caso de procedimentos que não permitam a realização de exames prévios, na justificativa médica (campo n.º 40) deverá conter informações que comprovem a necessidade de sua realização.

Os laudos que não se enquadrarem nesta determinação, serão entregues à origem.

Esperamos contar com vossa colaboração no sentido de evitar transtornos aos clientes assistidos pela Rede SUS.

Atenciosamente,

Dra. Maria das Graças Soutelo Cordeiro
Chefe do Serviço de Comissões de Alta Complexidade
DERE/SESMA/Belém

Mª das Graças Soutelo
Alta Complexidade
DERE / SESMA
CRM 1491

ANEXO B – OFÍCIO CIRCULAR N. 021/2010 – DCAH/DERES/SUS

Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento De Regulação
Divisão de Controle e Avaliação Hospitalar
SMS-SUS – Belém

Of. Circular. nº 021/2010 - DCAH/DERE/SUS **Belém, 05 de Março de 2010.**

Do: Departamento de Regulação

Att: Dirigentes do Hospital Ophir Loyola

Considerando a necessidade de melhor identificar os pacientes por município de moradia, objetivando melhor controle de PPI, solicitamos aos dirigentes de hospitais prestadores de serviço ao SUS que sejam anexados, ao laudo de AIH, cópia dos seguintes documentos:

- Comprovante de residência
- Registro Geral
- CPF
- Cartão SUS

Atenciosamente,

Dra. Ana Claudia Brito Albuquerque
Diretora do Departamento de Regulação
DERE/SESMA/SUS

Em 09.03.10 - Bruna.

Trav. Padre Eutiquio nº 543

PREFEITURA

ANEXO C – FOLHA DE REGISTRO DA OUVIDORIA DO HOL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA
ASSESSORIA DE OUVIDORIA
FOLHA DE REGISTRO

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

Prezado (a) Senhor (a)
Nesta Folha de Registro você poderá sugerir, criticar ou elogiar nossos serviços.
Seu registro é de grande importância para nós e será atenciosamente analisado pela Ouvidoria, onde você poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, obter resposta do que foi registrado.

Importante: *não esqueça de citar serviços, setores e/ou pessoa quais gostaria de se referir pois quanto mais informações maiores serão as possibilidades de solução.*

*Nome:*_____

*Endereço:*_____

*Telefone:*_____

Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém, Pará – CEP: 66.063-240
Fone: (0xx91) 33421350 – Fax: 33421100 - Email: ophirloyola.ouvidoria@yahoo.com.br

ANEXO D - FOLHA DE PROVIDÊNCIA DA OUVIDORIA DO HOL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA
ASSESSORIA DE OUVIDORIA

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

FOLHA DE PROVIDÊNCIA

A (o) _____

Prezado (a) Senhor (a)_____

Em _____Recebemos do(a) Senhor (a) _____

_____nosso(a) _____

conforme registro anexo, a informação que_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____Diante do exposto, solicitamos manifestação de Vossa Senhoria dentro do prazo máximo de 04 (quatro dias úteis a fim de que, no 5º dia possamos fornecer respostas ao usuário.

Data:_____ _____

Ouvidor

VERSO DA FOLHA DE PROVIDÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA
ASSESSORIA DE OUVIDORIA

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

PARECER

Data:_____

Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém- Pará – CEP 66 063 240
Fone: 33421350 Email: ophirloyola.ouvidoria@yahoo.com.br

ANEXO E - FOLHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO HOL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESPECIAL DE ESTADO DE PROTEÇÃO SOCIAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

SERVIÇO DE OUVIDORIA

REGISTRO DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ *Sexo: M( ) F( )*

Endereço: _____

Perímetro: _____

Município: _____

Idade: _____ *Grau de Escolaridade:* _____ *Estado Civil:* _____

Nº de dependentes: _____ *Renda familiar:* _____

Funcionário do HOL: ( ) Sim ( ) Não *Lotação:* _____

Profissão: _____ *Atividade exercida:* _____

Data do atendimento: ____/____/_____ *Retorno:* ____/____/_____

SITUAÇÃO APRESENTADA

_____

Ouvidor

Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém, Pará – CEP: 66.063-240
Fone: (0xx91) 3289-1000

VERSO DA FOLHA DO REGISTRO DE ATENDIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESPECIAL DE ESTADO DE PROTEÇÃO SOCIAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL OPHIR LOYOLA

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

SERVIÇO DE OUVIDORIA

ENCAMINHAMENTOS	
PARECER TÉCNICO	

Av. Magalhães Barata, 992 – Bairro São Braz – Belém, Pará – CEP: 66.063-240
Fone: (0xx91) 3289-1000

ANEXO F – PORTARIA N. 149/2003 – GAB/DG/EPOL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO
Avenida Magalhães Barata, 992 - PABX (91) 249-0222
C.G.C. 04.959.383/0001-80

PORTARIA N ° 149/2003-GAB/DG/EPOL.

O DIRETOR GERAL DA EMPRESA PÚBLICA OFIR LOYOLA, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS;

CONSIDERANDO, a aprovação do novo Organograma deste hospital, através da Portaria nº 099/2000.
CONSIDERANDO, a necessidade de adequar o referido Organograma a atual realidade de funcionamento do Hospital.

RESOLVE:

CRIAR a partir de 10/03/2003, a Ouvidoria deste Hospital, subordinada a Direção Geral, a nível de Assessoria.
DÊ-SE CIÊNCIA, REGISTRE-SE E CUMPRA-SE.
Gabinete da Diretoria Geral da Empresa Pública Ofir Loyola.
Em, 25 de março de 2003.

NILO ALVES DE ALMEIDA
Diretor Geral da EPOL

CIENTE
Em, 1/4/03
Raimundo de Vasconcelos Oliveira
Diretor Administrativo EPOL

Ciente:

Publicado em Diario Oficial
Nº
de / /

Belém - Pará

ANEXO G – UM EXEMPLO DO "RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA OUVIDORIA" ABRIL DE 2009

Tabela 01. Dados absolutos e em média percentuais de atendimento e público atendido no mês de abril de 2009.

Mês	**Pacientes**		**Funcionários**		**Total**	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abril	77	94%	5	6%	82	100%

Tabela 02. Dados Absolutos e em média percentuais da procedência do registro.

Procedência	**Nº**	**%**
Urna	0	0%
Pessoal	82	100%
Email / Telefone	0	0%

I. **Tabela 03.** Dados absolutos e em média percentual da Natureza dos registros.-

Natureza	**Abril**	
	Nº	**%**
Solicitação	13	16%
Reclamação	57	66%
Orientação/informação	4	5%
Sugestão	0	0
Para Fins de Direito	5	6%
Elogio/Agradecimento	3	4%
Denuncia	0	0
Convocação	0	0
Total	82	100%

Tabela 04. Dados absolutos e em média percentuais, segundo a resolução dos registros.

Abril	**Nº**	**%**
Concluídos	66	80%
Em Tramitação	3	4%
Em Análise	13	16%
Total	82	100%

Tabela 05. Dados absolutos relativos à descrição das reclamações.

Insatisfação com o fato do prontuário não ter sido encontrado no momento da consulta.	8
Insatisfação com a falta de Medicamentos que são padrão para o tratamento de Quimioterapia.	7
Insatisfação com a demora para receber resultado de exame de alta complexidade	2
Insatisfação quanto a postura de motorista do serviço de transporte desta instituição	3
Insatisfação com atendimento recebido dos funcionários do hospital.	3
Insatisfação com a dificuldade para agendar exame de alta complexidade em vista de exigências da SESMA	8
Insatisfação com o fato de ter tido sua consulta agendamento para o profissional errado.	1
Insatisfação com a demora para realização de processo cirúrgico.	5
Insatisfação com a demora para iniciar radioterapia	1
Insatisfação com a ausência de medico no ambulatório no dia e horário de atendimento.	4
Insatisfação com a Demora para ser avaliado por especialista na Triagem.	2
Insatisfação com as dificuldades para realizar procedimento de fisioterapia	1

Insatisfação com o fato do prontuário não ter sido encontrado no momento da consulta.	8
Insatisfação com a recepção da triagem.	1
Insatisfação com o serviço do setor de entrega de exames.	2
Insatisfação com tratamento recebido das técnicas de enfermagem do ambulatório.	5
Insatisfação com a falta de material necessário para atendimento no consultório de cabeça e pescoço.	1
Insatisfação por ter tido seu exame Trocado por de outro paciente.	1
Insatisfação com atendimento recebido no consultório de cardiologia	1

Tabela 06.Relação dos registros que não retornaram à Ouvidoria no mês de Abril.

Nome	Data	Destino
Elcir Vieira Reis	06/05/09	Serviço Social
Thais de Pinho Rocha	04/05/09	Dir. Tecnica
Ana Paula Amorin	08/05/09	DAME

Considerações Finais

No mês de Abril, foram registrados 82 atendimentos nesta Ouvidoria sendo 77 registrados por pacientes e acompanhantes e 05 por funcionários.

O Índice de reclamação se mantém elevado, perfazendo um total de 66% dos registros realizados o que demonstra a insatisfação do usuário com a qualidade dos serviços prestados nesta Instituição. No que concerne as descrições das reclamações verificou-se a insatisfação com a falta de medicamentos necessários para o tratamento de Quimioterapia, a constante ausência de prontuários no momento das consultas contribuindo para que o usuário perca a consulta prejudicando o atendimento ambulatorial, na quimioterapia e na Radioterapia, trazendo sérios prejuízos ao tratamento do mesmo. Verificaram-se também reclamações com relação à dificuldade para agendar exame de alta complexidade em vista de exigências da SESMA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA,2009).