

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-graduação em Sociologia**

**Ouvidoria Hospitalar:  
disciplinamento e envolvimento  
como estratégias rumo à democratização**

Luiza Helena Pereira

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Assunta Campilongo

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de  
Doutora em Sociologia

Porto Alegre, dezembro de 2000

## **Agradecimentos**

Durante a realização deste trabalho contei com o apoio de várias pessoas. Deixo público o reconhecimento à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Assunta Campilongo, com quem estabeleci importante discussão teórica e metodológica. Acompanhou o desenvolvimento do tema da pesquisa e leu, cuidadosamente, todas as versões esboçadas, comentando-as com cuidado e profundidade. Agradeço, também, à Prof<sup>a</sup>. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes que contribuiu de forma estimulante para desvendar as possibilidades de análise do tema estudado. Discussões pontuais foram realizadas com a Prof<sup>a</sup>. Dra. Graça Carapinheiro do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa-ISCTE, da Universidade de Lisboa, que oportunizou-me preciosas contribuições sobre o conteúdo e método da pesquisa. Considero relevantes as contribuições do Prof. Dr. Enno Dagoberto Liedke Filho nas diversas vezes em que me socorreu, quando eu abordava dúvidas pontuais, sobre o melhor encaminhamento do assunto e do Prof. Jacques Léon Marre, pela discussão metodológica.

Aos professores, com os quais cursei disciplinas no doutorado, e aos meus colegas de curso, que ouviram tantas versões quantas o amadurecimento de um trabalho exige, meus agradecimentos.

Também considero importante a participação de Janete Cardoso Réos, Ângela Paradiso, Marcos Benedetti, Fernanda Vali Nummer, Gisele Beretta Notti e Cíntia de Oliveira Rukati, bolsistas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e da Pró-reitoria de Pesquisa da UFRGS (Propesq), pela presteza e apoio na coleta de dados. Não poderia deixar de mencionar o CNPQ e a Propesq pelo suporte financeiro, efetivado através das bolsas de iniciação científica e de material de pesquisa.

Meu muito obrigado à Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Netto Machado, pelas valiosas sugestões na discussão do tema, e à Bibliotecária Maria Cristina Bürger, pela orientação quanto às normas da ABNT.

Devo sobretudo um especial agradecimento aos entrevistados e a todos aqueles que possibilitaram meu acesso aos documentos e informações, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho. Especialmente dirijo-me aqui aos que trabalham e aos usuários dos Hospitais Fêmina e Clínicas de Porto Alegre.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	9
-------------------------	---

### Parte I

#### Uma análise sociológica de ouvidorias hospitalares

<b>1 Desvendando o tema da investigação</b> .....	13
1.1 O hospital como instituição de saúde.....	14
1.2 O hospital e o Sistema de Saúde Brasileiro.....	17
1.3 Ouvidoria e sua implantação em hospitais no Brasil.....	22
<b>2 Ouvidorias hospitalares como objeto de conhecimento sociológico: opções teórico-metodológicas</b> .....	29
2.1 O significado da implantação de ouvidorias hospitalares.....	31
2.2 Ouvidoria e estratégias de envolvimento.....	42
2.3 Ouvidoria e estratégias de disciplinamento.....	52
2.4 Ouvidoria e relações de poder: efeitos institucionais e sociais .....	57
2.5 A escolha da metodologia.....	65

### Parte II

#### As ouvidorias hospitalares

O Sistema Único de Saúde e os hospitais em Porto Alegre.....	80
<b>3 O serviço de ouvidoria do Hospital Fêmnia</b> .....	85
3.1 O Hospital voltado ao atendimento da mulher na conjuntura atual.....	85
3.2 1990: o ineditismo da criação de um serviço de ouvidoria hospitalar.....	92
3.3 A implantação do serviço de ouvidoria como micropolítica institucional.....	97
3.3.1 A institucionalização do serviço de ouvidoria.....	107
3.4 A caracterização do serviço de ouvidoria .....	111
3.4.1 As reclamações dos usuários.....	111
3.4.2 Os usuários reclamantes.....	120
3.5 A aplicação como estratégia de envolvimento e o disciplinamento dos usuários reclamantes.....	125
3.6 A adesão como estratégia de envolvimento dos trabalhadores em saúde.....	140
3.6.1 O envolvimento na implantação do programa.....	140
3.6.2 O envolvimento com o trabalho do serviço de ouvidoria.....	144
3.7 O disciplinamento dos trabalhadores em saúde.....	155
3.8 A atuação burocrática do serviço de ouvidoria .....	163
<b>4 O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre</b> .....	173
4.1 O Hospital universitário na conjuntura atual.....	173

4.2 1994: o contexto da decisão de centralizar o acolhimento aos usuários reclamantes.....	181
4.3 A centralização do acolhimento das reclamações no Grupo de Pacientes Externos .....	185
4.3.1 A institucionalização do sistema de ouvidoria .....	192
4.4 A caracterização do sistema de ouvidoria .....	197
4.4.1 As reclamações dos usuários.....	197
4.4.2 Os usuários reclamantes .....	208
4.5 A informação e a aplacação como estratégias de envolvimento e o disciplinamento dos usuários reclamantes.....	214
4.6 A integração passiva como estratégia de envolvimento dos trabalhadores em saúde.....	224
4.6.1 O envolvimento na organização do sistema.....	225
4.6.2 O envolvimento com o trabalho do sistema de ouvidoria.....	229
4.7 O disciplinamento dos trabalhadores em saúde.....	238
4.8 A atuação ineficiente e burocrática do sistema de ouvidoria.....	247
<b>Considerações finais: o impacto da opção por ouvidorias hospitalares.....</b>	<b>259</b>
ANEXO A - Metodologia da pesquisa.....	270
ANEXO B - Hospitais de Porto Alegre.....	294
ANEXO C - Hospital Fêmina.....	295
ANEXO D - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	302
ANEXO E - Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	312
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>313</b>

## **Resumo**

A criação de ouvidorias, em hospitais brasileiros, foi uma prática inovadora instituída na década de noventa. Embora não tenha sido amplamente difundida, verificou-se que alguns hospitais públicos a adotaram como um dispositivo capaz de melhorar a gestão administrativa e, conseqüentemente, os serviços prestados aos usuários. Nos últimos anos, no Brasil, foi implantada uma reforma na área da saúde que resultou na instalação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Foram definidos como seus princípios básicos: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a descentralização, a hierarquização da rede de serviços, a integração das ações de saúde e a participação popular. As ouvidorias hospitalares foram criadas no contexto desta reforma.

Em Porto Alegre, dois hospitais públicos são exemplos da implantação desse tipo de serviço. Este estudo investiga a atuação destas duas ouvidorias hospitalares no período de 1990 a 1998. Analisa os motivos que conduziram os hospitais a escolher este dispositivo de gestão. Argumenta que a ação das ouvidorias caracteriza estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde. Traz à tona o impacto propiciado por suas ações.

A metodologia escolhida consistiu em reconstruir, a partir do levantamento das reclamações dos usuários, o processo de implantação e de funcionamento das ouvidorias hospitalares. A literatura, as entrevistas e os documentos institucionais foram também fontes de informações utilizadas para criar indicadores e demonstrar: 1) as razões que conduziram os hospitais a implantar as ouvidorias; 2) o procedimento que resultou em estratégias de envolvimento e de disciplinamento, tanto dos usuários como dos trabalhadores dos hospitais; e 3) os efeitos institucionais e sociais desta política institucional. Criaram-se categorias para definir os tipos de estratégias observadas.

No caso de dois hospitais públicos de Porto Alegre, é possível afirmar que os motivos da opção por esse dispositivo indicaram: um alinhamento dos hospitais às novas ideologias e técnicas de gerenciamento, uma forma de enfrentamento à crise na área da saúde, e uma incorporação, mesmo que não tenha sido claramente explicitada, das propostas liberais ou reformadoras, difundidas no período de discussão da reformulação do sistema de saúde. As ouvidorias promoveram

estratégias de informação, aplacação e consulta e o disciplinamento dos usuários reclamantes. Promoveram, também, estratégias de integração passiva, adesão e interação e o disciplinamento de seus trabalhadores. A partir da investigação dos dois casos de ouvidorias e da comparação de suas atuações definiram-se três tipos possíveis de ouvidorias hospitalares: ineficiente, burocrática e eficaz.

Analisando as ouvidorias sob o ângulo das relações de poder institucional, constatou-se que atuaram propiciando a manutenção das relações institucionais vigentes, sendo, porém, portadoras de um potencial de transformação da relação entre instituição, usuários e trabalhadores em saúde. A transformação implicaria, principalmente, em ampliar a voz do usuário, promovendo maior equidade nas relações que envolvem o atendimento em saúde. Propiciaria, também, um maior controle dos usuários sobre a qualidade da prestação destes serviços, por parte das instituições públicas.

## **Abstract**

The creation of ombudsman service in Brazilian hospitals is a novel practice established in the 90's. Although it hasn't been broadly diffused, it was seen that some public hospitals adopted it as a tool for improving the management, and, as a consequence, the services provided to the users. In Brazil, during the last few years, a reform in the health area has been implemented, leading to the creation of the Unique Health System (*SUS - Sistema Único de Saúde*). As its basic principles, we have: the universal access to health services, integrality of the assistance; decentralization, hierarchyization of the service network, integration of actions on health, and the public participation. The ombudsman service have been created within this reform context.

In Porto Alegre two public hospitals are examples of the implementation of this kind of service. This study investigates the performance of these two hospital ombudsman service in the period from 1990 to 1998. It analyses the reasons that led these hospitals to choose this type of management. It argues that the action of hospital ombudsman service characterizes the strategies of involvement and disciplining of the health service users and workers. It brings up the impact propitiated by its actions.

Starting from the survey on the users complaints, the chosen methodology has consisted of rebuilding the process of implementation and operation of the hospital ombudsman service. The literature, interviews, and institutional documentation were additional source of information, and have been used to generate indexes and display: 1) the reasons that have led the hospitals to install the hospital ombudsman service; 2) the procedure that has resulted in both health service users and workers strategies of involvement and disciplining; and 3) the institutional and social effects of this institutional policy. Categories were created to determine the patterns of the observed strategies.

Concerning two public hospitals in Porto Alegre, it is possible to state that the reasons for choosing this tool have directed attention to: an alignment of the hospitals towards the new ideologies and management strategies, a manner of facing the crisis in the health area, and an adoption of the liberal and reforming proposals that have been propagated during the period of discussion and reformulation of the health

system. The hospital ombudsman service have promoted information, appeasement and consultation strategies, and the disciplining of the claimant users. They have promoted strategies of passive integration, adhesion and interaction, and the disciplining of the workers as well. From the investigation of these two cases, and the comparison between their performances, three possible types of hospital ombudsman service have been defined: inefficient, bureaucratic, and efficient.

Analyzing the hospital ombudsman service from the aspect of the relations of institutional power it was seen that they had acted propitiating the maintenance of the present institutional relations, although they carry the potential of transforming the relation between institution, health service users, and health workers. The changes would mainly enhance the user's voice, promoting higher equivalence of the relations that involve health providing. They would also propitiate a higher public control over the quality of the service-providing from the public institutions.

## **Introdução**

Ao longo dos anos noventa, novas políticas gerenciais foram implantadas no Brasil por alguns hospitais públicos, resultando na criação de serviços de ouvidoria. A análise de sua instalação desperta vários questionamentos. Que fatos moveram as instituições a criar um serviço deste tipo? Quais os impactos institucionais e sociais do trabalho desencadeado pelo mesmo?

Nas duas últimas décadas, observou-se que o sistema de saúde brasileiro passou por reformas que determinaram o redimensionamento das políticas públicas no âmbito nacional, estadual e municipal, com repercussões nas instituições prestadoras de serviços. Algumas dessas políticas resultaram na criação de serviços de ouvidoria (SO), serviços de atendimento ao cliente (SAC) ou de centrais de atendimento ao usuário (CAU), implantados em alguns órgãos governamentais e em instituições públicas e privadas. Em órgãos governamentais da área da saúde foram instalados em ministérios e secretarias estaduais e municipais. No caso de instituições prestadoras de serviços, constatou-se que hospitais públicos e privados estabeleceram suas próprias políticas gerenciais que, embora internamente definidas, acompanharam as propostas nacionais para a área da saúde.

As ouvidorias hospitalares passaram a acolher as reclamações dos usuários sobre o atendimento prestado. Estas tinham um caráter eminentemente social, pois questionavam situações que remetiam ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao tipo de serviço ofertado pelos hospitais e seus profissionais. Concebendo as reclamações como resultantes de relações sociais, mesmo quando permeadas pela técnica, como é o caso no âmbito médico-hospitalar, buscou-se compreender o significado dessas relações.

Investigamos as repercussões da criação de ouvidorias no âmbito de dois hospitais públicos. O exame dessa prática, a implantação de ouvidorias hospitalares, revelou seu significado no quadro institucional ao estabelecer novas formas de envolvimento e de disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde.

Ao iniciar este trabalho sabíamos que seria explorado um território no qual se mesclam vários tipos de conhecimento sobre a concepção das relações entre instituição, usuários e trabalhadores em saúde, desde o conhecimento alicerçado na evidência dos acontecimentos, no senso comum e nas racionalidades que fazem parte

do discurso médico. Considerando-os formas específicas e legítimas de conhecimento propôs-se construir mais uma explicação, de cunho sociológico, que trouxesse à tona a inserção social do objeto investigado e as características sociais das relações que permeiam a instalação e os processos desencadeados por ouvidorias hospitalares.

A confrontação entre a realidade empírica e a teoria permitiu a construção de explicações preliminares que passaram de provisórias a cada vez mais elaboradas e articuladas com a realidade. A exposição escolhida apresenta o processo investigado de uma forma lógica, através dos elementos que o compõem já organizados, pois a intenção foi torná-lo compreensível ao leitor. A investigação ocorre, na realidade, através de aproximações sucessivas entre a teoria e o empírico, num ir e vir constante.

Dividimos este trabalho em duas partes. Na primeira - **Uma análise sociológica de ouvidorias hospitalares** - expõe-se o objeto de investigação tornando-o assunto de conhecimento sociológico. Sob o título **Desvendando o tema da investigação** introduz-se a noção de hospital como instituição de saúde, inserindo-o na realidade brasileira, buscando-se situar as inovações gerenciais propostas por esta instituição, na década de noventa.

Em **Ouvidorias hospitalares como objeto de conhecimento sociológico: opções teórico-metodológicas** apresentam-se as teorias e as hipóteses que nortearam a investigação. As teorias com as quais dialogou-se contribuíram para elaborar um quadro teórico a partir do qual pudesse ser explicado o fenômeno observado. À luz do mesmo, delinearam-se as hipóteses de trabalho, proposições prováveis, que permitiram o confronto da realidade com uma explicação capaz de sugerir uma visão sociológica do problema investigado. Delineadas as hipóteses foi possível formular as dimensões e as categorias analíticas do estudo. Indicamos, ainda, a metodologia de pesquisa que conduziu a investigação.

Na segunda parte - **Ouvidorias hospitalares** - trazemos à público o resultado da pesquisa, relacionando os hospitais e suas formas de implantar e gerenciar as ouvidorias. Para efetivar esta análise, começa-se descrevendo um panorama do **SUS e dos hospitais em Porto Alegre**, com o intuito de situar os dois hospitais pesquisados num contexto mais amplo. No título **O serviço de ouvidoria do**

**Hospital Fêmeina** expomos a pesquisa realizada neste hospital, voltado ao atendimento da mulher. No título **O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** demonstramos a pesquisa efetuada no hospital universitário.

Sob estes títulos, narra-se a situação dos hospitais na conjuntura atual. Explica-se o significado institucional da criação de ouvidorias e caracterizam-se os sistemas implantados. Analisam-se as estratégias implementadas a partir da atuação das ouvidorias e argumenta-se que estas constituíram-se em estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes e dos trabalhadores em saúde. Desvendam-se ainda os efeitos institucionais, desencadeados através da ouvidoria, enquanto estratégias de poder.

Nas considerações finais sobre - **O impacto da opção por ouvidorias hospitalares** – argumentamos pelas implicações teóricas da opção pela implantação das ouvidorias hospitalares e seus efeitos nas relações institucionais e sociais. Sugerem-se, por fim, algumas proposições para repensar o trabalho de ouvidorias hospitalares.

Parte I

**Uma análise sociológica de ouvidorias hospitalares**

## 1 Desvendando o tema da investigação

Em 1993 entrou-se em contato, pela primeira vez, com a realidade de uma ouvidoria hospitalar quando o Hospital Fêmeina solicitou ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma análise sociológica das reclamações registradas no serviço de ouvidoria, até então inédito no país. A partir desse contato e aceitando realizar o trabalho, teve início a pesquisa (ainda não definida como tese de doutorado). O interesse no tema ampliou-se.

No entanto, com as primeiras leituras teóricas, a intenção de realizar um estudo que explicasse o processo instalado no Hospital Fêmeina, a partir do acolhimento de reclamações dos usuários sobre o tipo de atendimento prestado, fortaleceu-se. A literatura mostrava-se portadora de possíveis explicações da realidade experienciada pelos sujeitos envolvidos.

Mais tarde, em 1997, escolheu-se uma segunda instituição: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre que disponibilizava para os usuários um sistema de ouvidoria, com o intuito de acolher suas queixas sobre os serviços prestados. Esta escolha orientou-se pela possibilidade de realizar uma comparação entre as ouvidorias dos dois hospitais.

O ponto de partida desta pesquisa foi, portanto, o conjunto de reclamações existentes nos setores considerados como serviços ou sistemas<sup>1</sup> de ouvidorias dos hospitais selecionados.

Por outro lado, as leituras indicavam a abrangência e a diversidade do tema, salientando a disseminação de ouvidorias em vários países, em vários campos da sociedade, dentre os quais a saúde, e em várias instituições, no contexto atual. Encontrou-se breves menções à existência de ouvidorias em hospitais na bibliografia examinada.

Sendo um assunto inédito aumentou o interesse na pesquisa e indicou uma primeira questão a ser desvendada: por que hospitais optaram por ouvidorias no Brasil na década de noventa? Para respondê-la privilegiou-se, num primeiro

---

<sup>1</sup> A denominação **serviço de ouvidoria** se aplica ao Hospital Fêmeina e **sistema de ouvidoria** ao Hospital de Clínicas. A definição que os termos assumem no contexto dos hospitais será explicada mais adiante. Ao tratar-se o assunto genericamente, ou para referir os dois hospitais, utilizou-se, preferencialmente, o termo ouvidorias hospitalares.

momento, a reflexão sobre os temas: a instituição hospitalar, o sistema de saúde brasileiro e a instituição ouvidoria, visando traçar os contornos dos quais emergiu a situação concreta analisada.

A seguir trata-se da relação entre esses temas. A exposição foi desdobrada em três partes. Na primeira apresentou-se a história de como o hospital passa a ser concebido como instituição de saúde. Na segunda parte explicitou-se a inserção do mesmo no sistema de saúde brasileiro. Finalmente, relacionou-se hospitais e ouvidorias com as inovações organizacionais, no final deste século, no Brasil.

### **1.1 O hospital como instituição de saúde**

Do ponto de vista da sociologia, argumenta-se que a concepção histórica e social de medicina e de hospital orientam as práticas médicas e hospitalares. Buscar as origens dessas práticas possibilita explicar as transformações pelas quais passou a instituição hospitalar até tornar-se centro do atendimento em saúde, características que assume plenamente nos dias de hoje.

Conforme narrado por Foucault no seu texto *O nascimento do hospital* (1992), até o século XVIII o hospital e a medicina, na Europa, eram práticas diferenciadas. O hospital do período não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar. Isso ocorria devido à concepção de medicina e de hospital da época. Era a medicina da crise e o hospital era destinado a dar os últimos cuidados ao pobre que estava morrendo. O hospital geralmente era uma instituição de caridade mantida por leigos e religiosos que nele trabalhavam.

A medicalização do hospital e a hospitalização da medicina ocorrem a partir do século XVIII através de dois processos: a disciplinarização do espaço hospitalar e o deslocamento da intervenção médica, do consultório para o hospital. Esses dois processos estão na origem do hospital médico. Como observa Foucault, no mesmo texto, o hospital se medicaliza através de uma tecnologia política e não médica: a disciplina. Descreve, minuciosamente, como a aplicação da disciplina deu-se inicialmente nos hospitais marítimos e nos hospitais militares, pois era preciso evitar o tráfico de mercadorias e a deserção de soldados hospitalizados.

A medicina tornou-se hospitalar pela mudança de concepção sobre o seu significado e pelo deslocamento da intervenção médica. A medicina da crise passa a

ser entendida como medicina do meio, ou seja, uma ação do meio sobre o indivíduo, “a doença passa a ser compreendida como um fenômeno natural. Ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta” (p.107). Ao mesmo tempo, passa do consultório para a clínica hospitalar. Clínica é o lugar de formação e transmissão do saber médico, como afirma Foucault em *O nascimento da clínica* (1994). Ocorre, ainda, a transformação no sistema de poder no âmbito do hospital, do pessoal predominantemente religioso para o médico, que torna-se o principal responsável pela organização hospitalar.

A formação de um hospital médico e de uma medicina hospitalar deve-se, portanto, à disciplinarização do espaço hospitalar e também, à transformação do saber e da prática médicas. O hospital vai sofrendo, desta forma, uma profunda reorganização que implica fundamentalmente: 1) em transformá-lo em uma instituição que promova a saúde; 2) na sua organização em um espaço disciplinado; 3) no deslocamento do centro do poder para o médico; 4) em modificá-lo para ser lugar de ensino e aprendizagem da prática médica; e ainda 5) em torná-lo lugar de difusão do discurso médico que fundamenta os saberes e a prática médica.

Prepara-se o hospital para sua inserção na sociedade moderna acompanhando as transformações e as características desta sociedade, dentre as quais cita-se a organização racional e científica que, segundo Weber (1967), penetra nas mais diversas áreas e relações sociais.

Destaque-se que ocorre, paralelamente na sociedade, o avanço da medicina e da administração científicas. Assim, do final do século XIX até a primeira década do século XX configuraram-se as transformações que caracterizam o hospital atual. Fruto da sociedade moderna, algumas características que passam a estruturar o hospital são a industrialização, a racionalização burocrática e a despersonalização. O hospital torna-se assim, progressivamente, uma instituição organizada em moldes industriais, empresariais e burocráticos.

A industrialização e o desenvolvimento da medicina científica propiciaram o surgimento de sofisticada tecnologia que, pelos seus altos custos, passa a ser centralizada nos hospitais. Instituição diferenciada das demais da área da saúde, tanto historicamente como na atualidade, o hospital constitui-se, cada vez mais, num espaço privilegiado de atendimento ao concentrar práticas que favorecem o

desenvolvimento de uma ideologia técnico-científica de assistência, ampliando a industrialização na área da saúde. Desta maneira a hegemonia exercida pelo consultório privado foi deslocada do estatuto de instituição básica desta área para a instituição hospitalar, pela possibilidade de acentuar o processo de concentração e de centralização próprios do capitalismo. Este processo permite a diminuição dos custos de produção da saúde, favorecendo a acumulação capitalista no setor.

Essas transformações criaram a necessidade da administração hospitalar racional fazendo surgir a profissão do administrador hospitalar. Em sua análise sobre a *administração hospitalar*, Trevizan (1988) relembra que, no hospital moderno, o cuidado médico prestado segue os parâmetros de uma instituição empresarial, tal como a fábrica, norteado por normas técnico-científicas e requisitos de racionalidade e de economia organizacional. Os hospitais passam a ser constituídos segundo os princípios da administração, sob a orientação teórica de Taylor e, quanto ao gerenciamento de recursos humanos, sob a orientação de Fayol<sup>2</sup>.

A configuração empresarial do hospital, com traços racionais-burocráticos, leva à despersonalização do paciente, sendo este coisificado como produto final. O hospital corresponde ao tipo racional-burocrático<sup>3</sup>, como foi definido por Weber (1992), apenas parcialmente pois coexistem, neste, dois poderes: do administrador - racional-burocrático - e do médico - carismático. Voltaremos a este assunto na seqüência do trabalho.

Apresentando essas características o hospital mantém-se como espaço privilegiado da disciplina médica, do aprendizado, do treinamento e do exercício da prática médica. Importa ressaltar estes pontos pois a organização hospitalar moderna diferencia-se, portanto, em algumas características fundamentais, de outras instituições empresariais de nossa sociedade. Destaque-se a divisão do poder e o fato

---

<sup>2</sup> Frederik W. Taylor escreveu seu tratado sobre os *Princípios da Administração Científica* no final do século XIX, nos Estados Unidos, propondo os princípios que deveriam nortear a administração de uma empresa, embasado na ciência positiva e racional. Henri Fayol, no começo do século XX na França, elaborou uma teoria para a *Administração Industrial Geral* com ênfase no gerenciamento de recursos humanos, também com base nesta ciência.

<sup>3</sup> Remete-se aqui para a importância de contemplar, na discussão sobre a natureza do hospital enquanto organização burocrática, estudos recentes da sociologia das organizações que auxiliam a entender a natureza das ouvidorias a partir da natureza essencialmente conflituosa e negocial das organizações, como os trabalhos de Friedberg e Crozier apontam (1963, 1977). Na descrição da dinâmica de funcionamento das ouvidorias apontamos para conflitos, negociações, ganhos e perdas e indicamos, aqui, que esta análise será ampliada em trabalhos futuros.

de atenderem seres humanos e não mercadorias, em situações que envolvem a relação saúde-doença.

Ainda no decorrer do século XX, além das mudanças na estrutura organizacional e funcional do hospital, transformações de ordem externa também afetaram-no diretamente. Conforme Trevizan (1988) demonstrou em sua análise, dentre as mudanças de ordem externa podemos enumerar o surgimento de planos de pagamento antecipado pelos serviços hospitalares e maior preocupação dos governos com a qualidade de atendimento, com o financiamento e com a construção de hospitais.

Assim, verifica-se que na construção do hospital como promotor de saúde, a disciplina teve um papel importante. Como instituição que concentra a educação médica e a tecnologia ele passa a ser o local central na prestação de atendimento em saúde, o que conduziu ao modelo hospitalocêntrico, caracterizando-se, também, como um modelo estratificado de atenção à saúde.

Além das determinações mais gerais, acima salientadas, o hospital, como instituição social, deve ser analisado através das especificidades da sociedade no qual está inserido. O tema explanado a seguir situa o hospital no contexto das transformações do sistema de saúde brasileiro, nas duas últimas décadas.

## **1.2 O hospital e o Sistema de Saúde Brasileiro**

A área da saúde no Brasil, durante os anos oitenta e noventa, passou por graves crises e por um processo de reformas que levou a alteração da sua estrutura e funcionamento. A seguir apontam-se aspectos da crise e ressaltam-se propostas, da sociedade política e civil, para a implementação de mudanças na área da saúde. A crise e as propostas foram abordadas a partir de dois momentos: aquele do debate para a transformação do sistema de saúde em um Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o momento de sua instalação e das formas de efetivar as diferentes sugestões. A implantação das mesmas abarcam unidades gestoras, como o sistema nacional, as secretarias estaduais e municipais e as instituições prestadoras de serviços, como os hospitais, por exemplo. Esta última instituição é central, em relação às demais e sobre ela a explanação será mais detalhada.

Em 1980, a crise da previdência social e do sistema de saúde indicava a

necessidade de reformulação destas áreas. Em relação aos hospitais, a crise estava a demonstrar a inviabilidade do modelo de saúde implantado a partir da década de setenta, cuja característica marcante foi a afluência do capital privado na prestação de serviços de saúde e a expansão da cobertura populacional. Ao analisar a *consolidação das formas capitalistas de produção dos serviços de saúde*, verificada no período 70-84, Campos (1988) salienta que o crescimento deste setor deu-se, principalmente, através da contratação de serviços hospitalares privados, pela Previdência Social. Gerou-se assim uma distorção no sistema, tendo em vista que esta expansão não significou um modelo mais equânime de atendimento. Ao contrário, predominava o setor hospitalar contratado pela Previdência, ou seja privado, em detrimento do setor conveniado, público. Ainda segundo este autor, naquele período, os hospitais contratados tornaram-se os principais produtores de atendimento à saúde, tanto pelo volume de sua produção quanto pelo volume de recursos públicos absorvidos. Em período mais recente, como é de conhecimento público, evidenciou-se o peso das fraudes na desestruturação econômica do sistema de saúde no Brasil.

Com a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em 1980, e com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, encontravam-se delineados os princípios que orientariam as propostas de reformulação do sistema da previdência e da saúde. Em relação à área da saúde esses dois programas apresentavam, como sugestão básica, o saneamento e a expansão dos serviços públicos.

Em relação aos hospitais, esses planos procuraram restringir a produção de serviços de saúde por parte do setor contratado, privado, e a recuperação e reestruturação do setor público. Conforme mencionado por Campos (1988), o PREV-SAÚDE propôs limitar o número de consultas médicas no setor de pronto atendimento dos hospitais. O CONASP, completando a intenção do PREV-SAÚDE, indicou substituir o até então vigente sistema de pagamento a médicos e hospitais contratados, realizado através da Unidade de Serviço, ou seja, segundo a produção de atos médicos, pelo sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Nesse novo sistema, o pagamento se daria por patologia tratada ou por procedimento

realizado.

A estratégia denominada Ações Integradas de Saúde (AIS), originada do plano CONASP e formalizada em 1985 por portaria dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e da Educação e Cultura, possibilitou a implantação dos princípios: universalidade no atendimento, integração e equidade da atenção, descentralização das decisões e das ações, regionalização e hierarquização dos serviços e democratização, através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários. Propiciou, também, a contenção dos custos hospitalares e a adoção de medidas de desburocratização entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e o público. Para incrementar a participação do usuário é importante salientar, a partir de informações sobre a estrutura funcional das AIS, colhidas na revista *Espaço para a Saúde*, publicada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO, 1989), que aquelas criaram as Comissões Interinstitucionais de Saúde, nos níveis estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (CLIS). Destaque-se que estes são os princípios que orientarão a criação do SUS, a ser posteriormente formalizada.

A crise que, como vimos, significou uma crise política, do modelo e das políticas de saúde implantadas, econômica, de desequilíbrio financeiro do sistema de saúde, e ético-social, de qualidade de atendimento, de ética profissional e de fraudes no sistema, foi um dos fatores que conduziu a sociedade civil a lutar por reformas mais profundas no sistema de saúde e a propor medidas racionalizadoras.

Delineiam-se claramente duas propostas, entre outras<sup>4</sup>, para alterar o sistema então vigente. Uma, de caráter reformador-sanitarista, referindo racionalização administrativa e eliminação do desperdício, democratização, equidade e universalidade no atendimento à saúde. Outra, de caráter liberal indicando também a racionalização, mas buscando atender à lógica do capital, do mercado e da fórmula custo-benefício. De acordo com a literatura sobre o tema, representada pelos estudos de Campos (1992), Melo (1993), Oliveira e Teixeira (1986), Paim (1989) e Teixeira (1989), entre outros autores, considera-se, no presente trabalho, a primeira proposta de projeto reformador e a segunda de projeto liberal.

---

<sup>4</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos (1992), por exemplo, aponta para a existência de três propostas: o projeto neoliberal, o projeto do SUS e o projeto racionalizador, este último originado nos quadros técnicos da administração pública. Nesta pesquisa considerou-se mais significativas as duas primeiras propostas.

A luta político-ideológica de diferentes setores da sociedade, na área da saúde, expressava-se na avaliação do PREV-SAÚDE, do CONASP e na Assembléia Nacional Constituinte. Os produtores dos serviços de saúde: a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA) defendiam o projeto liberal, criticavam o caráter estatizante e integralizador das ações de saúde, apontando para a marginalização da iniciativa privada e sugeriam medidas racionalizadoras e liberais.

Setores dos trabalhadores e usuários da saúde defendiam a reforma sanitária. Entre estes encontravam-se a Associação Médica Brasileira (AMB), na época expressando o Movimento de Renovação Médica, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Criticavam os planos afirmando que contemplavam apenas o aspecto de racionalização do modelo vigente e não apresentavam políticas de saúde. Salientavam ainda, a necessidade da participação do usuário, apontando criticamente a contenção de gastos governamentais para os setores sociais e o privilegiamento do grande capital na assistência médica.

Tratava-se, pois, de discutir como reverter o modelo de desenvolvimento instaurado após 1964, que resultou em um sistema de saúde onde atuavam, de forma desarticulada, os municípios, os estados, a União através do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social. Esse modelo havia implantado um sistema nacional de saúde que, como parte do modelo autoritário-burocrático instalado no País, descrito por Gallo (1989) e Teixeira (1989), caracterizava-se por: ações sobrepostas e desarticuladas, privatização dos cuidados médicos, centralização de ações; de decisões e de recursos na esfera federal, desvinculação entre as ações preventivas e as de caráter curativo e fragmentação institucional. Além disso como enfatizaram Barros (1995) e Lucchesi (1996) a extrema centralização de decisões na esfera federal havia imposto a exclusão dos usuários na gestão do sistema.

O projeto reformador do sistema de saúde trouxe à tona a rediscussão de várias questões, presentes ao longo da história do setor da saúde no Brasil, explicitadas por Luz em suas *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de*

*transição democrática* (1991). Entre estas encontram-se as propostas que viriam a se constituir nos princípios do SUS: a unificação institucional, a hierarquização, a descentralização dos serviços de saúde e a participação popular. Incorporou a reivindicação de medidas racionalizadoras, mas estas situavam-se na lógica epidemiológica de atendimento das necessidades coletivas, portanto, sociais. Como resultado desse debate emergiu uma indagação de caráter mais amplo sobre a sociedade brasileira, em termos de democracia e de direitos humanos. Expandindo a concepção de saúde enfatiza-se que esta deve contemplar as condições sociais de existência como mencionaram Augusto e Costa (1993).

A proposta liberal procurou garantir a posição da iniciativa privada no processo que implantava a reformulação do sistema. Enfatizava a racionalização, mas dentro da lógica da lucratividade e do mercado. Argumentava pela redução dos custos, no setor saúde, a partir do discurso neo-liberal da diminuição do tamanho do Estado e da privatização das ações de saúde.

A polarização de interesses diversos das forças sociais havia confrontado, também, os dois grupos na arena política da Assembléia Nacional Constituinte. De um lado, encontravam-se as forças reunidas na luta pela reforma sanitária, que apontavam para a democratização na área da saúde, expressão dos interesses dos movimentos sociais e populares. De outro lado, estavam os interesses liberais dos grupos empresariais.

O segundo momento compreendeu a instalação do SUS e as formas de efetivar as diferentes propostas. Este momento, caracterizado por ações no sentido de alterações no Sistema Nacional de Saúde, objetivou-se concretamente nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) (a 8ª em 1986, a 9ª em 1992 e a 10ª CNS em 1996), na Nova Constituição Brasileira, em 1988, e na Lei do SUS, em 1990. Na Constituição Federal é aprovado o SUS, cujos princípios básicos, orientadores das ações e dos serviços na área da saúde, são: a descentralização, o atendimento integral, a hierarquização através de uma rede regionalizada, a universalidade do atendimento e a participação da comunidade (Constituição Federal, 1995, seção II). Estes princípios foram regulamentados em lei e a participação na gestão do SUS passaria a efetivar-se através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, estes com poder deliberativo (Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990).

A partir dessa conjuntura, vêm à tona diferentes proposições para a redefinição dos serviços de saúde com vistas à adequação ao novo processo. Especificamente em relação ao hospital foi sugerido, na 9ª CNS em 1992, que o mesmo passasse a ser “um centro de promoção das ações de saúde e não, apenas um lugar de internação de pessoas doentes” (Czapski, 1992, p. 155). Surgem, também, propostas inovadoras de gestão definidas internamente por alguns hospitais. Uma delas foi a criação de serviços de ouvidoria. No próximo título apresenta-se genericamente o tema ouvidoria para, então, relacioná-lo com as circunstâncias de sua implantação nos hospitais no Brasil.

### **1.3 Ouvidoria e sua implantação em hospitais no Brasil**

O termo ouvidoria é derivado de *ombudsman*, ouvidor. Como informam Amaral Filho, em seu estudo sobre *O ombudsman e o controle da administração* (1993) e Caio Túlio Costa em *O relógio de Pascal* (1991), ao narrar a sua experiência como *ombudsman* da *Folha de São Paulo*, a origem do *ombudsman* encontra-se no século XVI, na Suécia, tendo sido o cargo oficializado na reforma constitucional de 1809. O termo significa “aquele que representa” (Costa, 1991, p. 15).

Segundo esses autores, a denominação definia o funcionário nomeado pelo governo para exercer controle, inicialmente, sobre as autoridades judiciárias e, posteriormente, sobre as administrativas. Atualmente é uma instituição com o objetivo de ouvir as queixas dos cidadãos contra os servidores negligentes e os desmandos da burocracia, sendo identificada com os direitos individuais, e incluída em constituições de diversos países. A expansão dessa instituição foi mais acentuada nas últimas décadas e ocorreu em vários países do mundo, como na própria Suécia, Dinamarca, Noruega, Inglaterra, Canadá, Estados Unidos, França, Portugal, Espanha, entre outros. Nesses países, o *ombudman* foi implantado em setores governamentais e em instituições públicas e privadas.

A figura do *Ombudsman* alastrou-se, também, nos vários campos sociais como o do direito, da administração, da comunicação e no campo da saúde. Na área do Direito, o *Ombudsman* é analisado como um mecanismo democrático de controle da administração, de acesso à justiça e de defensoria popular como mencionado nos

estudos de Asper y Valdés (1990), Chrétien (1983), Edling (1988) e Rodriguez (1982). Na área da Administração ele é salientado, por Amaral Filho (1993) e Leite e Monteiro (1971a, 1971b), como uma forma de agilizar a administração, flexibilizando a burocracia dos sistemas administrativos. Um dos exemplos da prática nesta área, implantada na Prefeitura de Curitiba, encontra-se no artigo *Reclamar? Em Curitiba ficou mais fácil* (1986). Na área da Comunicação, o *Ombudsman* é visto como uma forma de crítica e de controle à atuação da imprensa. Estes aspectos foram ressaltados por Caio Túlio Costa, no já referido livro *O relógio de Pascal* de 1991 e em artigo publicado em 1994. Foram, ainda, mencionados no artigo *Ombudsmam: a crítica à atuação da imprensa no Cadernos de Comunicação Proal* (1977), sem autoria. A instituição foi difundida, também, na América Latina e no Brasil.

No Brasil, há exemplos de ouvidorias em âmbito governamental e institucional. Por ocasião da discussão da Nova Constituição, a Assembléia Nacional Constituinte rejeitou a criação da figura do ouvidor brasileiro. Entretanto, verificou-se a instalação de ouvidorias públicas, governamentais, e de ouvidorias em instituições. Ressalte-se que há diferenças entre a figura jurídica do *Ombudsman*, como é definido internacionalmente e o da Ouvidoria Pública, como foi implantada no Brasil. Estas diferenças foram apontadas pelo primeiro ouvidor da cidade de Curitiba, Manoel Eduardo Gomes (1997), em seu artigo sobre este tema. Dizem respeito à vinculação formal do serviço ao poder legislativo ou executivo, à autonomia funcional e à localização institucional na estrutura administrativa. No Brasil, diferente dos países europeus, as ouvidorias públicas estão constituídas como órgãos do poder executivo, com menos autonomia e criadas para exercer o controle interno da administração pública.

Na década de noventa observou-se, também, que várias instituições brasileiras implantaram o serviço como, por exemplo, universidades, companhias jornalísticas, companhias telefônicas e hospitais. Aproximadamente 15 universidades já haviam implantado o serviço ou estavam em vias de o fazer em 1997 (Lyra, 1997, p. 52). Em companhias jornalísticas é de conhecimento de todos o exemplo da *Folha de São Paulo* (Costa, 1991). Os exemplos de ouvidorias hoje poderiam ser multiplicados, atestando que sua implantação perpassou as mais diversas áreas e

instituições, de bancos (Pinto, 1998) a supermercados (Giangrande, Figueiredo, 1997) e hospitais (Pereira, 1995).

Na área da Saúde, o *Ombudsman* é compreendido como uma possibilidade de defesa de direitos e de proteção administrativa para os pacientes. Esta concepção foi expressa nos artigos de Netting (1992), Price (1993) e nas matérias *De ouvidos abertos* e *O sucesso do Ombudsman*. As duas últimas, de 1991, encontram-se publicadas no jornal *O Grupo* - Órgão Informativo do Grupo Hospitalar Conceição - complexo do qual o Hospital Fêmina faz parte. Nesta área encontrou-se, também, a existência de ouvidorias nos níveis governamentais e institucionais. Foi assim que recorremos às informações existentes sobre ouvidorias governamentais e sobre ouvidorias nas instituições, investigando a possibilidade de funcionar como uma forma de envolvimento e de disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde.

A Inglaterra salienta-se como o exemplo clássico de *Ombudsman* em âmbito governamental ligado à área da saúde. Este país, desde a década de 70, vem criando canais participatórios no Sistema de Saúde, através dos Conselhos Comunitários de Saúde (*Community Health Councils*) e da ampliação do instituto do *Ombudsman*. A origem da idéia de criar um serviço de ouvidoria na área da saúde, na Inglaterra, remonta a 1969. Conforme relatam Leite e Monteiro em *Atenção ombudsman* (1971a), a formalização do cargo do *ombudsman* na administração pública inglesa deu-se em 23 de março de 1967, pelo *Parliamentary Commissioner Act* que, em março de 1969, também criou um comissário especial para a Irlanda do Norte. No mesmo ano foi expresso o propósito de estender essa figura para os níveis locais da administração pública e de incluir, na jurisdição do Comissário Parlamentar, o serviço nacional de saúde.

Em 1973, a Inglaterra reorganizou seu sistema de saúde, introduzindo mudanças - *community health councils* - que ampliaram a participação da população na discussão dos problemas e soluções para a área da saúde. A criação de um canal diferenciado, para receber reclamações dos pacientes, data do mesmo ano, quando da implantação do *British health service ombudsman*, como foi explicitado por Ruth Levitt em *The people's voice in the NHS-community health councils after five years*

(1980, p. 18, 28, 41) e citado na matéria *Ombudsman in a white coat*, publicada em 1995 pelo *British Medical Journal*.

Sua criação foi considerada, na época, medida de impacto, segundo informação colhida em *Ombudsman will rule on clinical complaints*, matéria publicada no mesmo jornal e ano acima citados, mesmo tendo o então Secretário de Estado para Serviços Sociais Sir Keith Joseph, representante do Partido Conservador, deixado fora do âmbito do novo serviço os médicos de família e as reclamações sobre a prática médica. A matéria *Ombudsman in a white coat* relembra que Sir Joseph justificou não incluir o recebimento de queixas sobre a prática médica, declarando que seria intolerável para estes profissionais enfrentar uma multiplicidade de reclamações, através do Conselho Geral de Medicina, sobre procedimentos médicos considerados por eles satisfatórios. Em abril de 1995 novas medidas em relação ao *British health service ombudsman*, adotadas pela Secretária de Saúde Virginia Bottomley, foram consideradas a mais radical extensão do serviço, desde sua implantação 23 anos antes. Estas medidas consistiram na inclusão dos médicos de família e das reclamações médicas no âmbito de ação do *ombudsman*, que até então estava limitado a investigar reclamações administrativas.

O caso da Inglaterra é um exemplo de um sistema de ouvidoria na área da saúde e em âmbito governamental. Esta pesquisa, situando-se em âmbito institucional, não dispensa, porém, este exemplo como apoio teórico, pois além de destacarem-se os aspectos disciplinares e de participação dos usuários do serviço de ouvidoria inglês, esse país apresenta um sistema de saúde universalizado e considerado, internacionalmente, dos mais organizados.

No Brasil, a implantação de ouvidorias na área da saúde ocorreu em âmbito governamental e também institucional. Está associada à crise e às transformações verificadas nesta área na década de noventa, pois as circunstâncias tornaram favoráveis, como vimos, propostas que indicaram a participação e o controle do cidadão sobre as atividades de prestação de serviços de saúde, assim como medidas de desburocratização. Estes princípios foram inseridos na Constituição Federal, em 1988, e na lei do SUS, em 1990. Em 1996, a 10ª CNS (Conferência Nacional de Saúde, 1997) emitiu parecer favorável à implantação de Ouvidorias no SUS, parecer que foi incluído no Relatório Final. Neste relatório lê-se que: “Os conselhos e

Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação”. Entre esses mecanismos incluem-se: “Ouvidorias e serviços Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde” (p. 35) e “Os Gestores do SUS devem agilizar a criação das carreiras de Auditor em Saúde, bem como de Ouvidor Público Hospitalar” (p. 56)<sup>5</sup>.

Nessa década, ouvidorias foram reativadas ou implantadas nas estruturas administrativas públicas. Em âmbito do governo federal foi criado o programa chamado Disque Saúde, junto ao Ministério da Saúde. Nos níveis estaduais e municipais constatou-se serviços de ouvidoria na Prefeitura de Curitiba e no governo do Estado do Paraná. Estes abarcaram as secretarias estaduais e municipais da saúde, atingindo também as instituições prestadoras de serviços. Esse programa e serviços foram criados para receber denúncias sobre problemas relativos ao atendimento à saúde da população<sup>6</sup>.

Alguns hospitais redefiniram suas práticas institucionais adotando novas formas de gerenciamento. Nas últimas décadas o hospital tornou-se, como vimos, figura central no sistema de saúde brasileiro para a prestação de serviços de atendimento à população, tanto que enfatizou-se o modelo hospitalocêntrico como característica deste sistema. O atendimento hospitalar é realizado por dois tipos de hospitais; os públicos e os privados, sendo estes últimos em grande maioria. Nos dois tipos de hospitais verificou-se, na década de noventa, acentuarem-se as características empresariais.

Observou-se, por exemplo, alguns hospitais privados assumirem gradativamente formas de gestão similares as de uma empresa com fins lucrativos.

---

<sup>5</sup> É importante definir o lugar da ouvidoria na proposta dos reformadores, de controle social sobre o SUS. Por estarem implantadas dentro da estrutura administrativa do hospital as ouvidorias têm como característica atender a demanda dos usuários. Nesse sentido são auxiliares na gestão de atenção à saúde. Tal mecanismo se diferencia dos conselhos - principal elemento estratégico de controle social para os reformistas - ao colaborar para a avaliação de serviços prestados, ao invés de atuar sobre o processo de decisão sobre como e qual tipo de atenção a ser oferecido. A ouvidoria não tem como pressuposto a organização prévia de usuários e a escolha de representantes que expressem sua discordância ou suas proposições. Por isso, nesses casos, não existe a possibilidade de participação do usuário, no sentido de tomar parte do processo de decisão política, como será argumentado ao definirmos, mais adiante, os conceitos de envolvimento e participação. No entanto eles podem vir a contemplar os setores mais frágeis da população, que sequer dispõem dos canais organizados de expressão política.

<sup>6</sup> A primeira ouvidoria pública do país foi instituída em Curitiba, em 1986. Desativada após dois anos de funcionamento volta a ser ativada em nível estadual, no Paraná, em 1991. O projeto Disque-Saúde do governo federal, proposto em 1993, passa a funcionar, efetivamente, em 1997.

As modificações que reorganizaram estes hospitais deram-se em termos de opção por um modelo de autonomia de recursos, frente ao sistema de saúde, através da utilização, em larga escala, de uma forma de assistência que proliferou, no Brasil, nos últimos anos: os Planos de Assistência Privada. Os convênios, como são chamados, tornaram-se uma opção para as camadas médias da população. Esta faixa procurava não submeter-se à demora em conseguir atendimento através do SUS, mas também não tinha condições de pagar pelo atendimento particular. Assim, os hospitais privados passaram a oferecer atendimento, principalmente, através de convênios e de pagamento direto. Embora muitos deles sejam cadastrados junto ao SUS e ofereçam parte de seus leitos para o mesmo, atendem, principalmente, os pacientes particulares e conveniados por outros planos de saúde. Porém, a maior parte do financiamento desses hospitais continua vindo do SUS, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Ao mesmo tempo, os hospitais privados implantam programas para a qualidade total e tornam-se exemplares na qualidade de atendimento. Veja-se, em Porto Alegre, os exemplos dos Hospitais Moinhos de Vento, Mãe de Deus e Santa Casa de Misericórdia.

Por sua vez, alguns hospitais públicos, devido às precárias condições em que se encontravam passaram, também, a procurar alternativas para superar as dificuldades econômicas e manter uma qualidade de atendimento compatível com sua qualidade tecnológica, visto que alguns destes hospitais contam com a mais alta tecnologia no campo da saúde. Para tanto, utilizaram fórmulas similares às da iniciativa privada como a implantação de programas para a qualidade total.

Inovaram, porém, implantando outras estratégias, como os exemplos de ouvidorias hospitalares indicam. Estas foram inseridas na estrutura hospitalar, em alguns casos, ao mesmo tempo que os programas de qualidade total, mas não de forma tão generalizada quanto os últimos. Em instituições de saúde, como hospitais, um serviço de ouvidoria foi instalado, inicialmente no Hospital Fêmeina de Porto Alegre em 1990 e, mais tarde, estendido para todo o Grupo Hospitalar Conceição, do qual o primeiro faz parte. Em Porto Alegre, também foi estruturado um sistema de ouvidoria no Hospital de Clínicas, em 1994. Outros hospitais públicos do país implantaram o serviço, como os hospitais de Clínicas de São Paulo, em 1994,

universitário de Londrina, em 1992 e Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte, em 1995, entre outros<sup>7</sup>.

Resumindo, ressalte-se que ouvidorias, na área da saúde e em hospitais, relacionam-se com a defesa de direitos e de proteção administrativa para os pacientes, mas as razões de sua implantação e as práticas desencadeadas variam a partir de diferentes concepções.

Revelam-se, agora, os pressupostos mais gerais que a pergunta inicial formulada, sob o título **desvendando o objeto de investigação**, indicou. A opção dos hospitais em implantar ouvidorias, no Brasil, na década de noventa, foi originada por, pelo menos, três motivos. Primeiro, como forma de enfrentar a crise da área da saúde, que conduziu à reformulação nas relações entre o sistema de saúde então vigente e os hospitais públicos e privados. Segundo, de forma não claramente definida, como resposta às propostas liberais ou reformadoras, aos princípios constitucionais e àqueles indicados pela reforma do SUS, visando tornar a gestão mais flexível, menos formal e menos burocrática, voltada para a participação e o controle dos usuários sobre o sistema. E terceiro, devido à incorporação de novas ideologias e técnicas de gerenciamento, dentre as quais inclui-se a própria ouvidoria hospitalar.

Esses pressupostos, de caráter mais geral, não informam, porém, sobre as razões específicas pelas quais hospitais implantaram serviços de ouvidorias. Tampouco indicam as potencialidades institucionais desses serviços. Como determinações mais gerais, só podem ser vislumbradas através de suas múltiplas relações e determinações concretas. Foi necessário, assim, pensar num quadro teórico, que possibilitasse explicar questões mais específicas tais como os motivos que levaram dois hospitais públicos a optarem por ouvidorias na década de noventa, em Porto Alegre, e quais os impactos institucionais e sociais desta opção. Este trabalho de construção das relações entre o teórico e o empírico é explanado a seguir.

---

<sup>7</sup> Nestes hospitais, porém, os serviços de ouvidoria pararam de funcionar após breve período de atuação, ou não chegaram a ser implantados, apesar da intenção em fazê-lo, como o de Alagoas, em 1992. Este tema será novamente abordado mais adiante.

## **2 Ouvidorias hospitalares como objeto de conhecimento sociológico: opções teórico-metodológicas**

Tendo presente o contexto histórico e social em que ocorreu a instalação de ouvidorias hospitalares no Brasil e informados de suas potencialidades mais gerais, defesa dos direitos do cidadão, delineiam-se, a seguir, as determinações e relações mais concretas que fizeram com que dois hospitais públicos portoalegrenses decidissem por sua implantação. Pelo ineditismo na abordagem do tema foi necessário estabelecer, inicialmente, duas premissas que orientaram a explicação do fenômeno investigado.

Uma delas diz respeito à ouvidoria hospitalar como um dispositivo institucional criado para acolher as reclamações dos usuários sobre o atendimento prestado por uma instituição. O termo dispositivo é empregado de forma genérica aplicado à criação de mecanismos através dos quais as instituições hospitalares efetivam ações no intuito de redefinir, alterar ou reforçar aspectos da sua realidade do dia-a-dia. De acordo com Foucault, dispositivo inclui “os discursos, as instituições, as disposições arquitetônicas, os regulamentos, as leis, as medidas administrativas, os enunciados científicos, as proposições filosóficas, a moralidade, a filantropia”, ou seja, “trata das relações de força que suportam tipos de saber e vice-versa”<sup>8</sup>.

Na área da saúde, se enquadram nesta definição medidas institucionais tais como grupos de discussão de problemas, cursos, treinamentos, entre outros, como foi salientado por Campos em seu *ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde* (1998a). Sua utilização no SUS foi analisada em estudos concretos. Um deles, *Promovendo a equidade*, realizado por Kadt e Tasca (1993) remete para a introdução de um novo sistema de definição, delimitação geográfica e gerenciamento de um distrito sanitário, em Pau da Lima, distrito de Salvador, na Bahia. Neste, o dispositivo utilizado foi o envolvimento mais amplo possível de profissionais e da comunidade na discussão dos problemas de saúde da área e o treinamento de agentes de saúde: os visitantes sanitários (p. 65).

---

<sup>8</sup> FOUCAULT apud DREYFUS, Hubert, RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, p. 134, 1995. 299 p.

Outro exemplo é a experiência do município de Piracicaba, São Paulo, relatada por Luiz Carlos Cecílio, quando a equipe do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Universidade de Campinas (Unicamp), com o objetivo de *avaliar a qualidade e a gestão descentralizada na rede básica de saúde* daquele município, utilizou como dispositivo uma intensa discussão com a gerência de suas unidades. Em hospitais foi relatada, pelo mesmo autor, a experiência levada a efeito pelo *projeto em defesa da vida na Santa Casa de Misericórdia do Pará*, cujo dispositivo foi a construção conjunta de um modelo alternativo de gestão a ser implantado (1994).

Constatando que em um dos hospitais pesquisados, o Hospital Fêmina, o serviço de ouvidoria faz parte dos programas de fortalecimento intra-institucional, sendo internamente denominado - Ouvidoria Hospitalar (*Ombudsman*) - considerou-se que, como programa institucional, também é um exemplo de dispositivo, no sentido recém definido.

A outra premissa estabelecida concebe as reclamações como resultantes de relações sociais. Assim, buscou-se compreender o significado dessas relações. Através de descobertas teóricas, verificaram-se as primeiras aproximações com uma explicação sociológica capaz de juntar os sujeitos e suas histórias, mostrando que a realidade de um é a realidade de muitos e, neste sentido, o problema de uma reclamação, registrada em um serviço de ouvidoria hospitalar, deixa de ser um problema pessoal e passa a ser um problema social.

Ao analisar as reclamações evidenciava-se que ali se instalava um processo peculiar de relacionamento entre instituição, profissionais da saúde e usuários de hospitais. Este relacionamento era conflitante e as formas que os conflitos assumiam remetiam ao tipo e à qualidade de atendimento das áreas e dos profissionais do hospital. Ao acolher as reclamações e ao encaminhá-las internamente as ouvidorias hospitalares desencadeavam estratégias que caracterizaram-se, neste trabalho, como sendo de envolvimento e de disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde, das instituições.

Buscou-se assim analisar a teia de relações sociais e institucionais que se estabeleceram a partir da criação desse instrumento de gestão, tendo como pano de fundo a adesão das instituições às políticas oficiais, constitucionais e de saúde, aos

princípios de implantação do SUS, às propostas reformadora ou liberal e à programas de gestão como os programas de qualidade. Para efetivar a investigação foram construídas três dimensões de análise: **1) o interesse dos hospitais em implantar ouvidorias; 2) o impacto de seu trabalho, destacando as relações institucionais de envolvimento e disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde; e 3) os efeitos institucionais e sociais provocados por sua ação.** A partir destas dimensões definiram-se as categorias analíticas que permitiram explicá-las de forma concreta. Para tanto estabeleceram-se as hipóteses norteadoras do trabalho a ser desenvolvido e construiu-se a metodologia para efetivar a pesquisa de campo. O texto que segue trata destas questões.

## **2.1 O significado da implantação de ouvidorias hospitalares**

Argumentou-se, anteriormente, que os parâmetros mais gerais que implicaram na adoção de ouvidorias, por parte dos hospitais públicos, estão relacionados à crise na área da saúde, à adesão a uma das propostas, reformadora ou liberal e aos princípios do SUS, de democratização e de desburocratização institucional, bem como ao alinhamento das instituições hospitalares brasileiras a novas formas de gestão, como os programas de qualidade e as ouvidorias. Sendo um programa diverso dos programas de qualidade, o conhecimento sobre o significado da implantação de ouvidoria, em instituições hospitalares públicas, precisava ser aprofundado.

Tratava-se de ver, agora, como os parâmetros mais gerais tornavam-se parâmetros mais específicos, isto é, estratégias de gestão institucional. **A primeira dimensão de análise** foi verificar o interesse das instituições em implantar as ouvidorias. Para tal perguntou-se, inicialmente, quais as razões que levaram alguns hospitais, principalmente os públicos, a implantar em sua estrutura um serviço que ouvisse as reclamações dos usuários sobre o atendimento recebido. Estabeleceu-se, como hipótese, que alguns hospitais públicos brasileiros optaram pela criação de ouvidorias como dispositivo de gestão, para realizar uma melhor administração, procurando tomar conhecimento das falhas institucionais e assim avaliar a qualidade do atendimento. A prática desencadeada a partir desta opção vai estar marcada pelas concepções que as instituições e seus profissionais têm sobre prestação dos serviços

em saúde e resultam em ampliar ou minimizar a voz do usuário.

Para elucidar o significado da implantação de ouvidorias, no gerenciamento do setor público hospitalar, recorreu-se à literatura sobre a administração pública em geral e no campo da saúde. Nossa análise centrou-se em três aspectos: 1) as diversas abordagens sobre a administração pública, com enfoque na administração hospitalar; 2) as formas através das quais as instituições podem constatar as suas falhas; e 3) os motivos econômicos, políticos e ético-sociais da opção por ouvidorias. Explicitam-se assim os contornos teóricos que auxiliaram a explicar os motivos específicos que conduziram as instituições pesquisadas a realizar a opção por uma ouvidoria.

Em relação ao primeiro aspecto, Hambleton, analisando a Inglaterra, em artigo de 1988, destacou, como temas de relevância nos debates atuais sobre o gerenciamento do setor público, as noções de *consumismo*, *descentralização* e *democracia local*. Estes temas implicavam em opções de reformas dos serviços públicos e tornaram-se particularmente atrativos para os governos locais britânicos e para o *National Health Service*.

Em relação ao consumismo, esse autor observou que a idéia de se aproximar do consumidor foi enfatizada pelo setor privado, durante a década de 80. A abordagem do consumismo foi a que recebeu, inicialmente, maior atenção do setor público. Mas, como aproximar-se do consumidor implicava, neste setor, ofertar serviços descentralizados, verificou-se que à aproximação do consumidor foram associadas, em muitas localidades inglesas, ações no sentido de, também, estender a democracia em nível local e ampliar o envolvimento dos cidadãos.

Os governos de muitas cidades, na Inglaterra, passaram a interessar-se, em desenvolver novos caminhos para praticar a democracia local e o envolvimento dos cidadãos na tomada de decisão sobre os serviços públicos. De fato a experiência inglesa assim o demonstra, pois inúmeras autoridades municipais combinaram e implementaram as três medidas (Hambleton, 1988).

A contribuição de Hambleton evidencia que o enfoque do consumismo encerra a idéia de “aproximar-se do consumidor”, da “busca da excelência” (p. 126) e foi difundida no setor privado da economia, em nível mundial, nos últimos anos permeando, posteriormente, o setor público. A incorporação dessas idéias, por este setor, deve ser situada no contexto de privatização do setor público, verificado em

vários países, nas últimas décadas.

Essa abordagem propõe como objetivo central a satisfação do cliente, realizando um processo de consulta ao mesmo, através das chamadas pesquisas de mercado, elaboradas com a intenção de conhecer sua opinião. Como resultado há redefinições de práticas empresariais visando a satisfação do cliente. Assim, para averiguar como os serviços são prestados é fundamental, nesta abordagem, obter informações de experiências e percepções dos consumidores. Este processo ocorreu, também, com variantes específicas na sociedade brasileira<sup>9</sup>, quando empresas dos mais diversos ramos de atividade implantaram os programas de qualidade.

Para ilustrar o enfoque do consumismo na área da saúde, Hambleton, no mesmo artigo, cita o relatório do *National Health Service Management Inquiry*, de 1983, presidido por Sir Roy Griffiths, demonstrando interesse na “satisfação do paciente” e na “qualidade do atendimento” (p.127). Esse relatório seria um exemplo da mudança de enfoque: de um, centrado na mobilização do consenso, para outro, baseado no gerenciamento do conflito. Como forma de contrabalançar as pressões do governo central, a população é incentivada a manifestar seu ponto de vista sobre serviços públicos inadequados.

No Brasil, a área da saúde, também foi impregnada por esse pensamento e, em alguns hospitais, está associada à experiência dos programas de qualidade. No que se refere à administração da instituição hospitalar, salienta-se que, historicamente, algumas análises e práticas buscaram inspiração nas Teorias Clássicas da Administração, incorporando, como vimos, os princípios propostos por Taylor e Fayol para efetivar a administração gerencial.

Atualmente, técnicas da qualidade total (QT) e círculos de controle de qualidade (CCQ) são implantados em hospitais e em outras instituições de saúde. Argumentos em favor desta prática foram apresentados no artigo *Os círculos de controle de qualidade e sua utilização em hospitais*, de Rigon (1993) e no seminário, realizado pelo setor hospitalar em Porto Alegre, no ano de 1993, onde foi discutida a qualidade dos hospitais e sugerida, também, a qualidade total. Estas propostas foram

---

<sup>9</sup> Este trabalho analisa dois exemplos de consulta ao usuário realizada, no âmbito hospitalar, através das ouvidorias. Para aprofundamento das especificidades do caso brasileiro, sobre o tema ouvidoria, recomenda-se a leitura de Amaral Filho, 1993; Costa, 1991, 1994; Leite, 1971a, 1971b; Giangrande, 1997; Lyra, 1997 e Ruas, 1993.

divulgadas na imprensa local sob a manchete: *Seminário discute a qualidade dos hospitais*.

As análises que fundamentam estas práticas colocam o indivíduo como cliente e buscam a reorganização da instituição, como se fosse um sistema, a partir da correção de seus pontos de estrangulamento como são, por exemplo, as propostas da *Total Quality Management (TQM)*, explicitadas por Sashkin e Kiser no livro *Gestão da qualidade total na prática* (1994). Pautando-se pelo enfoque do consumismo, visam a satisfação do cliente, e as mudanças nos processos organizacionais têm esse objetivo como fim máximo. Através de pesquisas de opinião são detectadas falhas nos serviços e revistos seus mecanismos de ajustamento. Como decorrência, os hospitais passaram a utilizar o termo cliente, para seus usuários, e a buscar alcançar a sua satisfação nos serviços prestados.

Essa abordagem corresponde, em nosso entender, ao que Winkler, citado por Hambleton, apontou como “modelo de consumismo do tipo supermercado” (p. 128)<sup>10</sup> e se relaciona, em nosso país, ao projeto liberal para a área da saúde. Alguns hospitais que, após passarem por uma crise institucional e aderirem ao Programa da Qualidade Total, argumentaram ser esta uma forma encontrada para melhorar a qualidade e ampliar a assistência e, assim, competir e atuar num mercado diferenciado, de convênios e particular, onde o cliente tem a chance de escolher o serviço<sup>11</sup>.

O modelo do tipo supermercado é fortemente criticado, por alguns autores, dentre os quais Winkler, pois provocaria mudanças na aparência e não na substância da prestação de serviços, afastando o conhecimento da situação real e da estrutura de poder vigente. A crítica de Winkler remete ao fato de que, numa relação de mercado, o consumidor tem, realmente, poder de escolha e esta é pessoal. No caso dos serviços públicos, ao contrário, como prestam atendimento de caráter coletivo, devem prever,

---

<sup>10</sup> A expressão utilizada é “*the supermarket model of consumerism*”, a qual expressa melhor a noção explicitada por WINKLER, F. Consumerism in health care: beyond the supermarket model. *Policy and Politics*. September 1-8, 1987 apud HAMBLETON, Robin. Consumerism, decentralization and local democracy. *Public Administration*. London, The Royal Institute of Public Administration, v. 66, p. 125-147, summer 1988.

<sup>11</sup> Esta afirmação foi feita pelo Sr. Minotto, coordenador do Programa Qualidade Total (PQT), da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, durante sua explanação, por ocasião do 23º “*Benchmarking Concedido*”, em 26 de novembro de 1997. O “*Benchmarking Concedido*” é a apresentação ao público interessado do trabalho realizado e dos resultados alcançados, como forma de divulgar e ganhar a adesão ao programa de qualidade.

em sua estrutura, mecanismos de envolvimento dos seus usuários. Este modelo pode trazer contribuições se adaptado para o setor público. Porém, suas falhas ficaram demonstradas, segundo esse autor, no que diz respeito à redução da disparidade de poder entre usuários e provedores dos serviços públicos, fracassando ao tentar fortalecer a cidadania e o controle local, quanto à tomada de decisão sobre a provisão coletiva dos serviços. A principal objeção à adesão a este enfoque, no setor da saúde, além das acima citadas, é que o enfoque do consumismo trata de relações entre empresas e consumidores e não de direitos dos pacientes.

Temos no Brasil, como alternativa de gerenciamento público, propostas diferentes das recém referidas, apresentando outra concepção de gestão dos serviços de saúde, que também devem ser consideradas. Trabalham com a idéia de radicalizar o processo de descentralização até cada unidade de saúde e até cada equipe multiprofissional, e procuram ampliar a democratização gerencial através da gestão coletiva dos serviços de saúde, com a participação direta da comunidade.

Estas concepções vêm sendo desenvolvidas pela equipe do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), e encontram-se reunidas nos vários trabalhos do professor e médico sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, citados na bibliografia, entre outras publicações. Estão sendo implantadas, através de experiências concretas com assessoria do LAPA, conforme narrado em *Inventando a mudança na saúde*, livro organizado por Luiz Carlos Cecílio (1994). Na mesma concepção insere-se o trabalho descrito em *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*, de Emanuel de Kadt e Renato Tasca (1993).

Essa abordagem, segundo nosso entender, compreende o processo de gestão como forma de descentralização administrativa e possibilidade de desenvolver a democracia local, de acordo com as noções expressas por Hambleton (1988), e se relaciona ao projeto sanitarista de reforma da área da saúde, no período da discussão desta reforma.

O quadro teórico acima detalhado foi construído no intuito de explicar, se a opção dos hospitais por ouvidorias relacionou-se ao enfoque do consumismo e à proposta **liberal** ou, ao enfoque da descentralização e da democratização e à proposta **reformadora**.

O segundo aspecto, sobre o qual centramos nossa análise para desvendar os motivos da opção por ouvidorias hospitalares, trata das formas através das quais as instituições podem constatar as suas falhas. Então, qual pode ser a iniciativa da instituição para verificar suas falhas? Compartilha-se com Hirschman, como exposto em seu livro *Saída, voz e lealdade*, escrito em 1973, a idéia de que, independente do sistema econômico-social em vigor, as instituições estão sujeitas a falhas que podem ser de eficiência, de racionalidade, de legalidade, de ética ou de comportamento funcional. As sociedades podem conviver com uma certa parcela desse funcionamento deficiente mas, para que o mesmo não se amplie, levando à deterioração geral, é preciso forçar os agentes econômicos e sociais a restaurarem seu bom funcionamento.

Segundo esse autor, tratam-se de falhas reparáveis que possibilitam dois tipos de mecanismos de recuperação: um através da concorrência e outro através de mecanismos alternativos. A recuperação através da concorrência é usada em situação de mercado onde há diversidade de preço e qualidade do produto. O cliente pode trocar de empresa e procurar aquela que lhe ofereça mais vantagem. Neste caso, a empresa é obrigada a procurar uma forma de corrigir as causas desta saída. Essa é a opção de saída vista pelo lado do cliente. Os clientes de uma empresa podem também expressar sua insatisfação, diretamente, à direção ou a uma autoridade que a represente ou através de protestos gerais, dirigidos a quem estiver interessado em ouvi-los. Em nosso estudo constatou-se que o canal utilizado pelos usuários dos hospitais para manifestarem sua insatisfação foi, muitas vezes, a imprensa. Mas deste assunto trataremos mais adiante.

Hirschman considera que a instituição, quando não dispõe de mecanismos competitivos ou para complementá-los, pode optar por mecanismos alternativos, como o dar voz ao usuário. Esta escolha é definida como tentativa de modificação da instituição e não de fuga. É utilizada como forma de minimizar o descontentamento de seus usuários. Está relacionada com a tentativa da empresa em articular os diversos interesses, presentes em seu âmbito. Existem situações em que as duas opções podem ser conciliadas. A opção de saída é um mecanismo da economia enquanto a opção pela voz é essencialmente um mecanismo político: “voz é ação política por excelência” (p. 26).

A opção pela voz ocorre, ainda, por vários outros motivos dentre os quais destacam-se, resumindo Hirschman: administrar a incompetência de direções, o abuso de poder e a inépcia burocrática. Atualmente enfatiza-se uma mudança do principal propósito da instituição que procura promover uma melhor administração e corrigir práticas incorretas.

No presente trabalho argumentamos que, quando empresas públicas e privadas optam pela instalação de ouvidorias, o significado desta criação e a forma de atuação dos serviços variam de acordo com as características e os objetivos das instituições. Estes conduzirão a empresa a ampliar ou diminuir a voz dos seus usuários.

Entendemos que minimizar a voz do cliente não se adequaria à prática de uma ouvidoria, quando instalada numa instituição privada e liberal. Isso porque seus princípios orientam-se em função do negócio, da produtividade, do mercado e da competitividade entre as empresas. Devido à livre-concorrência, há a possibilidade do cliente sair em busca de uma empresa com produtos ou atendimento de melhor qualidade.

Estas empresas consideram fundamental não deixar nenhum cliente sem resposta e manter um sistema de controle e acompanhamento dos problemas resolvidos e não resolvidos. A idéia de sempre responder ao cliente foi expressa por Vera Giangrande, a ouvidora do grupo Pão de Açúcar, ao escrever, em 1997, juntamente com José Carlos Figueiredo, *O cliente tem mais do que razão* (p. 69 e 94).

O consumidor é fundamental, do ponto de vista da empresa liberal pois é ele que reativa o ciclo da acumulação capitalista. A relação entre a empresa e seus clientes é baseada numa relação de mercado. A produtividade e a qualidade são os termos norteadores destas empresas. A produtividade é trabalho que deve se efetuar com menores custos, sem retrabalho e sem desperdício. A qualidade é entendida, portanto, como a produção realizada com menos custos e de acordo com o grau de exigência dos clientes da empresa.

Estes princípios estão presentes nos programas de qualidade total. Estes programas prevêm, em seus fundamentos teóricos, que as empresas devem ter um sistema para conhecer as opiniões e as reclamações dos clientes. Segundo o

pensamento empresarial, esta prática - de consulta - seria uma eficiente forma de conhecer seu cliente. Como resultado desta concepção, os cargos de *ombudsman* nas empresas privadas proliferaram nos últimos anos, em muitos casos como consequência da implantação dos programas de qualidade total. Nestas empresas, o *ombudsman* é um dispositivo criado para manter a lealdade e evitar a saída do consumidor.

Para as instituições públicas, a opção por uma política de dar voz ao usuário tem objetivos diferentes daqueles em funcionamento na iniciativa privada. Voltando às contribuições de Hirschman, as instituições públicas, sendo bens públicos, apresentam como características não só o fato de suas atividades estarem à disposição de todos os membros de uma comunidade mas, principalmente, ser a única alternativa de serviços disponível para uma camada da população.

Como não há possibilidade de saída, para parte da população através de mecanismos de mercado, a opção das instituições públicas em abrir um canal para ouvir a voz do usuário é baseado, exclusivamente, em mecanismos políticos e não naqueles associados às leis do mercado. Segundo esse autor, como falar dos bens públicos é falar dos males públicos, a opção por dar voz é um mecanismo político, pois é uma das formas de evitar a deterioração destes serviços, casos em que se incluem a saúde e a educação públicas. Pode acontecer, porém, a voz ficar minimizada, isto é, não se ampliar. Segundo Hirschman “em contraste com a opção de saída, a voz tem um custo e está condicionada ao poder de negociação e à influência de que gozam os fregueses e membros dentro da firma ou da organização” (p. 47). Estas duas características definem que a voz tem papel mais importante em organizações, do que em firmas, já que nas primeiras os membros estão mais substancialmente envolvidos. Definem também que o mecanismo da voz funciona melhor em mercados com poucos compradores, pois estes poderiam se organizar mais facilmente. A combinação não opção de saída e muitos consumidores - como os usuários do SUS - resultaria em enfraquecimento da possibilidade da voz ser ouvida.

O quadro teórico, acima explicitado, sustenta nossas afirmações de que ouvidorias hospitalares são dispositivos que permitem melhorar a gestão administrativa, ao possibilitar o conhecimento das falhas institucionais, e que, sendo públicas, podem atuar de forma mais ou menos democrática, ampliando ou

diminuindo o espaço para a voz dos usuários. Esta atuação encontra-se relacionada ao contexto de não opção de saída e muitos consumidores e com a concepção institucional sobre atendimento em saúde (liberal ou reformadora), na qual a ouvidoria está inserida.

As ouvidorias hospitalares públicas poderão distinguir-se, umas das outras, pela atuação no sentido de ampliar ou minimizar a voz do usuário. Já que para este não há opção de saída e sendo muitos consumidores, a ouvidoria pode, dentro dos limites que as relações institucionais lhe impõem, funcionar de forma a ampliar a voz do usuário e, nesse caso terá um caráter mais democratizante; pode também minimizar sua voz, apenas temporizando suas reclamações tendo, nesse caso um caráter mais liberal e autoritário. Os limites institucionais dizem respeito às relações internas, entre as quais destacou-se o respaldo institucional à ouvidoria, à opção institucional, explícita ou implícita, a uma das propostas para a área da saúde, e à implantação dos princípios do SUS. É sob este ângulo que relacionou-se, neste trabalho, as propostas, liberal ou reformadora, os princípios do SUS e as ouvidorias hospitalares.

Partimos, assim, da concepção de que eleger ouvidorias, como forma de melhorar a gestão administrativa pública, é um mecanismo em princípio democrático, principalmente em se tratando de hospitais públicos onde o usuário não tem condições de saída. Considerou-se necessário, para averiguar este princípio, observar se esta escolha ampliou ou diminuiu, efetivamente, a voz dos usuários destes hospitais.

Para tanto, como terceiro aspecto de nossa análise sobre o porquê da instalação de ouvidorias, como estratégia de gestão hospitalar pública, buscou-se conhecer os motivos ventilados nos argumentos que justificaram a decisão pela instalação das mesmas. Os motivos foram agrupados em **econômicos, políticos e ético-sociais**<sup>12</sup>. Desta forma, ampliou-se a análise sobre o interesse dos hospitais públicos na adoção de ouvidorias. A especificação destas razões teve como alvo

---

<sup>12</sup> Para definir as noções explicativas de ordem política, ético-social e econômica apoiamos-nos em Cecílio e Melo, (Cecílio, 1994, p. 318 e Melo, 1984, p. 14). Estas foram, porém, repensadas e redefinidas para este trabalho. Melo expressa que os diferentes objetivos das instituições, em oportunizar a participação, estão ligados às categorias ética, político-social e econômica, definidos em âmbito internacional, expresso pelo BIT-Bureau International du Travail. *La participation des travailleurs aux décisions dans l'entreprise*. Genève, BIT, 1981. apud: MELO, 1984.

sustentar as hipóteses de trabalho pois unificaram os parâmetros mais gerais e os objetivos específicos institucionais. Estes objetivos não se excluem uns aos outros, encontrando-se mesclados na realidade.

Os motivos de ordem **econômica** remeteram à indagação sobre as formas que os hospitais buscaram para estabilizar economicamente a instituição e racionalizar os custos com a produção de serviços em saúde. Os argumentos, indicando motivos econômicos, em favor da criação das ouvidorias, mencionaram-nas como alternativa para fazer frente à crise na área da saúde, ao possibilitar avaliar a qualidade sem grandes custos ou para aumentar a produtividade. Este objetivo está relacionado à crise nesta área, no nosso país, ocasionando a necessidade dos hospitais públicos procurarem alternativas de adequação ao processo de mudança sem onerar ainda mais essas instituições. As justificativas econômicas foram observadas através das entrevistas e da política de captação de recursos.

Como razões **políticas** agruparam-se aquelas que relacionaram a criação da ouvidoria com: as políticas nacionais de saúde, as propostas para a área e, as políticas institucionais. No primeiro caso os argumentos enfatizaram os princípios do SUS, principalmente de desburocratização e de democratização. No segundo ressaltaram as propostas liberal ou reformadora. Em terceiro lugar explicitaram os serviços de ouvidoria como um programa institucional criado para aumentar a qualidade, a democratização, a desburocratização, como marketing de relacionamento e como forma de representar o cliente. Estas razões estão relacionadas com as políticas nacionais e também com as políticas institucionais, de reavaliar a gestão administrativa, verificando as falhas institucionais.

Verificar estas falhas, através da implantação de medidas democráticas como o “dar voz ao usuário ou cliente”, implica também em desburocratização institucional, pois deve propiciar que o acolhimento das reclamações e a resolução dos problemas relatados seja feito de forma mais ágil. Os motivos políticos foram investigados a partir da implementação, por parte dos hospitais, das propostas reformadora ou liberal, de políticas nacionais de saúde e de políticas institucionais específicas, dentro das quais o próprio programa de ouvidoria se encaixa.

Os motivos **ético-sociais**, presentes nos argumentos que justificaram a importância da instalação das ouvidorias, relacionaram como objetivo desta

implantação os usuários, os clientes, os trabalhadores em saúde e os colaboradores da empresa. Ressaltaram a ouvidoria como um canal aberto para as reclamações ou como um canal de comunicação. Enfatizaram a importância da voz do usuário e do cliente-consumidor e a ouvidoria, como um meio para atingir a satisfação da clientela. Salientaram, ainda, a busca de um trabalho ético-profissional, ao proporem a ouvidoria como forma de avaliar o comportamento funcional dos trabalhadores dos hospitais e para evitar processos judiciais.

Os objetivos de ordem ético-social relacionam-se com as noções de equidade no atendimento às diferentes classes sociais, melhoria do atendimento à população e, em relação aos trabalhadores dos hospitais, controle da ética profissional. Permitem indagar se os hospitais, ao adotarem as ouvidorias, visavam a qualificar o atendimento melhorando a relação entre a instituição e os usuários, entre os empregadores e os trabalhadores da instituição, a diminuir zonas de conflito e qualificar as relações de trabalho.

Estes objetivos foram investigados através do tipo de atendimento ofertado aos usuários resultando em: acesso facilitado, bom acolhimento, presteza e rapidez na execução dos trabalhos, resolução de problemas manifestados pelos usuários e trabalhadores, detectados a partir das entrevistas e das reclamações registradas junto à ouvidoria.

Os motivos de ordem econômica, política e ético-social, apontados nos textos institucionais e nas entrevistas com os profissionais dos hospitais pesquisados, foram analisados a partir deste quadro teórico e das categorias selecionadas.

Agregou-se às informações sobre os motivos da opção pela voz, colhidas na literatura e mencionadas nos documentos e entrevistas, a análise das **estratégias institucionais** promovidas pelas ouvidorias. Esta adição permitiu passarmos da análise das causas de implantação de ouvidorias hospitalares públicas, para a análise das **relações institucionais** desencadeadas através deste dispositivo institucional. Passou-se assim da primeira para a segunda dimensão de análise.

Definimos dois tipos de **estratégias**: aquelas que caracterizaram **relações de envolvimento** e aquelas que implicaram em **relações de disciplinamento** institucional. Definimos como hipótese central, as ouvidorias hospitalares como **estratégias institucionais** que conduzem ao **envolvimento** e ao **disciplinamento** dos

usuários e dos trabalhadores em saúde em hospitais. Argumentamos que quando a ouvidoria foi criada com base na proposta reformadora, explicitando os princípios de democratização institucional, oportunizou a ampliação da voz e o efetivo envolvimento dos usuários e dos trabalhadores dos hospitais, mesmo no contexto de não opção de saída e muitos consumidores. Reforçou as estratégias disciplinares no sentido de enfatizar as noções de equidade e qualidade de atendimento às diferentes classes sociais.

Ao contrário, quando a opção pela ouvidoria se efetivou a partir da proposta e de princípios liberais e autoritários, promoveu estratégias de envolvimento que minimizaram a voz do usuário. No que tange à disciplina atuou como um sistema de poder discreto, invisível, suscetível de controlar os indivíduos, reforçando a disciplina, no sentido de conformação da identidade<sup>13</sup> dos indivíduos aos fins e interesses da instituição. Nesse caso, como observa Maria Assunta Campilongo ao escrever sobre *A noção de sujeito em Michel Foucault*: “o sujeito emerge nas instituições como sujeito de identidades e subjetivações, que passam a atuar sobre o corpo e sua subjetividade, tornando-o um corpo dócil” (1999).

**A segunda dimensão da análise**, explicitada a seguir, consistiu em explicar as implicações das ouvidorias hospitalares como estratégia de gestão que propiciam relações institucionais de **envolvimento** e de **disciplinamento** de usuários e de trabalhadores em saúde. Perguntou-se como a mesma está inserida na realidade hospitalar, quais as relações institucionais que desencadeia e quais são as estratégias que desenvolve. Buscou-se, assim, as contribuições teóricas que fornecessem um quadro de análise para estas questões e a definição das categorias analíticas capazes de dar visibilidade a estas práticas. É o que demonstraremos nos próximos títulos.

## 2.2 Ouvidoria e estratégias de envolvimento

Neste título trabalhamos com a noção de envolvimento. Inicialmente apresenta-se um histórico do tema. A seguir explicitam-se as diferentes abordagens sobre esta noção e as diversas concepções sobre “quem participa”. Assim, definimos

---

<sup>13</sup> A noção de identidade é aqui utilizada no sentido mais genérico do termo, estando mais próximo, porém, da noção de identidade proposta por Foucault que implicam modos de objetivação, tecnologias de poder e de subjetivação, tecnologias de si, possibilitando a transformação dos seres humanos em sujeitos. Ela remete, portanto, à uma concepção mais objetiva e institucional (FOUCAULT apud DREYFUS, 1995. p. 231 e segs).

e justificamos os termos escolhidos para compor este trabalho. Na seqüência estabelecemos as categorias analíticas para verificar como ocorre este envolvimento.

O tema do envolvimento trata dos níveis de participação de cidadãos, de usuários e de trabalhadores nos planos, nas estratégias de desenvolvimento e em instituições. Internacionalmente a discussão, sobre envolvimento do cidadão, ganhou contornos mais definidos durante os anos 50 e 60, quando foi expresso que desenvolvimento significaria mudanças em direção ao Estado do bem-estar social.

Para atingir tal meta, os Estados nacionais deveriam conduzir o desenvolvimento e estimulá-lo através do planejamento, prevendo, inicialmente a participação das massas como produtores e consumidores. O conceito de “massa” foi amplamente utilizado pelas chamadas teorias do desenvolvimento. A idéia de participação em instituições ou projetos era, porém, rejeitada, como informa Marshall Wolfe ao explicar sobre participação da população no desenvolvimento econômico dos países. Esta análise encontra-se explícita em *Participation in economic development. A conceptual framework* (1982).

Segundo esse autor, nos anos 70 emergiram duas concepções opostas de desenvolvimento sugerindo diferentes formas para alcançá-lo. Uma delas enfatizava a participação popular como fundamental para a incorporação de valores como: direitos sociais, equidade, solidariedade humana, criatividade e também para que fossem atingidos procedimentos políticos mais democráticos. A outra concepção reafirmava que o mercado e a lei das vantagens comparativas deveriam determinar a alocação de recursos; o Estado deveria limitar-se a salvaguardar as regras do jogo econômico, tornando possível ao mercado cumprir eficientemente sua função.

Wolfe explicita que na América Latina, no início dos anos 70, um projeto conduzido pelo Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas e a Comissão Econômica para América Latina destacou a participação como central na escolha de um novo estilo de desenvolvimento. Porém, o significado de participação assumiu diferentes ênfases.

Na década de 80, afirma Wolfe, evidenciaram-se os obstáculos aos diferentes estilos e estratégias de desenvolvimento em muitos países, bem como a dificuldade em expandí-lo ao resto do mundo. Com o agravamento da crise econômica e a impossibilidade de promoção do desenvolvimento em muitos países pobres, novas

alternativas de desenvolvimento foram propostas, algumas das quais reafirmaram a participação popular como central nesse processo.

O tema foi colocado na pauta das discussões com maior vigor nos anos recentes, quando foram feitas propostas alternativas de desenvolvimento em âmbito internacional e também no Brasil. A literatura sobre o envolvimento do cidadão enfatiza que essa é uma questão crucial para as democracias modernas.

Em termos internacionais foi decisiva, para a democratização social na área da saúde, a realização da Terceira Conferência Internacional de Saúde, em 1977, em Alma Ata na Rússia. Nesta foi proclamada “saúde para todos no ano 2000 (*Thirtieth World Assembly: Health for All by the year 2000*). Esta democratização repercutiu, também, no Brasil.

Em uma análise sobre o tema da participação, especificamente em relação à esta área, Madel Luz, no já citado artigo de 1991, salienta que, já se falava em participação comunitária, no Brasil, desde os anos 50, estando o tema presente na reforma institucional do setor na década de 60. Atualmente, porém, há um aspecto que diferencia a prática e a conceitualização do fenômeno. A participação popular, proposta por parte do movimento social partidário do projeto reformador, explicitado neste trabalho quando da discussão do SUS, supera a categoria de participação comunitária, própria dos discursos desenvolvimentistas e populistas, apresentando medidas que visem garantir, na prática, a democratização das decisões em termos de planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas e serviços de saúde (Luz, 1991).

Na literatura específica, destacam-se os temas envolvimento, participação e participante, constatando-se grande diversidade de conceitos. Uma primeira discussão explicitava diferentes concepções entre as noções de envolvimento e de participação, apontando para diferentes graus e tipos de envolvimento. Outra discussão se estabelecia em torno de “quem participa”. Estes poderiam ser os consumidores, os cidadãos e os usuários. Muitas vezes era referida a participação popular ou da comunidade<sup>14</sup>.

Definimos o termo envolvimento e quem são os sujeitos participantes do

---

<sup>14</sup> Um trabalho que apresenta um resumo e comentário crítico dessas concepções é *Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado*, de Soraya Cortes (1996).

processo de instalação de ouvidorias hospitalares, para então, estabelecermos as categorias analíticas e os indicadores a fim de demonstrar como ocorre o envolvimento, através das ouvidorias. Deixa-se claro, desde já, que optou-se pelos conceitos de **usuário** e de **trabalhador em saúde**, para definir quem são os sujeitos implicados nas ações desencadeadas por serviços de ouvidorias hospitalares e, de **envolvimento**, para explicar as relações que se estabelecem entre as instituições, os usuários e os trabalhadores dos hospitais. Esta eleição não foi casual. Seus motivos são apresentados a seguir.

Nesta pesquisa, a abordagem sobre envolvimento inclui instituições, usuários e trabalhadores em hospitais. Foi necessário recorrer à temas específicos que tratassem desses atores, pois pretendia-se explicar como as instituições hospitalares promovem o envolvimento de usuários e de trabalhadores através de ouvidorias. Assim, para explicar o envolvimento dos usuários, procurou-se conhecer os estudos sobre participação e envolvimento, que tratam do tema tendo como referência os cidadãos. Já a análise do envolvimento dos trabalhadores nas instituições, fundamentou-se, criticamente, nas teorias da administração.

Para analisar o envolvimento do cidadão, conta-se com a contribuição de vários autores que discutem teoricamente e definem o significado e limites deste envolvimento, abordando-o, também, na área e no planejamento em saúde. Alguns deles apontam as dificuldades em definir os termos envolvimento e participação. Utilizam-nos de forma diferenciada, ou como sinônimos<sup>15</sup>.

Discutindo sobre envolvimento e participação de cidadãos, alguns autores, como Langton (1979), afirmam que envolvimento é um tipo de participação do cidadão<sup>16</sup>, enquanto outros, como Lee e Mills, afirmam que participação é uma forma

---

<sup>15</sup> Nos Estados Unidos, alguns desses estudos foram realizados com o objetivo, de discutir teoricamente e explicar a participação do cidadão em programas sociais, como renovação urbana, modelos de cidades e anti-pobreza, a partir dos quais foi construída uma tipologia da participação, como, por exemplo, os trabalhos de Arnstein, *A ladder of citizen participation*, 1969 e de Langton, *Citizen participation in America*, em 1979. Estes temas foram, também discutidos em *Consumer attitudes and participation in state welfare*, pesquisa nacional sobre satisfação, atitudes dos consumidores e participação nas áreas de saúde, educação e previdência concretizada na Austrália por Papadakis e Taylor-Gooby em 1987. Sobre envolvimento na área da saúde, na Inglaterra, referimos *Policy-making and planning in the health sector*, trabalho de Lee e Mills escrito em 1985.

<sup>16</sup> “Citizen participation includes a variety of activities in which control may rest with either citizens ou state, or it may be equally shared. Citizen involvement can be considered as a variety of citizen participation characterized by state control of the process of participation” (Langton 1979, p. 21).

de envolvimento<sup>17</sup>. Para Langton o termo genérico é participação; para Lee e Mills, o termo genérico é envolvimento.

Em nosso estudo optamos pelo conceito de **envolvimento**, e não de participação, diferenciando-se estes termos, para explicar as relações institucionais que envolvem **os hospitais** e os **usuários**. O termo envolvimento foi considerado mais genérico que o de participação, pois este inclui uma variedade de formas de relacionamento entre instituições e usuários que podem ser de consulta, informação, negociação e participação, entre outras. No estudo de ouvidorias o conceito de envolvimento é mais adequado, pois participação é uma forma específica de envolvimento. Esta consiste em que representantes de grupos de interesses diversos tomem parte ativamente no processo de decisão sobre ações que vão afetá-los diretamente (Lee e Mills, 1985). A participação não se aplica nos casos de ouvidorias hospitalares, pois como foi argumentado anteriormente, há muitos consumidores, estes não estão organizados e não há um representante de seus interesses junto a um fórum instuído para fazer valer esta representação.

No que se refere aos trabalhadores em instituições, embora o termo envolvimento seja utilizado por teóricos da administração e por empresários, nesse campo o conceito comumente empregado é o de participação<sup>18</sup>.

Em relação aos trabalhadores assumiu-se a mesma concepção genérica do termo **envolvimento** para analisar as relações entre as **instituições** e **os trabalhadores em saúde**. Justifica-se essa escolha através de dois argumentos: primeiro, por considerar, concordando com Cecílio (1994, p. 311) e Melo (1984, p. 17), que muitas das formas que as teorias da administração chama de participação ocorrem sem a efetiva distribuição de poder. Em segundo lugar, optou-se em manter a mesma categoria e a mesma denominação - **envolvimento** - para analisar a relação dos hospitais pesquisados com os seus trabalhadores e com os usuários.

A discussão sobre “quem” são aqueles que participam, em fóruns instuídos na área da saúde (governos, ministérios, secretarias, conselhos, comissões, comitês,

---

<sup>17</sup> “It should be noted that this terminology does not follow those writes for whom, for instance, participation is the generic term, and consultation a form of participation. Rather, both are used in this chapter as forms of involvement” (Lee e Mills, 1985, p. 129).

<sup>18</sup> Para conhecer o emprego do conceito de participação nas empresas, indicamos os trabalhos de Melo (1984), Mendonça (1987) e Motta (1981, 1991).

diretorias de hospitais), aponta para grupos de interesses diversos. Estes grupos seriam compostos por um lado, pelas autoridades da área, a quem compete a elaboração e a implantação das políticas de saúde, como governo, ministros, administradores de serviços públicos e de serviços privados e diretores das áreas administrativa e médica de hospitais. Por outro lado os grupos representariam a comunidade, os profissionais de saúde e os trabalhadores auxiliares. Estes foram os grupos referidos por Lee e Mills em seu estudo sobre *Policy-making and planning in the health sector*, realizado na Inglaterra.

Em nosso trabalho destacamos, como grupos com interesses diversos, embora complementares, as **instituições**, os **usuários** e os **trabalhadores em saúde**. Sobre estes centramos nossa análise para estudar os processos de envolvimento e de disciplinamento desencadeados através de uma ouvidoria hospitalar.

Em relação aos usuários, estudos distinguem os conceitos de participação popular, da comunidade, do cidadão, do consumidor e do usuário, para definir “quem participa” ou é envolvido como foi destacado por Soraya Cortes (1996) e Hambleton, (1988). Isto deve-se ao fato de que diferentes orientações teórico-políticas criam propostas de participação e concebem o participante de formas diversas. O termo **usuário** foi escolhido neste trabalho, pois é comumente referido a um grupo particular de pessoas que usam algum serviço específico (Cortes, 1996).

Quanto aos trabalhadores, autores das teorias da administração diferenciam níveis, graus, atores, formas e tipos de participação. Ao definirem os atores da participação utilizam como sinônimos, ou não, os termos trabalhadores, empregados, funcionários, e mais recentemente colaboradores. O termo **trabalhador em saúde** foi selecionado a partir da concepção de sua inserção no processo de trabalho e nas relações de produção que caracterizam o trabalho no hospital<sup>19</sup>. Este processo, à semelhança da fábrica, rotiniza a produção visando à produtividade, divide o trabalho e hierarquiza o poder. Os profissionais nos hospitais estão distribuídos em vários níveis hierárquicos tais como médicos-professores, contratados e residentes. Médicos em geral estão em hierarquia superior aos demais profissionais. Há ainda enfermeiros professores, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Funcionários administrativos estão hierarquizados através de cargos de chefias e postos de

trabalho. Afirma-se que não há um hospital, mas vários hospitais: o hospital dos médicos, o hospital da equipe de enfermagem, o hospital dos administrativos (Carapinheiro, 1998; Goffman, 1987).

Como forma de envolvimento do cidadão, é importante ressaltar que serviços de ouvidoria foram mencionados, na literatura internacional, como uma possibilidade de o cidadão ser ouvido em suas reclamações acerca dos serviços prestados nos, já referidos, estudos de Arnstein (1969), Langton (1979), Papadakis e Taylor-Gooby (1987). Foram citados, como forma de envolvimento do cidadão, pois são canais que oportunizam ouvir sua voz sobre a qualidade dos serviços prestados. Papadakis e Taylor-Gooby salientam *ombudsman* como exemplo de canal de reclamação, ao lado de outros, como quadro de queixas e departamento de informação ao cidadão. Langton, analisando este tema nos Estados Unidos, observa que algumas centenas de comunidades utilizam diferentes tipos de *ombudsmen programs* para assistir e envolver os cidadãos.

No Brasil contam-se com várias discussões sobre participação na área da saúde<sup>20</sup>. Os estudos recentemente realizados pelo Laboratório de Planejamento e Administração-LAPA, da Unicamp, debatem o tema, incluindo estudos em hospitais, Cecílio (1994). Estes estudos não abordam o tema ouvidoria. Também não há referências que aproximem ouvidorias a hospitais e a estratégias de envolvimento e disciplinamento. Tampouco elaboram, com exceção de Cortes, tipologias sobre participação. Fornecem, entretanto, elementos para refletir e construir categorias de análise que permitam explicar a ouvidoria como possibilidade de envolvimento de usuários e de trabalhadores em serviços de saúde.

Destacando portanto, como envolvidos nas estratégias de ação das ouvidorias, os usuários e os trabalhadores em saúde, trata-se, a seguir, de explicitar a construção das categorias analíticas<sup>21</sup> para explicar, depois, como se efetiva o envolvimento sobre estes sujeitos sociais.

---

<sup>19</sup> Para aprofundamento do tema sugere-se as leituras de Carapinheiro (1998), Pires (1988), Pitta (1991) e Trevizan (1988).

<sup>20</sup> Indica-se como exemplos dessa discussão Campos (1992), Cecílio (1994), Cortes (1995), Giacomini (1992), Jacobi (1992), Kadat e Tasca (1993) e Santos e Carvalho (1992).

<sup>21</sup> As tipologias que permitiram pensar esta construção são originárias dos temas de participação do cidadão e de participação dos trabalhadores (a última tipologia, no caso das teorias da administração). Foram, porém, repensadas criticamente e reconstruídas em termos de envolvimento de usuários e de trabalhadores, a partir de ouvidorias hospitalares.

Argumentamos que as ouvidorias propiciam uma ação de envolvimento, isto é, potencializam as relações institucionais entre usuários e os serviços hospitalares e entre os hospitais e os trabalhadores em saúde. Ao acolher as reclamações, os hospitais passam a envolver os reclamantes oportunizando que, através de sua voz, exerça-se um controle público da qualidade dos serviços prestados. Envolver, aqui, significa ouvir o interesse dos diversos grupos sociais, em inter-relação no espaço hospitalar, quando a instituição recebe reclamações de usuários. O serviço de ouvidoria é um dispositivo que favorece este envolvimento.

Nesta pesquisa foi considerado que houve envolvimento quando a partir do acolhimento das reclamações dos usuários é tecida, pela instituição através da ouvidoria, uma rede de relacionamentos que implicam, em relação aos **usuários**, ouvir sua voz com o sentido de **informação**, **aplação** ou **consulta** e em relação aos **trabalhadores em saúde**, implementar estratégias que favoreçam sua **integração passiva**, **adesão** ou **interação** em relação aos projetos institucionais que criaram este serviço. Estas foram as categorias definidas, como passaremos a descrever.

Para explicar a relação entre ouvidorias e níveis de **envolvimento de usuários**, definiram-se como explicativas as categorias de **informação**, **aplação** e **consulta**<sup>22</sup>. Estas tratam da acolhida ao usuário e da resposta institucional ao reclamante. Nestes casos a instituição recebe o usuário e suas queixas e opiniões são ouvidas.

A **informação** se efetiva quando a instituição absorve as reclamações como forma de ter ciência dos problemas e falhas, consideradas como eventuais. Estas falhas são explicadas ao usuário na tentativa de desestimulá-lo de registrar sua queixa. Informa, também, os usuários sobre seus direitos, responsabilidades e opções em fazer uma reclamação. Quando registradas, as mesmas são encaminhadas, mas

---

<sup>22</sup> Categorias elaboradas com base em Arnstein (1969), Cortes (1995) e Lee, Mills (1985). Arnstein define os graus de envolvimento do cidadão, classificando-os em termos de não-participação (manipulação e terapia); *tokenism* (informação, consulta e aplação) e poder do cidadão (parceria, delegação de poder e controle do cidadão) (Arnstein, 1969, p. 217). No Brasil, conta-se, com o estudo de Cortes (1995) propondo uma tipologia das formas de participação do usuário no SUS. O estudo versa sobre a participação do usuário nas Comissões Municipais de Saúde, na cidade de Porto Alegre. Embora tratando de outro fórum de análise, a participação do usuário na rede municipal de serviços, e não em instituições hospitalares, permite um contraponto com o presente trabalho. A tipologia proposta é de não-participação, manipulação, delegação, negociação e participação (Cortes, 1995, p. 45). Lee e Mills explicitam tipos de envolvimento, sendo estes de colaboração, participação, consulta e negociação (Lee, Mills, 1985, p. 129).

nem sempre são investigadas. Não há respostas ao usuário.

O envolvimento se realiza sob a forma de **aplacação** quando o usuário é ouvido e as reclamações são investigadas. Porém, o encaminhamento das investigações e das respostas é realizado de forma burocrática. Para as chefias são repassadas fotocópias das reclamações dos usuários e solicitadas investigações. As respostas dos profissionais, à ouvidoria, tratam da justificativa dos procedimentos técnicos e do relato da aplicação de dispositivos legais disciplinares, no caso de condutas dos profissionais. Ao usuário, são repassadas, de forma burocrática, cópias das respostas das chefias e dos profissionais<sup>23</sup>.

O envolvimento é do tipo **consulta** quando a instituição assegura aos usuários o direito à voz. Neste caso, as reclamações e opiniões dos usuários são ouvidas e investigadas. Agindo com a intenção de consulta a ouvidoria amplia realmente a voz do usuário, pois suas reclamações resultam em efetivas modificações nas formas de relacionamento, nas rotinas e procedimentos institucionais, quando constatada a falha no atendimento ao usuário. As reclamações são, também, levadas em conta nas decisões administrativas no que se refere à melhoria da prestação dos serviços ofertados pela instituição. Há resposta qualificada ao usuário e esta consiste em informá-lo sobre as providências tomadas para solucionar os problemas detectados, reafirmando que o serviço de ouvidoria existe para defender seus direitos de cidadão.

As estratégias de **envolvimento dos trabalhadores em saúde**<sup>24</sup>, pelas ouvidorias dos hospitais pesquisados, foram analisados em dois níveis. No primeiro,

---

<sup>23</sup> A atividade burocrática, em si mesma necessária para o funcionamento das instituições, torna-se um impecilho quando burocratizada em excesso. No caso das ouvidorias hospitalares receber e encaminhar as reclamações foi considerada uma atividade negativamente burocrática quando aquelas foram repassadas mecanicamente, sem serem avaliadas e analisadas pelas ouvidorias.

<sup>24</sup> Quanto ao envolvimento de trabalhadores em instituições, pode-se dizer que as instituições, ao adotarem determinadas teorias da administração, estão, também, concebendo formas específicas de relação com os trabalhadores. A concepção que a instituição tem de participação vai explicar o processo por ela desencadeado, evidenciando quem são os sujeitos e as formas de interação (Mendonça, 1987). Segundo Melo (1984), há formas institucionalizadas e não-institucionalizadas através das quais as instituições procuram regular conflitos. Nesta última, a regulação de conflitos é feita através de procedimentos cujos objetivos nem sempre estão explícitos, sendo empregada, comumente por empresas brasileiras e traduzidas em diversos mecanismos de participação, incluindo exemplos da gerência participativa (Melo, 1984, Ruas, 1993). Há consenso, na área da administração, sobre dois tipos de participação: direta e indireta. A participação direta é a democratização da gerência em nível da tarefa. Nesta estão incluídas técnicas do “modelo japonês”, como os círculos de controle de qualidade. A participação indireta contempla a democratização da organização, manifestando-se nas formas de co-gestão e auto-gestão (Motta, 1981 e 1991; Mendonça, 1987). Nesta área, contam-se com tipologias genéricas, construídas pelas teorias da administração referidas por Melo (1984), Mendonça (1987) e Motta (1991).

verificou-se o envolvimento dos trabalhadores e chefias<sup>25</sup> na implantação do programa - ouvidoria hospitalar. No segundo, indagou-se sobre o envolvimento dos trabalhadores e chefias no processo de investigação, análise e resposta às reclamações, desencadeado pelas ouvidorias hospitalares.

Para explicar a relação entre ouvidorias e envolvimento de trabalhadores, nos dois níveis, explicitaram-se as categorias de **integração passiva**, **adesão** e **interação**<sup>26</sup>. A **integração** se verifica quando os trabalhadores são envolvidos de forma **passiva** e não crítica nos objetivos da instituição, ao implantar uma ouvidoria hospitalar, conformando-se às normas e valores propostos pelo grupo que detém o poder. Esse nível de envolvimento ocorre quando os trabalhadores e chefias, dos hospitais pesquisados, apenas recebem uma comunicação, por parte da instituição, de que foi criada uma ouvidoria. Ocorre, também, quando os trabalhadores, e chefias, não cumprem as normas de investigação e respostas solicitadas pelo serviço de ouvidoria.

O envolvimento se processa sob a forma de **adesão** quando os indivíduos unem-se aos objetivos institucionais com o sentimento de estarem engajados em uma ação estimulante. Nesse caso, os trabalhadores dos hospitais foram envolvidos na discussão de criação da ouvidoria e posteriormente aprovaram os objetivos propostos pela instituição. Ao aderir, respondem à ouvidoria, relatando as investigações e os procedimentos adotados.

---

<sup>25</sup> Ressalte-se que as chefias foram incluídas como trabalhadores em saúde e suas ações e discursos analisados a partir das mesmas categorias que definem os tipos de envolvimento. Realizou-se uma análise diferenciada, porém, apenas quanto aos temas em que representavam as formas de atuação e de pensamento da instituição e como posicionavam-se em relação aos demais trabalhadores.

<sup>26</sup> Considerou-se importante conhecer as diversas tipologias de participação, segundo as teorias da administração, para entender os mecanismos que os administradores, em particular de hospitais, desenvolvem como práticas gerenciais (Melo, 1984; Mendonça, 1987; Motta, 1981 e 1991). Melo analisa algumas formas de participação como meios institucionalizados e não-institucionalizados de regulação de conflitos e refere quatro significações de participação: ativista, integrativa, manipulação e mobilização ideológica, e divisão de poder, distinguidas por Fortin (FORTIN, G. Participation et société. *Economie et Société*, Genève, v. 4, n. 9, p. 1.575-1.613, sept. 1979. apud: MELO, 1984). Mendonça e Motta explicitam as tipologias clássicas destas teorias, como participação direta e indireta (Mendonça, 1987; Motta, 1981 e 1991). Porém, outros estudos, com os quais este trabalho está alinhado, discutem formas alternativas de gestão descentralizada, envolvendo os trabalhadores e os usuários, na área da saúde (Campos, 1992; Cecílio, 1994; Cortes, 1995; Kadt, Tasca; 1993). Assim sendo, para verificar como ocorre o envolvimento em relação aos trabalhadores dos hospitais, selecionou-se categorias mais próximas a este pensamento de gestão democrática, na área da saúde. As categorias foram elaboradas a partir de Cecílio (1994), Melo (1984) e Mendonça (1987). Cecílio não elabora uma tipologia de envolvimento, mas os comentários que desenvolve sobre as tipologias empregadas pelas teorias da administração auxiliou a definí-las.

O envolvimento é do tipo **interação** quando os valores, sobre o significado e a importância de um serviço de ouvidoria, são compartilhados por todos. As reclamações são investigadas. Os problemas são discutidos e resolvidos. As respostas são qualificadas.

As categorias construídas, para explicar o envolvimento de usuários reclamantes e de trabalhadores em saúde encontram-se, na íntegra, na matriz de análise, no quadro 2 do anexo A . A seguir são apresentadas resumidamente:

Estratégias de envolvimento	
dos usuários reclamantes	dos trabalhadores em saúde
Informação	Integração passiva
Aplacação	Adesão
Consulta	Interação

Delineadas as potencialidades de uma ouvidoria hospitalar como desencadeadora de estratégias de envolvimento de usuários e de trabalhadores em saúde, o próximo item explicita as categorias analíticas construídas para demonstrar seu impacto no disciplinamento institucional.

### 2.3 Ouvidoria e estratégias de disciplinamento

O tema do disciplinamento nas instituições foi encontrado, na literatura internacional, em vários campos sociais, incluindo o da saúde. A organização da disciplina foi estudada por diversos autores. Alguns enfatizaram sua aplicação em prisões como Foucault (1996) e Goffman (1987), que também, estudou-a em manicômios e conventos. A conformação de comportamentos também é salientada por Boltanski (1989) e, de um ponto de vista funcionalista, por Parsons (1966), ao definir, por exemplo, os “papéis sociais” explícitos na relação médico-paciente, (Parsons, 1966, especialmente o capítulo 10).

Na área da saúde e em hospitais distinguem-se, principalmente, os trabalhos de Foucault (1992, 1994). Foi salientada, também, pela literatura, a medicalização da vida social promovida por instituições e práticas médicas. A medicina fez esse papel ao medicalizar o espaço urbano e as instituições. A relação entre medicina e medicalização da sociedade foi expressa por Foucault, quando analisou *o nascimento da medicina social, do hospital e da clínica*.

Ao relatar a emergência da medicina social, no século XIX no Brasil, Roberto Machado, em *Danação da norma*, explicitou que a medicina, “normaliza”,

“esquadrinha”, “totaliza” e “possibilita planejar a ordenação racional de uma população...” (1978, p. 262-264). A medicina pensa a relação entre espaço urbano e espaço institucional e penetra nas instituições propondo a ordenação de seu interior. Para a medicina, à cidade, como corpo macrossocial, corresponde a tematização microssocial da instituição também como um corpo que produz cidadãos - isto é - homens urbanizados, integrados à cidade, ordenados em relação ao todo urbano.

No Brasil, o estudo do disciplinamento encontra referência no trabalho de Jurandir Freire Costa, *Ordem médica e norma familiar* (1979), na análise das *instituições médicas*, realizada por Madel Luz (1979), das *instituições psiquiátricas* feita por Roberto Machado (1978) e sobre *a medicina social e a questão feminina* de Sílvia Alexim Nunes (1991), entre outros.

Na área da saúde, lembrando mais uma vez o exemplo da Inglaterra, salienta-se que a criação do *British health service ombudsman* e as medidas adotadas recentemente, pela Secretária de Saúde Virginia Bottomley, apontaram para a potencialidade disciplinar desse serviço. Nesse país, segundo Levitt, relatórios de *Ombudsmen* dão bons exemplos de partes vulneráveis do serviço de saúde (1980, p. 36). Estes exemplos permitem destacar o caráter disciplinatório que envolve a função do ouvidor do sistema público de saúde da Inglaterra. Concluiu-se que possibilita o conhecimento, por parte do Serviço Nacional de Saúde, dos problemas que obstruem seu funcionamento e oportuniza desenvolver ações no sentido de disciplinamento de médicos e de serviços.

Os estudos acima referidos, embora decorrentes de investigações específicas, contribuem para a reflexão sobre a ouvidoria hospitalar como forma de disciplinamento das relações que se estabelecem no âmbito dos hospitais pesquisados.

O estudo do disciplinamento nas instituições tem em *Vigiar e punir*, de Foucault (1996), um dos mais importantes referenciais teóricos. Ao estudar a disciplina como dispositivo, em *Tecnologias del Yo* (1990), Foucault destacou quatro tipos de tecnologias de si, isto é, técnicas que o homem utiliza para entender a si próprio. Estas implicam formas de aprendizagem e de modificação dos indivíduos no sentido de aquisição de certas habilidades e atitudes. Estas tecnologias representam “matrizes da razão prática” (p. 48-49), constituindo-se em tecnologias de produção,

tecnologias de signos, tecnologias de poder e tecnologias de si, propriamente ditas. Para esse autor, as quatro tecnologias quase nunca funcionam separadas, embora estejam associadas a um tipo particular de dominação.

Nesta pesquisa exploraram-se, particularmente, as tecnologias de poder e as tecnologias de si, ou seja, a constituição da dominação e do sujeito. As tecnologias de poder são aquelas “que determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certos tipos de fins ou de dominação, e consistem em uma objetivação do sujeito” (Foucault, 1990, p. 48). Para este autor, a partir do século XVIII, o poder disciplinar foi transformado em uma nova arte do corpo, constituindo-se em novas tecnologias de poder sobre os homens (1996). Trata-se da invenção técnica de uma nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, serializá-los, graças a um sistema de poder discreto, invisível, capaz de controlá-los. O exército, a escola, o hospital são exemplos da implantação dessas novas técnicas de poder.

No caso do hospital as novas tecnologias de poder também foram introduzidas implicando: 1) a reorganização do espaço hospitalar; 2) a transformação do sistema de poder no interior do hospital, do pessoal religioso para o médico, que passará a ser o responsável pela organização hospitalar; e 3) a organização de um sistema de registro permanente, “anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber” (Foucault, 1992, p. 106; 1996).

As tecnologias de si são aquelas “que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade” (Foucault, 1990, p. 48). O poder disciplinar, por exemplo, enquanto discurso e prática, vai atuar sobre a singularidade e a individualização dos sujeitos, possibilitando o exercício do poder (Foucault, 1992, p.107).

Ao analisar *A noção de sujeito* em Foucault, Campilongo observa que “o sujeito de identidades é constituído por disciplinas e regimes específicos, ligados aos vários campos da existência, os quais engendram, historicamente, uma arte do corpo,

fazendo das relações de poder as predominantes na definição dessas identidades, configurando seus modos de subjetivação” (1999, p. 64). O poder disciplinar torna-se, desta forma, técnica de um processo de subjetivação, visto que o sujeito é subjetivado para desenvolver identidades e enquadrar-se nas diversas formas de relações sociais, que podem ser de força, consenso ou exclusão.

Assim, as noções de tecnologias de poder e de tecnologias de si permitem a compreensão dos processos de objetivação e de subjetivação dos sujeitos. Tecnologias de poder, isto é, objetivação, referem-se ao processo de conformação dos indivíduos aos fins e interesses das instituições. Tecnologias de si, ou subjetivação, compreendem a noção de identidade que os indivíduos estabelecem com os processos institucionais instaurados sobre seus corpos (Foucault, 1990, p. 58).

As noções de tecnologias de poder e de tecnologias de si permitem explicar se o disciplinamento instituído nos hospitais conforma a conduta dos indivíduos aos interesses das instituições ou possibilita o desenvolvimento da identidade dos sujeitos, em outras palavras, como os sujeitos vêem sua inserção nos referidos processos.

Para analisar a ouvidoria hospitalar, como estratégia de gestão que propicia disciplinamento, este deve ser aqui compreendido, como disciplinamento institucional. Nesse sentido, o sujeito não seria o “ponto de partida no processo de deciframento, senão o ponto onde as regras de conduta se reagrupam na memória. O sujeito constitui a intersecção entre os atos que hão de ser regulados e as regras sobre o que há de fazer-se”(Foucault, 1990, p. 72).

O disciplinamento institucional abarca, neste trabalho, tanto os usuários, quando a instituição organiza o recebimento de suas reclamações, como os trabalhadores em saúde, quando aplica dispositivos disciplinares de rotina. O disciplinamento faz parte da rotina de uma instituição. É uma forma de intensificar a medicalização, ou seja, a reorganização das instituições em um espaço racionalizado. Medicalizar significa, no âmbito desta pesquisa, disciplinar, normatizar.

Argumenta-se que a ouvidoria, como prática, fortalece uma ação disciplinadora, isto é, normatizadora e normalizadora (Foucault, 1996) das relações institucionais entre usuários e os serviços hospitalares, bem como entre os hospitais e

os trabalhadores em saúde. Disciplinar, aqui, significa que através do acolhimento das reclamações dos usuários a ouvidoria detecta problemas institucionais, investiga-os e sugere medidas para solucioná-los. A ouvidoria é um dispositivo que propicia este disciplinamento.

Há **disciplinamento** quando as ouvidorias dos hospitais atuam organizando o recebimento das reclamações e orientando as condutas de reclamantes e reclamados. Atuam, também, organizando o encaminhamento, a investigação e a solução dos problemas reclamados. Nesta tese considerou-se que o disciplinamento institucional é fundamental para garantir os direitos tanto dos usuários como dos trabalhadores em saúde. As instituições já têm definidas normas a serem aplicadas para normalizar seu funcionamento. Aponta-se aqui, porém, para a diferença entre normas apenas punitivas e normas negociadas entre as partes: a instituição, os trabalhadores e os usuários.

Em relação aos **usuários**, o **disciplinamento** significa organizar o acolhimento, a investigação e a resposta às reclamações. O poder disciplinar implicou, no caso da ouvidoria, na orientação, por parte do ouvidor, da conduta do reclamante, quanto aos procedimentos a serem adotados em relação aos processos institucionais. Ouvir, investigar e responder foram indicadores para verificar este disciplinamento.

Em relação aos **trabalhadores em saúde** o **disciplinamento** significa tanto, não disciplinar ignorando o fato, como disciplinar através da justificativa de procedimentos profissionais ou da adoção de medidas punitivas. Para explicar como se efetivaram as relações de disciplinamento estabeleceu-se, como categorias capazes de dar visibilidade à essas estratégias, as ações de identificar o trabalhador reclamado e de aplicar as normas e dispositivos institucionais disciplinares, tais como advertência verbal, escrita, suspensão, punição e demissão.

Outra forma de disciplinamento é constituída pelas justificativas dos procedimentos dos serviços, dos setores ou de profissionais. Nestes casos, o disciplinamento consistiu em orientar as condutas que se desviaram das práticas preconizadas pelo discurso médico, normatizando e normalizando os comportamentos e as práticas profissionais.

Disciplinamento significa, ainda, orientar através de treinamento e de um

processo de educação Para disciplinar a conduta dos profissionais reclamados, através das queixas registradas na ouvidoria, o ouvidor e as chefias desenvolveram, ainda, estratégias de treinamento, visando a orientação dos trabalhadores quanto a condutas específicas e de educação, tais como cursos, seminários e outros. A experiência é percebida como forma de aprendizagem. As categorias, construídas para analisar o disciplinamento estão resumidas na matriz de análise, no quadro 2 do anexo A.

Para examinar as formas de disciplinamento, verificou-se quais os procedimentos determinados por ouvidores e chefias para normatizar e normalizar a conduta de usuários e de trabalhadores reclamantes. Para tanto, recorreu-se à análise das reclamações e das entrevistas realizadas junto à instituição e usuários.

Buscou-se verificar também, como **terceira dimensão de análise**, os efeitos institucionais e sociais da opção por ouvidorias pelos hospitais públicos. Estes efeitos foram analisados a partir das relações de poder, existentes nos hospitais.

#### **2.4 Ouvidoria e relações de poder: efeitos institucionais e sociais**

O impacto da ouvidoria hospitalar foi analisado a partir de seus efeitos institucionais e sociais. Estes estão relacionados com as causas que determinaram a implantação desses serviços e com as relações institucionais desencadeadas pelos mesmos, destacando-se as relações de envolvimento, de disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde e as relações de poder. Assim, no que tange as relações de poder, instituiu-se como hipótese que as ouvidorias hospitalares, dadas as características de sua atuação, propiciam efeitos institucionais de manutenção ou alteração das relações institucionais vigentes. Estas relações garantem aos médicos o poder nos hospitais. Propiciam efeitos sociais de divulgação dos projetos reformador ou liberal e de seus princípios e favorecem a melhoria da prestação dos serviços, porque ao dar voz ao usuário, oportunizam o controle destes, através da ouvidoria, sobre a prestação do atendimento.

Como veremos, a implantação de ouvidorias hospitalares foi uma estratégia gerencial. A escolha de determinadas estratégias, neste caso os serviços de ouvidoria, e a forma como foram concebidos contribui para transformar, ou manter e ampliar, a direção e a dominação de forças em correlação na sociedade e na instituição.

Concebemos as instituições como relativamente autônomas, para implantar as ouvidorias. Para tal, apoiamo-nos nas análises de Bourdieu e de Foucault. Para o primeiro há uma relativa autonomia dos campos, intelectual, por exemplo, em relação aos demais campos, econômico e de poder, por exemplo. A autonomia relativa implica em dependência estrutural como lê-se em a *economia das trocas simbólicas* (1992, p. 103).

Para Foucault a autonomia relativa das instituições fica explícita nas suas análise sobre as relações de poder. Assim afirma em *o sujeito e o poder* que “não se trata de negar a importância das instituições na organização das relações de poder. Mas de sugerir que é necessário, antes, analisar as instituições a partir das relações de poder, e não o inverso; e que o ponto de apoio fundamental destas, mesmo que elas se incorporem e se cristalizem numa instituição, deve ser buscado a quem”.

Indica-se, assim, que as instituições são capazes de fazer suas próprias escolhas e opções teóricas e implantá-las. Os hospitais decidem, de forma independente, pela criação de ouvidorias. Estas constituem-se em micropolíticas e, como tal, podem ficar restritas às instituições, sem que ocorram, necessariamente, transformações macroestruturais. A noção de micropolítica é aqui empregada em seu sentido genérico, como política institucional, indicando as relações sociais e políticas que se estabelecem em micronível, assinalando a autonomia institucional em defini-las. Ao serem criadas institucionalmente não são, necessariamente, induzidas pelas políticas macroestruturais. Porém, a escolha pela instalação de ouvidorias hospitalares, mesmo quando trata-se de uma opção assumida de forma autônoma, por parte de hospitais públicos, caracteriza uma estratégia impregnada de relações e forças sociais e institucionais.

Assim, poder é a iniciativa política para escolher, implementar e conduzir determinados projetos sociais e institucionais, em determinadas circunstâncias. Diz respeito às relações de força, às contradições existentes na sociedade e à capacidade de direção e de dominação de grupos sociais, uns em relação a outros. O poder, além de político é também, moral, intelectual, e implica em concepções de mundo. O efeito de generalização destas diferentes concepções se materializa nas instituições, como explicita Foucault na *Microfísica do poder* (1992, p. 252). É sob este ângulo que este conceito será considerado.

Na área da saúde observou-se que a escolha desta forma de gestão e sua implantação, por parte de hospitais públicos, foi feita de forma autônoma e teve implicações sociais e institucionais pois se constituiu em estratégia que redefiniu práticas concretas, expressando relações de força. Assim, as ouvidorias destacam-se como estratégia de poder. A ouvidoria é um dispositivo que contribui para reforçar ou alterar o poder de determinadas forças sociais e institucionais.

**Poder** significa, aqui, a potencialidade da ouvidoria em conduzir, ampliar, ou alterar o projeto que a implantou. Investigaram-se os efeitos da criação de ouvidorias hospitalares em termos de relações de força e poder para implementar esses projetos sociais e institucionais. Os projetos sociais referem-se às propostas reformadora e liberal, apontados anteriormente. Os projetos institucionais referem-se à implantação da ouvidoria, como micropolítica de condução das relações internas, afinadas com estes projetos sociais mais amplos.

A análise do poder remete à compreensão da manutenção e das possíveis mudanças institucionais e sociais. Juntamente com a noção de ouvidoria, como estratégia de hegemonia, analisou-se a sua implicação nas formas de reprodução social e institucional.

Para explicitar as formas de reprodução social recorreu-se ao conceito de campo desenvolvido por Bourdieu, ao longo de mais de uma década e em diversas obras: 1988, 1989, 1992, 1994, 1996. A compreensão das instituições inseridas num espaço de relações e de posições estruturais e estruturadas (dominantes-dominados) permite explicar as estratégias das mesmas para assegurar formas de dominação e, assim, de reprodução social. No campo se definem forças econômicas, políticas e sociais.

A relação entre as estratégias de poder, escolhidas pelas instituições, e os projetos e forças sociais presentes, na sociedade, é explicada através da posição e das relações estruturais dos hospitais no sistema de saúde. Através desse conceito verifica-se a relação entre a opção de gestão, ao criar um serviço de ouvidoria, e os projetos reformador e liberal, existentes para a área da saúde em nossa sociedade, como anteriormente explicitado. Por serem hospitais públicos e atenderem quase exclusivamente os usuários do SUS, a escolha de determinadas estratégias gerenciais significa, também, a opção em colocar à disposição da população usuária

mecanismos mais, ou menos, democráticos e, desta forma, disseminar estes projetos sociais.

Os efeitos sociais das ouvidorias estão relacionados com as circunstâncias que os tornaram possíveis. Foi uma forma de fazer frente à crise na área da saúde, pois, com um mínimo de custo, possibilitou avaliar a qualidade de atendimento oferecido pelas instituições, revertendo-se em melhoria social da prestação de serviços. Decorreu, também, da incorporação, das propostas reformadora ou liberal, em jogo na disputa pela hegemonia na área da saúde, dos princípios do SUS, e de novas ideologias e práticas gerenciais. Teve impacto social, ainda, ao oportunizar ouvir a voz do usuário, tornando a instituição permeável aos princípios de democratização e desburocratização, e voltada para a participação e o controle dos usuários sobre a prestação do atendimento.

Para analisar as formas de reprodução institucional recorreu-se às contribuições teóricas de Foucault e Bourdieu. O conceito de reprodução de Foucault (1992, 1996) foi incorporado, na pesquisa, pois permitiu verificar de que forma o disciplinamento das condutas e rotinas hospitalares - a partir dos serviços de ouvidoria - pode assegurar a reprodução ou alteração das relações institucionais. Em Foucault a disciplina assegura a reprodução das relações institucionais e possibilita a generalização de um modo de funcionamento institucional, conduzindo à reprodução, como informa na *Microfísica do poder* (1992, p. 252) e em *Vigiar e punir* (1996, p. 184). A reprodução deve aqui ser compreendida como reprodução das relações de força, e não apenas manutenção ou reprodução das relações econômicas. Assim, a estratégia que reproduz e acentua as relações de força e fortalece a classe dominante deve ser compreendida como uma relação recíproca de produção entre, relações de poder e estratégias de luta.

A noção de campo, de Bourdieu, cuja definição encontra-se em várias de suas obras, permite a compreensão das formas de reprodução institucionais, pois abarca não só as instituições mas, também, os indivíduos ou grupos, inseridos no espaço de relações e de posições que hierarquizam os diversos grupos sociais, em dominantes e dominados. Em Bourdieu o conceito de campo foi elaborado para explicar a função do sistema educacional na reprodução social. Ao propor os conceitos de violência simbólica, capital cultural e estratégia de reprodução, esse autor analisou as múltiplas

estratégias, as práticas que asseguram a reprodução. Essas se efetivam no campo do simbólico e dos vínculos culturais, possibilitando a reprodução das relações de classe. Por meio de múltiplas distinções, a reprodução se dará através dos conflitos simbólicos (Bourdieu, 1975, 1988, 1992, 1996).

O conceito de campo serviu de aproximação para explicar as funções das ouvidorias na reprodução institucional, isto é, como uma instituição se reproduz através de modificações em sua organização interna. Neste caso a criação de ouvidorias hospitalares tem essa função implícita. Este conceito foi destacado, também, para compreender as relações e a posição estrutural em que os sujeitos, confrontados na experiência dos serviços de ouvidorias, se encontram. Pode ser aplicado na análise das instituições pois elucida como, internamente, se efetivam as diversas formas simbólicas de distinção, como indica Bourdieu em *A economia das trocas simbólicas* (1992, p. 14-25).

A noção refere-se, ainda, à estratégias de poder, pois há relações de conflito se efetivando no interior destas unidades hospitalares, caracterizando interesses específicos, tais como os interesses da instituição, dos médicos, dos funcionários e dos usuários. Esses conflitos efetivam, ou não, formas de exclusão social: questiona-se quais as chances que a população usuária dos hospitais públicos tem de escolher entre os serviços públicos do SUS e os serviços privados.

Quanto aos serviços médicos, a noção de campo possibilitou verificar a dificuldade de os usuários do SUS escolherem o médico que os atenderá, encontrando-se aí um dos focos, talvez o principal, da tensão no relacionamento entre médicos e pacientes, motivo de inúmeras queixas encaminhadas às ouvidorias. Esta noção permitiu visualizar as diferentes posições de classe do usuário-reclamante e do ouvidor, representando a instituição, expressas pela linguagem escrita nos registros das queixas. Permitiu desvendar as estratégias de subversão da classe dominada para manifestar sua inconformidade que, neste caso, implicou em recorrer à ouvidoria para registrar uma reclamação sobre a qualidade dos serviços prestados pela instituição. Esse conceito possibilitou evidenciar, também, como os sujeitos sociais, médicos, enfermeiros, funcionários e usuários, reproduzem as relações entre classes sociais, inclusive a exclusão social.

Os efeitos institucionais das ouvidorias relacionaram-se com a manutenção ou

a alteração das relações internas e de poder, e com os efeitos disciplinares e de envolvimento desencadeados sobre os usuários e os trabalhadores em saúde. Internamente, o exercício do poder se efetiva em termos moleculares, nas instituições, através de micropolíticas específicas. No caso dos hospitais verificou-se se as ouvidorias, como micropolíticas, desenvolveram micropoderes específicos. Quanto às relações internas de poder averiguou-se, ainda, se as ouvidorias se constituíram em mecanismos atuais de manutenção ou ampliação de certos grupos no poder ou, de efetiva democratização da instituição.

O significado deste dispositivo como forma de manutenção, ampliação ou renovação de grupos no poder, fica evidenciado pois a criação, a reformulação ou o fechamento<sup>27</sup> de serviços de ouvidoria, por diferentes gestões, pode estar relacionada à disputa de interesses e de poder. As ouvidorias contribuem, ainda, internamente para manter ou atenuar as relações desiguais existentes na sociedade, estabelecidas fora do âmbito institucional, mas que estão presentes no seu interior.

Os efeitos institucionais propiciaram, além de interferir nas relações de poder, o surgimento de estratégias de disciplinamento e de envolvimento de usuários e de trabalhadores em saúde. As implicações sociais e institucionais da implantação de ouvidorias hospitalares convergem: como micropolítica institucional, relaciona-se aos projetos sociais mais amplos, liberal ou reformador e, internamente, promove estratégias de poder, de disciplinamento e de envolvimento institucionais. A opção pelos projetos sociais mais amplos indicam a sua filiação às concepções que as caracterizam. De acordo com essas concepções as ouvidorias hospitalares estarão desenvolvendo estratégias mais, ou menos, democratizantes.

Argumentou-se assim, que a potência da ouvidoria hospitalar, a sua força em alterar as relações institucionais e entre os usuários depende de seu poder em exercer plenamente suas funções e obter resposta às suas ações. Depende, portanto, dos fatores em jogo e dos limites estruturais que a própria instituição lhe impõe. Esses se expressam, basicamente, através de apoio e respaldo institucional por parte das

---

<sup>27</sup> No Hospital de Clínicas de São Paulo, o serviço de ouvidoria durou três anos e deixou de existir. Em seu lugar foi criada a Central de Atendimento ao Usuário (CAU). No município de Curitiba, o serviço parou de funcionar após dois anos de atuação. Foi posteriormente reativado e transformado em CAU. O serviço de ouvidoria do Hospital Odilon Behrens, de Belo Horizonte, durou doze meses, em 1991. Na Universidade de Londrina, o serviço, envolvendo o Hospital Universitário, durou aproximadamente cinco anos. Estas informações foram colhidas junto a ex-ouvidores, às direções das instituições citadas e à Secretaria de Saúde de Curitiba.

direções, chefias e profissionais. Se expressam através de resposta ao trabalho da ouvidoria.

Embora não haja uma correspondência direta, relacionou-se a adoção da ouvidoria como forma de gerenciamento com as políticas sociais mais amplas. Quando as micropolíticas denominadas ouvidorias estão em consonância com o projeto que propõe as **idéias liberais** de alteração do sistema de saúde, significa a criação de ouvidorias, como forma de gerenciamento, com vistas a otimizar a relação custo-benefício da instituição no setor saúde, inserido numa lógica de mercado. O envolvimento é de clientes e trabalhadores e o disciplinamento das relações institucionais é realizado para gerenciar o conflito entre instituição-cliente e instituição-profissionais da saúde.

No caso de um serviço público, a ouvidoria acolhe as reclamações como fonte de **informação** sobre os serviços prestados e **envolve** o **usuário** ao informá-lo de seus direitos. **Envolve**, também, os **trabalhadores** dos hospitais propiciando a sua **integração passiva** ao trabalho desenvolvido pelas ouvidorias hospitalares. **Não disciplina** os trabalhadores, ignorando o fato, motivo da reclamação. Agindo assim caracteriza-se por ser uma ouvidoria **ineficiente**.

A ouvidoria recebe as reclamações, ainda, no sentido de **envolver** os **usuários** para **aplacar** os problemas institucionais. Em relação aos **trabalhadores** da instituição, **envolve** desencadeando ações para promover sua **adesão** ao trabalho que a ouvidoria realiza. Neste caso, a ouvidoria atua de forma **burocrática**.

Se, ao contrário, a micropolítica, ouvidoria, está mais próxima do conteúdo do **projeto reformador** do sistema de saúde, então significa a criação de ouvidorias como forma de gerenciamento, envolvendo usuários e trabalhadores, porém, dentro de outra lógica: oportunizando um canal que assegura aos usuários o direito de serem ouvidos e de terem voz. Há o disciplinamento das relações institucionais para que os profissionais tornem-se permeáveis aos princípios que orientam as instituições hospitalares afinadas com a lógica epidemiológica do SUS. Essa lógica propõe medidas de democratização e de desburocratização entre as instituições de saúde e os usuários.

Quando a ouvidoria é criada num clima institucional, embasado na **proposta reformadora**, enfatiza os princípios de democratização institucional, impacta

oportunizando a ampliação da voz e o efetivo **envolvimento dos usuários**, através da análise e das respostas as reclamações. Reforça, ainda, as estratégias de envolvimento e de disciplinamento internas. **Envolvimento**, no sentido de acolher as reclamações como forma de **consulta**, aos **usuários**, sobre os problemas e a qualidade do atendimento prestado pela instituição.

A ouvidoria desenvolve estratégias de **interação** dos **trabalhadores** com o programa implantado. Junto à administração, representa a voz dos usuários e estas pesam nas decisões que dizem respeito a situações de trabalho e de conflito, no espaço hospitalar, e sobre os objetivos sociais da instituição. **Disciplinamento**, no sentido de aplicar as normas institucionais cabíveis, ao investigar as reclamações. Neste caso a ouvidoria é do tipo **eficaz**.

As ouvidorias hospitalares, quando em relação com a proposta reformadora do sistema de saúde, têm como principal efeito alterar algumas das relações institucionais. Quando se encontram em consonância com o projeto liberal contribuem para manter as relações institucionais nos padrões anteriores a sua implantação.

A tipologia de atuação de uma ouvidoria hospitalar foi construída com o intuito de compreender a realidade que é composta, efetivamente, da mistura desses três tipos: **ineficiente, burocrática e eficaz**. A concepção de que a realidade é composta pela mistura de vários tipos e não apenas de um tipo-ideal encontra-se amparada em Weber (1992) que assim o demonstrou ao analisar os tipos de ação social, bem como os tipos de dominação.

Para observar as estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores nos hospitais, recorreu-se à análise das reclamações e, das entrevistas, realizadas junto à instituição e usuários. As categorias construídas, para tipificar a atuação das ouvidorias no envolvimento e no disciplinamento de usuários reclamantes e de trabalhadores em saúde encontram-se, na íntegra, na matriz de análise, no quadro 2 do anexo A, e são a seguir apresentadas resumidamente:

Tipos de ouvidoria	Projetos sociais	Estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes		Estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos trabalhadores em saúde	
		Informação	Disciplina o recebimento das reclamações	Integração passiva	Não disciplina o reclamado
Ineficiente	Liberal	Informação	Disciplina o recebimento das reclamações	Integração passiva	Não disciplina o reclamado
Burocrática	Liberal	Aplacação	Disciplina a investigação das reclamações	Adesão	Disciplina punindo e justificando procedimentos
Eficaz	Reformador	Consulta	Disciplina a solução dos problemas reclamados	Interação	Disciplina, treinando e educando o reclamado

A metodologia escolhida para evidenciar estas afirmações será indicada a seguir para, posteriormente, apresentar-se a análise concreta das ouvidorias hospitalares pesquisadas.

## **2.5 A escolha da metodologia**

Entendendo metodologia como o conjunto de princípios científicos que orientam a investigação, neste caso sociológica, combinando indagação teórica e empírica, ressalte-se que ela engloba a reflexão epistemológica, a escolha das teorias, das estratégias e das técnicas de pesquisa. Resulta num processo interdependente entre epistemologia, teoria e técnica como ressaltou Bulmer em *Problems, Theories and Methods in Sociology* (1984). A reflexão epistemológica encontra-se presente durante todo o texto e impregnou todas as atividades de pesquisa. Ela parte da concepção de que, devido à complexidade do objeto de pesquisa em ciências sociais há um ir e vir constante entre epistemologia, teorias e modos de investigação. Como relembra Maria Assunta Campilongo em *Questões epistemológicas nas disciplinas da saúde*: “o objeto define o método e o método recria o objeto. Nas Ciências Humanas onde não se trabalha com certezas, mas com ‘tendências’ e probabilidades, o método tem que pressupor a natureza de ‘mutabilidade’ constante dos fenômenos; quando se observa um fenômeno ele já se modificou no instante seguinte” (1995, p. 8).

Esta reflexão orientou a formulação das hipóteses, a construção dos conceitos da pesquisa e o quadro de análise, até aqui apresentados. A seguir detalha-se com mais acuidade a lógica do procedimento que consistiu em delimitar e investigar o objeto deste estudo e expôr os resultados da pesquisa.

Em 1993 ao chegarmos ao Hospital Fêmeina de Porto Alegre para fazer uma análise das reclamações de usuários, registradas junto ao recém criado serviço de ouvidoria do Hospital, deparamo-nos com um problema social de relevância: usuários procuravam o serviço de ouvidoria para manifestarem sua inconformidade com a prestação do serviço realizada pelo Hospital. Posteriormente, verificou-se que outro hospital público, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, oferecia aos usuários um sistema de ouvidoria. O que teria levado estas instituições a criarem as ouvidorias hospitalares? Qual o impacto e os resultados da ação desencadeada a partir do

acolhimento das reclamações? A transformação desta questão social em um problema sociológico foi realizada com a definição do quadro teórico e das hipóteses de trabalho, já explicitados no decorrer deste texto e resumidos no Quadro 1 do Anexo A.

A expressão **serviço de ouvidoria** é o nome oficial do serviço no Hospital Fêmeina (trata-se de um setor criado especialmente para este fim). Nesta pesquisa essa terminologia refere-se a este Hospital. A expressão **sistema de ouvidoria** é usado informalmente, no Hospital de Clínicas, para denominar um sistema instalado dentro de um setor já existente. Aqui foi empregada para referir-se a este Hospital. O termo **ouvidorias hospitalares** foi empregado de forma genérica, para referir aos dois hospitais.

De acordo com a natureza do objeto definiu-se que a pesquisa seria efetuada através do estudo de dois casos de ouvidoria comparando os resultados obtidos no levantamento de dados, extrapolando os limites de cada um e ampliando o conhecimento do problema.

A opção por esta estratégia metodológica decorreu da hipótese central da pesquisa, que pretendeu verificar se ouvidorias hospitalares constituem-se em estratégias institucionais que conduzem ao envolvimento e ao disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde dos hospitais e como tais processos se dão. Para ampliar a investigação definiram-se ainda duas questões, que auxiliaram na explicação do tema, tornando-se as hipóteses da pesquisa. Estas referiram-se às causas e aos efeitos da instalação de ouvidorias por parte dos hospitais, já apresentadas na definição do quadro teórico e expressas no Quadro 1 do Anexo A.

A escolha de duas ouvidorias, a do Hospital Fêmeina e a do Hospital de Clínicas, orientou-se pela idéia de que forneceriam à esta pesquisa, um campo de observação mais amplo para testar as hipóteses de trabalho. Visto que pretendia-se verificar se a prática de uma ouvidoria hospitalar propiciava estratégias de envolvimento e disciplinamento internas, o estudo de dois casos concretos fortaleceria as evidências empíricas e teóricas.

A escolha de dois hospitais públicos, com características de prestação de atendimento diversas, orientou-se pela idéia de verificar se ouvidorias, incrustadas em instituições distintas, conduziram ao estabelecimento de relações semelhantes ou

diferenciadas entre instituição, usuários e profissionais. Permitiria evidenciar, com maior clareza, as regularidades das ações de ouvidorias hospitalares. Partiu-se, assim de um elemento comum: o fato dos hospitais serem públicos e atenderem, predominantemente, os usuários do SUS. Os hospitais foram selecionados devido à sua importância no cenário da área hospitalar em saúde de Porto Alegre.

Os dois hospitais foram escolhidos, também, por apresentarem características diversas. Com várias especialidades, porém, todas elas direcionadas ao atendimento da mulher, o Hospital Fêmeina, e sua situação institucional, faz com que possa ser visto como um hospital quase especializado e de menor porte. Embora faça parte de um complexo hospitalar, pode ser observado como uma unidade autônoma, pelo fato dos prédios do Grupo Hospitalar Conceição, do qual faz parte, estarem espacialmente localizados distantes uns dos outros. No Hospital Fêmeina, o número de atendimentos (aproximadamente 300 atendimentos por dia, considerando somente as consultas ambulatoriais) e de profissionais (532) é bem menor, se comparado ao Hospital de Clínicas. Quase todos os profissionais se conhecem, como se trabalhassem numa pequena instituição, resultando em relações profissionais mais próximas.

A seleção de um hospital universitário, o Hospital de Clínicas, foi determinada pela sua diferença em relação ao Hospital Fêmeina. É um hospital que presta atendimento nas mais diversas especialidades e a todos os usuários do SUS, não apenas mulheres. É um complexo hospitalar espacialmente centralizado pois está localizado num único prédio, atendendo a um volume imenso de usuários (só nas consultas ambulatoriais atendem, aproximadamente, 1.500 usuários por dia). Neste, os profissionais nem sempre se conhecem, pois são em grande número (4.248), resultando em relações profissionais e institucionais mais distantes. A opção por dois hospitais diferentes foi uma forma de verificar se o tipo de hospital determina a atuação de ouvidorias hospitalares.

Para atingir os objetivos da pesquisa<sup>28</sup> era necessário apreender a organização das ouvidorias para, então, analisar as relações de envolvimento e de disciplinamento

---

<sup>28</sup> No momento de formulação do projeto de pesquisa os objetivos foram assim definidos: 1) analisar por que os hospitais Fêmeina e Clínicas implantaram ouvidorias; 2) investigar o feixe de relações institucionais que se estabelece com a instalação de ouvidorias: se possibilitam o efetivo envolvimento e se exercem um disciplinamento das condutas e das rotinas de usuários e de trabalhadores em saúde; e 3) verificar os efeitos institucionais e sociais da instalação de ouvidorias hospitalares.

desencadeadas por elas. Isso só seria possível com o estudo de cada caso<sup>29</sup>. Esta opção metodológica deu ao trabalho uma perspectiva intensiva, com menor número de casos em maior profundidade, e não extensiva, maior número de casos investigados de forma mais ampla. Este método foi utilizado por Barrington Moore Jr. ao analisar *As origens sociais da ditadura e da democracia* (1975); comentado por Bruyne ao tratar da *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais* (1991) e aplicado por Graça Carapinheiro em *Saberes e poderes no hospital* (1998). Assim, no primeiro momento da pesquisa foi feito o estudo intensivo de cada caso de ouvidoria.

A comparação, entre os dois casos estudados, foi realizada na busca de evidências que permitissem explicitar as diferenças ou semelhanças na atuação das ouvidorias. Ao compreender como atua uma ouvidoria hospitalar, numa perspectiva de comparação, ultrapassou-se a unicidade e evidenciaram-se as regularidades (Bruyne, 1991; Schneider, 1998). Concebendo que a comparação é realizada durante todo o processo de pesquisa, a opção por dois casos permitiu aprofundar as observações.

A comparação intensiva é essencialmente qualitativa e contribuiu, para a elaboração de tipologias que contemplaram, ao mesmo tempo, a realidade empírica e a explicação teórica. Foi auxiliar, também, na formulação de novas indagações e para refinar as conclusões obtidas. Porém, como a análise comparativa não substitui a investigação pormenorizada dos casos específicos, como atestou Barrington Moore Jr. na sua conhecida obra, a interpretação sobre o trabalho das ouvidorias, em cada hospital, ocupa a maior parte deste trabalho.

Este estudo examinou, portanto, as ouvidorias de dois hospitais públicos de Porto Alegre, entre 1990 e 1998. O Hospital Fêmeina criou, em 1990, um serviço de ouvidoria. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre organizou, em 1994, um sistema de ouvidoria.

O período investigado começa com a criação desses serviços e termina no ano anterior ao término da pesquisa de campo. O estudo centrou-se, assim, na investigação dos acontecimentos ocorridos no período de 1990 a 1998. O trabalho de campo foi efetuado em 1998 e 1999. Em 1998 realizou-se o levantamento das

---

<sup>29</sup> Para aprofundar o conhecimento sobre estudo de caso indica-se, especialmente: YIN, Robert. *Case study research: Design and methods*. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

reclamações registradas nas ouvidorias. Em 1999 fez-se as entrevistas com os agentes envolvidos no processo.

A forma de exposição escolhida para relatar os resultados da pesquisa foi a de, inicialmente, apresentar-se a história das instituições e descrever-se a situação dos hospitais pesquisados na conjuntura da realização da pesquisa, ou seja, no período de 1997 a 1999.

Esta situação foi analisada a partir de dados considerados como indicadores da estrutura de atendimento e do funcionamento dos dois hospitais<sup>30</sup>. Os primeiros referiram-se ao número de consultas ambulatoriais programadas e de emergência, número de leitos, de consultórios, de trabalhadores, de internações e de procedimentos realizados, bem como do tipo de usuário atendido no hospital. Estes elementos foram explicitados para que as reclamações, registradas no serviço de ouvidoria, pudessem ser compreendidas na situação institucional de cada hospital. Pela dinamicidade dos dados, que variam com muita rapidez, embora mantendo-se dentro de um patamar quantitativo estável, estes foram apresentados através da média mensal do ano correspondente. Desta forma foi possível realizar a comparação entre os períodos analisados. O segundo tipo de indicadores atestaram o tipo de trabalho que estava sendo realizado nos hospitais.

A seguir, buscou-se captar a organização de cada ouvidoria. Para tanto, foi efetuado, inicialmente, o levantamento de todas as reclamações, registradas nas duas ouvidorias (268 no Hospital Fêmeina e 849 no Hospital de Clínicas). Esta estratégia se impôs pelo fato de que, através da análise de todas as reclamações foi possível

---

<sup>30</sup> Os dados sobre a situação dos hospitais, no momento da pesquisa, e o tipo de reclamações, acolhidas pelas ouvidorias, foram classificados como referindo aspectos da **estrutura** e do **funcionamento** dessas instituições. Utilizou-se o termo **estrutura** para agrupar os dados e as reclamações que indicaram como os hospitais estavam constituídos, tendo em vista seus objetivos (Durkheim, 1983). Sob essa classificação foram incluídos os dados que demonstravam a capacidade de atendimento. Quanto ao tipo de problemas reclamados as relações que se estabeleceram a partir desta estrutura, diziam respeito a relações mais cristalizadas, pouco flexíveis, no sentido de modificação dos mesmos. Estes problemas, por sua vez, resultaram em reclamações quanto ao funcionamento dos hospitais. Utilizou-se o termo **funcionamento** para agrupar os dados e as reclamações que indicaram como estava sendo realizado o trabalho, no interior dos hospitais, envolvendo as relações sociais que os fazem funcionar (Durkheim, 1983). As reclamações relatavam problemas que envolviam relações sociais mais flexíveis e dinâmicas e, por terem estas características, apontaram para soluções que estão mais diretamente afetas ao âmbito dos hospitais. As reclamações indicavam as condições de atendimento nos hospitais, ou seja, como o mesmo se realizava e qual a qualidade deste atendimento. A classificação das reclamações em estruturais e funcionais e sua distribuição pelas áreas e profissionais permitiu constatar os problemas extrapolando tempo e espaço e realizar a comparação entre os hospitais pesquisados.

mapear as áreas, os profissionais e os tipos de problema que levaram os usuários a registrarem uma queixa na ouvidoria. Para a pesquisa, este mapeamento foi fundamental, pois através dele pode-se: 1) conhecer os usuários reclamantes e assim verificar quais as estratégias de envolvimento e de disciplinamento desencadeadas em relação aos mesmos; 2) conhecer os trabalhadores em saúde reclamados e evidenciar as estratégias de disciplinamento e de envolvimento a que foram submetidos; e 3) acompanhar o percurso institucional das reclamações. As reclamações indicavam as relações que se estabeleceram entre instituição, usuários e trabalhadores em saúde.

Para atender às tarefas teórico-metodológicas, as principais fontes de informação foram: a literatura, os documentos institucionais, os registros das reclamações de usuários, feitas pelos hospitais e seus ouvidores, e as entrevistas com os sujeitos envolvidos no trabalho das ouvidorias.

Consultou-se a literatura disponível buscando informações sobre o hospital como instituição de saúde, sobre as formas de gerenciamento, no setor, principalmente quanto às inovações gerenciais da última década, sobre o sistema de saúde no Brasil e sobre ouvidorias hospitalares. Esta forneceu a base para propor o estudo teórico do tema. Especificamente sobre ouvidorias hospitalares para obter informações mais amplas, recorreu-se à consulta sobre o tema, no campo da sociologia e da medicina nos programas *sociofile* e *medline*.

Os documentos institucionais (relatórios das administrações e relatórios de dados organizados pelos setores do arquivo médico-estatístico dos hospitais) forneceram informações sobre as ouvidorias e sobre a estrutura dos hospitais e serviram para situá-las num quadro explicativo mais vasto. No Hospital Fêmeina os dados foram obtidos através de relatório de gestão (1997), junto ao Serviço de Arquivo Médico-Estatístico (HF, SAME, 1999b), ao setor de Frequência e Disciplina-Recursos Humanos (HF, RH, 1999a), à Gerência de Informática do Centro de Processamento de Dados do Grupo Hospitalar Conceição (GHC, 1999a) e na *Home-page* do Grupo (GHC, *Home-page* 1999b). No Hospital de Clínicas foram coletados no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (HCPA, SAMIS, 1999b), junto à Gerência do Grupo de Recursos Humanos (HCPA, GRH, 1999a) e na *Home-page* do Hospital (HCPA, *Home-page*, 1998).

Os documentos com o registro das reclamações de usuários foram compilados, pela pesquisadora e seis alunos do Curso de Ciências Sociais da UFRGS, bolsistas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e da Pró-Reitoria de Pesquisa-Propesq desta Universidade. Este trabalho contribuiu, também, para ensinar a quatro destes alunos como se realiza um processo de investigação científica, desde o levantamento dos dados, a formulação das hipóteses, o enquadramento teórico, a redação e a apresentação das conclusões. Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Fêmeina, ao longo de quatro anos. Os trabalhos foram apresentados em Salões de Iniciação Científica da UFRGS, em 1994 e 1995. Mais dois bolsistas trabalharam no levantamento dos dados do Hospital de Clínicas e na transcrição das gravações das entrevistas. Todos os bolsistas estavam afetos ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva-NIPESC, vinculado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas desta Universidade e do qual a autora deste trabalho faz parte como pesquisadora.

Em relação às reclamações, efetuou-se uma “leitura flutuante” para conhecer o material. Esta técnica teve como referência o método da *Análise de conteúdo*, descrito por Laurence Bardin em 1979 (p. 94, 102). Em nossa pesquisa a técnica foi utilizada como uma forma de vigilância epistemológica, conforme concebida em *Análise de conteúdo: um Approach do Social* (Pereira, 1998). Não foi utilizada para a seleção dos documentos, visto que o objetivo foi analisar todas as reclamações, mas sim para verificar o que o material informava e descobrir conteúdos e estruturas nos textos das reclamações.

Para padronizar a coleta dos dados e obter as mesmas informações, nas duas ouvidorias, foram elaboradas grades especialmente projetadas para este fim. Assim, as reclamações foram resumidas uma a uma. Os dados foram coletados, inicialmente, através da Grade 1 (anexo A). Foram tabulados e organizados de forma a possibilitar a comparação entre eles

A partir desta leitura realizaram-se as primeiras classificações, agrupando as reclamações: 1) pelas especialidades médicas; 2) pelas áreas que compõem os hospitais (ambulatório, emergência, marcação de consultas, recepção, internação e outras áreas); e 3) pelos profissionais (médicos, equipe de enfermagem, recepcionista, telefonista, secretários e administrativos em geral e outros). Registrou-

se, também se houve resposta das chefias ou dos profissionais às ouvidorias (Grade 2 e 3 do Anexo A). Na seqüência os dados coletados foram totalizados com o objetivo de caracterizar cada ano em estudo (Grade 4 e 5 do Anexo A).

Para conhecer quem foi o usuário reclamante agruparam-se as informações encontradas nas reclamações. Verificou-se quem registrou a queixa: o próprio usuário, seu familiar ou outros; o sexo do reclamante e a localidade de procedência: Porto Alegre, Região Metropolitana e Interior do Rio Grande do Sul. Estes dados foram colhidos através da Grade 1 e totalizados ano a ano, a partir da Grade 6 do Anexo A.

As reclamações foram também classificadas de forma qualitativa, segundo o tipo de problema relatado na queixa. Estes problemas referiam aspectos relacionados à estrutura ou ao funcionamento do hospital. A partir desta primeira classificação criaram-se as subdivisões indicativas dos tipos de problemas reclamados. Em relação à estrutura relatavam tempo de espera para conseguir consulta, reconsulta, baixa hospitalar, e procedimentos que envolviam exames. Especificavam ainda o encaminhamento a outro hospital, a capacidade operacional, tais como quantidade de funcionários e leitos, e casos de não atendimento. Em relação ao funcionamento, os problemas foram agrupados em falhas de comunicação, falhas de relacionamento humano, falhas nos procedimentos técnicos e na presteza do serviço.

Esta tipologia foi elaborada pela autora, tendo em vista o teor das reclamações (Grade 7 do Anexo A). Os dados resultantes desta análise foram agrupados segundo o modelo das Grade 8 e 9 do Anexo A.

Após o levantamento de todas as reclamações verificou-se que, quando analisadas, demonstraram ser indicadoras, do tipo de acolhimento e de encaminhamento da reclamação da ouvidoria às chefias (Grade 10 do Anexo A). Assinalavam a investigação realizada, se houve retorno das respostas das chefias e dos profissionais (Grade 11 do Anexo A) e o tempo que estes demoraram para responderem às ouvidorias (Grade 12 do Anexo A). Indicavam, também, quando houve retorno, o tipo de resposta institucional ao usuário (Grade 13 do Anexo A). Estes dados, demonstrativos de todo o processo efetivado nas ouvidorias, serviram de base para as tabelas e gráficos apresentados em anexo e na análise de cada caso estudado.

Finda esta parte do trabalho, definiram-se os critérios para a seleção de algumas reclamações que permitissem aprofundar o conhecimento das estratégias promovidas pelas ouvidorias hospitalares e, ao mesmo tempo, fossem representativas dos fatos ocorridos. A partir daí procedeu-se à seleção dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas para obter e confirmar informações capazes de tecer a rede cujos pontos entrelaçaram os sujeitos desta história e, assim, encaminhar para as conclusões.

Para escolher os entrevistados, buscou-se compatibilizar a diversidade das informações resultantes do heterogêneo universo hospitalar (diferentes áreas, serviços, setores, especialidades e tipos de profissões), com a homogeneidade necessária para garantir o controle das informações. Sabe-se que a homogeneidade garante maior precisão nos resultados, mas torna-os menos generalizáveis. O contrário acontece com a heterogeneidade. Para atender ao critério da heterogeneidade entrevistou-se diferentes tipos de respondentes, através de roteiros adaptados ao tipo de entrevistado. Manteve-se, porém, homogêneo o teor das questões formuladas. Os diferentes roteiros de entrevistas (em número de 5) encontram-se no Anexo A.

Para definir o número de entrevistados partiu-se do princípio que o trabalho não procurava a representatividade estatística do fenômeno, mas sua representatividade significativa<sup>31</sup> (Hirano, 1979, p. 51). Esta reflexão apoia-se em autores que propõem substituir a noção de representatividade pela noção de objetivos estabelecidos na pesquisa, mais adequada para verificar hipóteses envolvendo relações entre fenômenos (Ghiglione, 1997, p. 58). Como o objetivo desta pesquisa foi capturar a organização dos dois serviços, a partir das relações de envolvimento e de disciplinamento estabelecidas, observa-se que a certeza na pergunta: quais os objetivos em entrevistar cada grupo, é fundamental para nortear a escolha dos entrevistados. Do ponto de vista da interpretação sociológica os dados são representativos se traduzem as diversidades e as nuances sociais, sustentadas por uma hipótese teórica. Não há necessidade da escolha dos entrevistados ser aleatória (Silva, Pinto, p. 121, 175 e 186).

---

<sup>31</sup> A diferença entre o representativo (que representa, é próprio para representar, que envolve representação) e o significativo (que significa, que exprime com clareza, expressivo, que contém revelação interessante) foi referida em Hirano (Hirano, 1979).

Embora tenha-se definido anteriormente o número de entrevistados, em 48, manteve-se constante a reflexão sobre os critérios de diversificação e de saturação. A diversificação foi contemplada pela heterogeneidade do campo de pesquisa. A saturação foi verificada quando as afirmações dos entrevistados começaram a repetir as mesmas informações, evidenciando que um maior número de entrevistas pouco acrescentaria no conhecimento já obtido.

Em primeiro lugar foram selecionados, para entrevista, os indivíduos cuja posição no quadro institucional tornava-os pessoas-chaves (*keyinformants*) por terem o domínio de informações mais específicas sobre o objeto de estudo. Foram eles: 1) as diretorias clínicas, (em exercício no cargo na época de implantação das ouvidorias e no momento de realização da pesquisa) e as diretorias administrativas (no cargo no momento de realização da pesquisa (modelos 1 de entrevista); e 2) os ouvidores, que atuaram nas ouvidorias de 1990 a 1999 (modelos 2 de entrevista). Esta seleção resultou num número de cinco entrevistados no Hospital Fêmeina e sete no Hospital de Clínicas. A diferença no número de entrevistados, neste grupo, deveu-se ao fato de que, no Hospital Fêmeina, três médicos ocuparam o cargo de ouvidores e um diretor administrativo não aceitou realizar a entrevista. No Hospital de Clínicas entrevistou-se dois coordenadores do Grupo de Pacientes Externos (GPE) e dois assessores, considerados como ouvidores, além dos administradores.

Em segundo lugar, para a escolha dos demais entrevistados tomou-se como ponto de partida as reclamações. De posse dos dados, já organizados, em áreas, profissionais e tipos de reclamações, escolheram-se as reclamações típicas de cada caso. Para que o panorama ficasse completo escolheu-se a reclamação e, a partir dela, todos os sujeitos envolvidos na mesma queixa. Foram selecionados, desta forma, os trabalhadores em saúde reclamados, as chefias envolvidas em tais reclamações e os usuários reclamantes. Este critério foi definido, mas não pode ser absolutamente rigoroso, pois muitos selecionados não puderam ser encontrados. Foram, então substituídos por outros atendendo às mesmas condições.

Inicialmente fez-se uma classificação das reclamações, dirigidas às três grandes divisões que caracterizam a estrutura e o funcionamento hospitalar: médica, técnica e administrativa. Em seguida escolheram-se os sujeitos envolvidos. Da área médica foi selecionado o serviço de ginecologia e obstetrícia, da área técnica o

serviço de enfermagem e, da administrativa o setor da recepção.

Decidiu-se centrar as entrevistas na especialidade de ginecologia e obstetrícia pois esta é característica do atendimento do Hospital Fêmeina e por sua vez, no Hospital de Clínicas, foi a especialidade mais reclamada (ver tabela 24 do Anexo D). Um dos parâmetros norteadores da seleção dos entrevistados, foram as reclamações dirigidas à esta especialidade. Além disso, o serviço de ginecologia e obstetrícia abrange um grande número de consultas ambulatoriais e, em grande parte, internações, bem como apresenta uma dinamicidade bastante intensa, englobando o trabalho de vários setores dos hospitais. Os médicos selecionados estavam afetos a esta especialidade.

O serviço de enfermagem, representando a área técnica, foi escolhido pois atua em, praticamente, todas as áreas dos hospitais, junto a um número bastante diversificado de serviços, setores e no atendimento direto ao usuário. Nos dois hospitais, os enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, selecionados, atuavam, preferencialmente junto ao serviço de ginecologia e obstetrícia.

Da área administrativa, a escolha recaiu sobre o setor da recepção porque também está envolvido em várias áreas, especialidades e serviços e porque mantém contato direto com os usuários. Assim, selecionaram-se, recepcionistas que atuavam, diretamente, junto ao usuário, no ambulatório ou na internação da ginecologia e obstetrícia.

A escolha das chefias se deu de forma mais ampla. Estas estavam afetas às suas áreas de atuação. No intuito de confirmar informações foram selecionadas chefias médicas da especialidade citada, bem como de outras especialidades, e chefias da equipe de enfermagem e da recepção.

Este grupo heterogêneo, por sua natureza, foi composto por: 3) chefias, as quais foram encaminhadas as reclamações por parte da ouvidoria (modelo 3 de entrevista; 4) trabalhadores em saúde reclamados, médicos, trabalhadores da equipe de enfermagem e recepcionistas (modelo 4 de entrevista). O primeiro grupo foi formado por cinco chefias em cada hospital. O segundo abrangeu oito profissionais no Hospital Fêmeina e seis no Hospital de Clínicas.

Por fim, selecionaram-se; 5) os usuários reclamantes dos hospitais (modelo 5 de entrevista) que encaminharam sua queixa, principalmente, às áreas, setores,

serviços e profissionais mais diretamente afetos à referida especialidade.

O terceiro grupo foi composto por cinco usuários no Hospital Fêmeina e sete no Hospital de Clínicas. As diferenças no número de respondentes deveu-se à disponibilidade maior de alguns entrevistados para responder às questões ou à necessidade de substituir aqueles que não foram encontrados. Os usuários foram contatados por telefone ou procurados diretamente em seus locais de moradia onde foram entrevistados, o que possibilitou conhecer suas condições de vida, ampliando a explicação dos fatos. O quadro 3 do Anexo A resume e apresenta o número de entrevistados nos dois hospitais pesquisados, definidos em 48.

Esta metodologia possibilitou estabelecer comparações entre as três áreas quanto às estratégias de envolvimento e de disciplinamento e acerca dos procedimentos e rotinas hospitalares, resultantes da interferência da ouvidoria.

Os roteiros, das entrevistas, foram feitos depois de um conhecimento da realidade e das reclamações existentes nas ouvidorias. Apresentam, assim, questões semi-estruturadas, gerais e específicas, de acordo com cada tipo de respondente. Foram elaborados cinco modelos de entrevistas conforme demonstrado no Anexo A. As questões versaram sobre as hipóteses de trabalho. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora, no primeiro semestre de 1999.

As entrevistas foram gravadas para manter maior exatidão quanto à exposição do entrevistado e não perder informações importantes, nem sempre possíveis de serem anotadas no transcorrer do encontro. Transcreveram-se todas as entrevistas para o computador, trabalho realizados por duas bolsistas. Foram, depois, revisadas uma a uma pela pesquisadora e impressas. Este procedimento possibilitou ler exhaustivamente as entrevistas, tanto cada uma na sua integralidade, como comparando respostas entre os vários tipos de entrevistados. O controle sobre a veracidade das informações foi contemplado quando se analisou a coerência das mesmas com os dados colhidos nas reclamações e com as respostas dos demais entrevistados (Colognese, 1998).

Trabalhou-se, também, com um diário de campo onde foram anotadas informações, fruto de observações espontâneas, consideradas importantes para fornecer maior poder explicativo à pesquisa.

A análise dos dados, colhidos nos documentos institucionais, nas reclamações

e nas entrevistas foi realizada de acordo com as características de cada tipo de documento. Estes, em conjunto com a literatura sobre o tema, foram as principais fontes utilizadas para construir a discussão sobre ouvidorias hospitalares, envolvimento e disciplinamento. Tendo como foco do trabalho os hospitais Fêmina e Clínicas a análise consistiu em descobrir caminhos para responder às questões da pesquisa: o porquê, o impacto e os efeitos da instalação e do funcionamento de ouvidorias hospitalares.

Para tanto, as estratégias analíticas utilizadas foram: 1) reconstruir o processo de implantação das ouvidorias; 2) analisar como foram envolvidos os usuários e os trabalhadores em saúde no trabalho institucional realizado pelas mesmas e 3) verificar as principais conseqüências deste trabalho. Considerando que um maior número de fontes de informação possibilita um maior quantidade e variedade de evidências e que muitos tipos de evidências garantem maior validade à uma conclusão (Becker, 1993; Yin, 1991), foi desencadeada a estratégia de confronto entre as informações, colhidas nos documentos institucionais e prestadas pelos entrevistados, e os dados levantados nas reclamações.

A reconstrução do processo de implantação das ouvidorias foi investigada a partir dos seguintes indicadores: 1) a data de instalação da ouvidoria; 2) as justificativas institucionais e dos entrevistados para este acontecimento; e 3) a maneira como eram recebidas as reclamações, pela instituição, antes e depois do advento das ouvidorias.

Os tipos de estratégia de envolvimento e de disciplinamento, desencadeadas em relação aos usuários reclamantes e aos trabalhadores reclamados, foram analisadas com base numa matriz teórica. Esta foi construída pela pesquisadora, a partir da literatura e da investigação dos indicadores de envolvimento e de disciplinamento dos sujeitos, após o registro de uma reclamação. Com base na matriz teórica, definiu-se três tipos de ouvidorias de acordo com as estratégias promovidas: **ineficiente, burocrática e eficaz** (quadro 2, Anexo A).

Em relação aos usuários, a pesquisa identificou como indicador de disciplinamento o caminho percorrido, por estes, para o registro das reclamações antes e depois da instalação das ouvidorias. Foram estabelecidos como indicadores de disciplinamento, as ações promovidas pelas ouvidorias organizando o

recebimento, o encaminhamento, a investigação e a solução dos problemas reclamados. Como indicadores dos tipos de envolvimento explicitou-se o porquê e o como as reclamações foram acolhidas e quais as formas de respostas providenciadas, pela instituição, ao usuário. As estratégias de envolvimento foram explicadas à luz das categorias de **informação, aplacação e consulta**.

Em relação aos trabalhadores, a pesquisa considerou como indicadores de disciplinamento a ausência de punição, a punição institucional legal, a orientação da conduta dos reclamados e o treinamento ou a educação dos mesmos. Foram analisadas as estratégias de envolvimento dos trabalhadores, na implantação do programa e no decorrer do trabalho da ouvidoria. Os indicadores de envolvimento, na implantação do programa, foram a comunicação, a justificativa ou a discussão do projeto de ouvidoria. Os indicadores de envolvimento, com o trabalho da ouvidoria, foram as formas como as estas encaminharam as reclamações e solicitaram investigações e a maneira como as chefias e os profissionais responderam à ouvidoria. As estratégias de envolvimento foram explicadas através das categorias de **integração passiva, adesão e interação**.

De posse das informações colhidas pela pesquisa de campo, e a partir do enquadramento teórico das questões, acima expostas, montou-se tabelas e gráficos e analisou-se o trabalho das ouvidorias dos dois hospitais. A explanação das categorias teóricas foi realizada no início deste capítulo e o exame sistemático destas questões encontram-se no título **As ouvidorias hospitalares** que introduz a análise sobre **O serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina e O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**.

Parte II  
**As ouvidorias hospitalares**

## **O Sistema Único de Saúde e os hospitais em Porto Alegre**

A exposição a seguir versa, inicialmente, sobre a inserção dos hospitais pesquisados no SUS, em Porto Alegre, para depois, analisar a implantação e os impactos das ouvidorias em cada hospital.

Porto Alegre conta com um total de 27, hospitais dos quais 21 estão vinculados ao SUS para prestar atendimento à população, oferecendo serviços ambulatoriais e de internação. Seguindo a classificação do Ministério da Saúde há três tipos de hospitais, em Porto Alegre: hospitais gerais, com especialidades e especializados. Os primeiros atendem pacientes nas especialidades básicas de clínica médica, cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria. Os segundos atendem outras especialidades, além das consideradas básicas. Os hospitais do terceiro tipo atendem apenas uma especialidade, como por exemplo, psiquiatria. Este tipo de hospital só poderá cadastrar leitos, no SUS, na especialidade referida. Em Porto Alegre os hospitais com especialidades são em maior número. Quanto à sua natureza jurídica os hospitais podem ser de administração direta da saúde, administração indireta, empresa, entidade filantrópica ou de economia mista. Quanto à administração, podem estar vinculados aos níveis federal, estadual ou municipal da administração pública, ou serem de caráter privado. A classificação dos hospitais, em Porto Alegre, encontra-se no Quadro 1 do Anexo B.

Os dois hospitais pesquisados são classificados, quanto ao tipo, como hospitais com especialidades, vinculados à administração federal. Diferenciam-se, porém, quanto à sua natureza jurídica e outras características. O Hospital Fêmeina é um hospital não universitário, de economia mista, vinculado ao Ministério da Saúde, enquanto que o Hospital de Clínicas é universitário, de administração indireta, vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação.

Os hospitais prestam atendimento nas áreas de internação e de consultas ambulatoriais, sendo estas programadas ou de emergência. Todos os 21 hospitais, conveniados com o SUS em Porto Alegre, realizam internações e somente quatorze oferecem consultas ambulatoriais programadas. O atendimento ambulatorial de emergência é, teoricamente, realizado por todos os hospitais.

Quanto ao atendimento ambulatorial programado, os hospitais de Porto Alegre têm suas primeiras consultas ambulatoriais agendadas pela Central de

Marcação de Consultas (CMC), criada em fevereiro de 1997, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para regular o acesso às consultas, com especialistas, nos serviços próprios ou credenciados ao SUS, visando garantir desta forma, o acesso às consultas especializadas a todos os usuários do SUS. A Central faz a marcação somente das primeiras consultas, atendendo as unidades de saúde de Porto Alegre e as secretarias de saúde de todos os municípios do Rio Grande do Sul. O número do telefone da Central é de uso exclusivo dos postos de saúde de Porto Alegre e das secretarias de saúde do interior.

A nova forma de agendamento das primeiras consultas ambulatoriais programadas, realizada agora pela Central de Marcação, foi decisiva para redefinir a relação entre os hospitais pesquisados, o sistema de saúde e os usuários. Isto porque algumas das reclamações, acolhidas antes da implantação das ouvidorias hospitalares, eram dirigidas aos setores de marcação de consultas dos hospitais e relatavam as dificuldades em conseguir agendá-las, conforme veremos nas próximas seções deste trabalho.

Os dois hospitais estudados estão conveniados ao SUS para prestar atendimento ambulatorial, através de consultas programadas e de emergências, e atendimento em internação. Com o intuito de constatar-se a participação destes hospitais no atendimento à população usuária do SUS, em Porto Alegre, salienta-se, a seguir, o atendimento ambulatorial, programado e de emergência, e o número de leitos disponíveis para internação, ofertados pelos mesmos, em março de 1999.

Quanto às primeiras consultas ambulatoriais programadas, considerando o mês de março de 1999, verificou-se que os dois hospitais disponibilizaram, aproximadamente, 13% do total ofertado pelo SUS em Porto Alegre. O Hospital Fêmina realizou, aproximadamente, 3% (789 de 33.296) e o Hospital de Clínicas, aproximadamente, 10% (3.144 de 33.296) do atendimento deste tipo de consulta <sup>32</sup> (Secretaria Municipal da Saúde, 1999). Estes dados são diferentes do número total de atendimentos realizados pelos hospitais, mais adiante citados, pois nestes últimos estão incluídas as reconsultas, que não passam pela Central.

---

<sup>32</sup> Estes dados foram coletados no relatório de março de 1999, da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Quando comparados entre si, em períodos diversos, através de relatórios anuais e semestrais de 1998, as percentagens se mostraram constantes, indicando que a tendência, na quantidade deste tipo de atendimento, se manteve estável nestes dois hospitais (SMS-Central de Marcação de Consultas, relatórios semestrais de 1998 e março de 1999).

Para este tipo de consulta, a população atendida não se originou apenas do município de Porto Alegre, mas de todo o estado do Rio Grande do Sul. Foram estabelecidas, pela Central de Marcação, cotas de consultas, ficando as mesmas assim distribuídas: 55% para Porto Alegre, 30% para a Região Metropolitana de Porto Alegre e 15% para o interior do Estado. O relatório da Central, elaborado em março de 1999, informa que, no ano de 1998, foram agendadas 54,1% de consultas para Porto Alegre e 45,9% de consultas para o Interior e Região Metropolitana de Porto Alegre.

Estes dados foram explicitados para permitir comparar a procedência dos usuários encaminhados através da Central, com a procedência dos usuários e, dos usuários reclamantes, dos hospitais pesquisados. Conforme verificou-se, os dados sobre a procedência dos usuários, encaminhados pela Central, aproximam-se aos dados sobre a procedência dos usuários atendidos no Hospital Fêmeina e no Hospital de Clínicas. Quando analisada a procedência dos usuários reclamantes, verificou-se que estes dados correspondem, excetuando-se dois aspectos: 1) o Hospital Fêmeina atende uma proporção mais elevada de usuários da Região Metropolitana, do que as estabelecidas pela Central; e 2) no Hospital de Clínicas há uma predominância de reclamações por parte dos usuários de Porto Alegre, como veremos no transcorrer deste trabalho.

Se o encaminhamento para a primeira consulta ambulatorial programada, em um hospital, deve ser feito através da Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal da Saúde, para as consultas ambulatoriais de emergência o usuário procura diretamente os setores de pronto atendimento dos hospitais, onde o atendimento é realizado. Este fato ocasiona a superlotação dos hospitais e a falta de controle operacional e financeiro sobre a demanda pela emergência, visto a crescente procura por esse serviço, gerando muitos dos problemas de atendimento nesta área. Estes problemas foram encontrados, também, em reclamações de usuários acolhidas pelas ouvidorias.

Os dois hospitais têm suas folhas de pagamento cobertas pelos Ministérios da Saúde e, no caso do Hospital de Clínicas, também da Educação. Entretanto os hospitais universitários, enfrentam uma particular crise pelo corte no orçamento do Ministério da Educação, concentrado nestes hospitais, em 1999 (InformAndes,

dez/98). Os hospitais universitários estão em crise, e atribuem esta situação à falta de recursos oficiais, à baixa remuneração destinada aos procedimentos médico-hospitalares, cujos custos são superiores aos pagos pelo sistema, e à crescente demanda popular por esses serviços (SUS, 1999).

No período da pesquisa era freqüente os meios de comunicação veicularem notícias sobre a situação do atendimento de emergência nos hospitais públicos. Eram destaque, principalmente, a situação dos hospitais pesquisados neste trabalho, devido ao volume de atendimento prestado pelos mesmos. Para estes hospitais, em sua grande maioria, dirige-se a população que necessita de serviços de urgência. As notícias exemplificavam a situação dos hospitais públicos em Porto Alegre:

“Uma pesquisa realizada pelo Hospital Conceição, em Porto Alegre, apontou que 44% dos pacientes que procuram a emergência poderiam ter sido atendidos em postos de saúde ou ambulatórios. [...] Os que mais sofrem são os estabelecimentos de saúde da Capital. Ontem à tarde, o Hospital de Clínicas retomou o atendimento que estava restrito aos casos graves desde a última terça-feira” (Bach, 1999).

Analisando o atendimento hospitalar de internação, verificou-se que os 21 hospitais conveniados ao SUS disponibilizavam, no período da pesquisa, aproximadamente, 5.700 leitos<sup>33</sup> e 543 leitos de tratamento intensivo (UTI), aos usuários do sistema em Porto Alegre. Os dois hospitais pesquisados ofertavam, aproximadamente, 13% do total de leitos em Porto Alegre e 17% dos leitos de UTI. (Secretaria Municipal da Saúde, 1999).

Neste período, o Hospital de Clínicas disponibilizava 573 de seus 725 leitos para o SUS correspondendo, aproximadamente, a 10% (573 de 5700) do total leitos de Porto Alegre, nas várias especialidades. Ofertava, também, 66 leitos de UTI correspondendo, aproximadamente, a 12% (66 de 543) deste tipo de leito, no município (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1998).

Já o Hospital Fêmeina, com 158 leitos, atendeu, aproximadamente, a 3% (158 de 5700) do total de leitos do sistema, em Porto Alegre. Os 30 leitos de UTI Neonatal representaram 5% (30 de 543) deste tipo de leitos nesta cidade (Grupo Hospitalar Conceição, 1999).

Conforme pode-se depreender dos dados recém apresentados o Hospital

---

<sup>33</sup> São classificados como leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos, fora de possibilidade terapêutica (FTP), psiquátricos, para fisiologia, pediátricos e hospital-dia (Secretaria Municipal da Saúde, 1999).

Fêmima e o Hospital de Clínicas têm uma participação importante, quer se trate de consultas ambulatoriais, programadas e de emergência, ou de internações, contribuindo assim com uma parcela significativa de atendimento aos usuários do SUS de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul.

Constatou-se, também, que os hospitais estudados passaram a ter, a partir da década de 90, uma preocupação mais explícita com a busca da qualidade de atendimento. Essa preocupação estava inserida num contexto mais amplo de crises e de transformações, pelas quais passou a sociedade brasileira e a área da saúde em particular, a partir dos anos 80, a par das transformações ocorridas em nível mundial, conforme já comentado anteriormente.

Na seqüência do trabalho apresenta-se a pesquisa levada a termo para evidenciar e comprovar que ouvidorias hospitalares propiciam envolvimento e disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde. Em cada uma das partes, sob os títulos **O serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima** e **O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** expõe-se a história da instituição e a situação em que cada hospital se encontrava, no momento da pesquisa, no que se refere, principalmente, às suas condições de atendimento. Este item foi construído para que se conhecesse mais da estrutura e da capacidade de cada hospital, na prestação de serviços, e para situar as reclamações registradas nas ouvidorias dentro dessa estrutura.

Apresentam-se, logo a seguir, os resultados da pesquisa de campo no que se refere aos motivos da implantação de ouvidorias por parte dos hospitais estudados ouvidorias. Caracterizam-se os tipos de reclamação acolhidas, o impacto das ouvidorias ao promover estratégias de envolvimento e de disciplinamento, bem como os efeitos destas estratégias em termos institucionais e sociais.

### **3 O serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina**

#### **3.1 O Hospital voltado ao atendimento da mulher na conjuntura atual**

O Hospital Fêmeina (HF) foi fundado em 1954, como sociedade anônima, com o objetivo de prestar atendimento à mulher, denominando-se Hospital Fêmeina S.A. Ao longo de sua história, o Hospital passou de privado para público pois, em fevereiro de 1975, através do decreto 75.403, suas ações foram declaradas de utilidade pública para fins de desapropriação. Com as ações do Hospital Fêmeina, também foram desapropriadas as ações dos Hospitais Nossa Senhora Conceição, da Criança Conceição, e do Hospital Cristo Redentor. Estes atos deram origem ao denominado Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que passou a subordinar-se à Presidência da República, através da sua Casa Civil (Lamb, 1994).

Com quatro prédios, localizados em pontos distantes uns dos outros, em termos geográficos, a área total do Grupo é de 75.307m<sup>2</sup> (Lamb, 1994). Ao longo do período (1983-2000) o GHC organizou uma rede de contava com treze postos de saúde (GRUPO, 1996). Em maio de 1990, pelo Decreto 99.244 o Hospital Fêmeina e o GHC, tornam-se vinculados ao Ministério da Saúde e passam a ser geridos como empresa pública, com o controle acionário da União mantendo, porém, sua identidade de sociedade anônima (daí suas características de hospital de economia mista com administração federal).

O Grupo atende basicamente os usuários do SUS, sendo que os recursos para a manutenção dos hospitais e para cobrir sua folha de pagamento são oriundos desse Ministério. O objetivo do Hospital Fêmeina, a exemplo do Grupo, é “desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, a sua função social”<sup>34</sup>.

O Hospital Fêmeina está classificado como hospital com especialidades pelo Ministério da Saúde e propõe atenção básica em tocoginecologia, neonatologia, cirurgia geral e clínica, oferecendo ainda clínicas de apoio em mastologia, oncologia,

---

<sup>34</sup> Este objetivo está definido como a “missão” do Grupo Hospitalar Conceição e encontra-se afixado nas paredes de setores e serviços e nos crachás dos funcionários.

psiquiatria, endocrinologia e cardiologia. Sua especificidade está no fato de ser um hospital que atende exclusivamente a mulher, reestruturando-se ao longo de sua história para se adequar às mudanças no perfil epidemiológico da saúde da mulher.

A seguir apresentam-se alguns indicadores da estrutura de atendimento do Hospital Fêmeina, na conjuntura atual, que demonstram a capacidade de seu atendimento. Estes tratam do número de leitos e de consultórios, de trabalhadores, de internações e de procedimentos realizados, bem como do tipo de usuário atendido no Hospital. Esses dados foram aqui mencionados para que as reclamações, registradas no serviço de ouvidoria, possam ser compreendidas e inseridas na sua situação institucional<sup>35</sup>.

O Hospital Fêmeina tem uma área de 8.827 m<sup>2</sup> contando, no primeiro semestre de 1999, com uma capacidade média mensal de 158 leitos e 15 consultórios para consultas ambulatoriais programadas. Contava com 511 funcionários e 21 médicos residentes, que totalizavam 532 profissionais em saúde trabalhando no Hospital, naquele semestre (GHC-*Home Page*, 1999 e GHC-Gerência de Informática, 1999a). Nos últimos anos constatou-se, a diminuição de leitos e de funcionários. Consultando o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME, 1999b) e os dados veiculados na *home page* da instituição observou-se que esta tendência persiste. O número de leitos, em sua capacidade operacional, era de 153 em julho e de 148 em outubro de 1999. Em outubro de 1999 constatou-se ainda, na *home page* do GHC, um total de 505 funcionários. Os dados sobre o Hospital Fêmeina podem ser visualizados nas tabelas a seguir apresentadas.

TABELA 1 - Estrutura de atendimento do Hospital Fêmeina - 1997-1999

<b>Leitos e consultórios</b>	<b>1997 Média mensal jan-dez</b>	<b>1998 Média mensal jan-dez</b>	<b>1999 Média mensal jan-jun</b>
Leitos-capacidade instalada	167	159	158
Leitos-capacidade operacional	160	159	158
UTI-Neonatal	31	30	31
Consultórios	15	15	15

Fonte: HF-Relatório de gestão, 1997; HF-SAME, 1999b; GHC-*Home Page*, 1999; GHC-Gerência de Informática, 1999.

<sup>35</sup> Como referiu-se na metodologia desta pesquisa, os dados sobre a estrutura, demonstrando a capacidade de atendimento, pela sua dinamicidade, são apresentados através de sua média mensal, para permitir a comparação entre os períodos analisados.

TABELA 2 - Estrutura de recursos humanos do Hospital Fêmima - 1997-1999

<b>Trabalhadores em saúde</b>	<b>1997 Média mensal jan-dez</b>	<b>1998 Média mensal jan-dez</b>	<b>1999 Média mensal jan-jun</b>
Funcionários (méd.enf.recep)	541	516	511
Médicos residentes	20	22	21
<b>Total de trabalhadores em saúde</b>	<b>561</b>	<b>538</b>	<b>532</b>

Fonte: HF-Relatório de gestão, 1997; HF-SAME, 1999b; GHC-Home Page, 1999b; GHC-Gerência de Informática, 1999a.

Dada a situação de superlotação dos hospitais em Porto Alegre, considera-se significativa e registra-se a repercussão da diminuição de funcionários e de leitos ofertados pelo Hospital Fêmima às usuárias do SUS, pois a procura pelos serviços hospitalares vem se intensificando, enquanto ocorre diminuição na capacidade de atendimento a essa população. Porém, surpreendentemente, a quantidade de atendimentos às usuárias do SUS não diminuiu.

Conforme já foi mencionado, a relação dos hospitais com o SUS realiza-se através de duas formas de atendimento: consultas ambulatoriais, programadas ou de emergência, e internações. Constatando-se o atendimento do Hospital Fêmima nessas modalidades, e também as cirurgias, internações e partos - indicadores do atendimento prestado pelo hospital - tem-se o seguinte quadro, comprovando o aumento da quantidade de serviços prestados, excetuando-se as cirurgias.

TABELA 3- Atendimento do Hospital Fêmima - 1997-1999

<b>Atendimento nas várias modalidades</b>	<b>1997 Média mensal jan-dez</b>	<b>1998 Média mensal jan-dez</b>	<b>1999 Média mensal jan-jun</b>
Consultas ambulatoriais programadas	5.701	6.697	6.976
Consultas ambulatoriais de emergência	3.692	3.107	3.371
<b>Total de consultas de ambulatório:</b>	<b>9.393</b>	<b>9.804</b>	<b>10.347</b>
Internações	874	830	1.070
Cirurgias	441	411	364
Partos	537	471	569
Exames	14.552	15.213	16.578

Fonte: HF- Relatório de gestão, 1997; HF-SAME, 1999b; GHC-Gerência de Informática, 1999a.

Em 1999 o Hospital atendeu, em média, dez mil usuárias por mês em suas consultas ambulatoriais sendo, aproximadamente, 70% nas consultas programadas e 30% no setor de emergência. As consultas de emergência, no caso do Hospital Fêmima, atingiram este elevado percentual pelo tipo de atendimento prestado, que concentra-se na especialidade de obstetrícia. Considerou-se este percentual elevado

pois no Hospital de Clínicas, por exemplo, as consultas ambulatoriais de emergência representam 10% do total de consultas ambulatoriais.

Quanto à internação verificou-se que o Hospital Fêmeina internou, em média, mil usuárias por mês, prestando 98% de seu atendimento às usuárias do SUS. Levando-se em conta que o Hospital realiza principalmente internações obstétricas, a importância do mesmo na prestação de serviços às usuárias do SUS, de Porto Alegre e do interior do Estado, se eleva consideravelmente.

TABELA 4 - Internação segundo tipo de convênio no Hospital Fêmeina-1997-1999

Usuárias do Hospital	1997		1998	
	Ingressos	%	Ingressos	%
SUS	10.291	98.10	9.763	98.02
Convênios	147	1.40	157	1.57
Particulares	52	0.49	40	0.40
<b>Total</b>	<b>10.490</b>	<b>99.99</b>	<b>9.960</b>	<b>99.99</b>

Fonte: HF-SAME, 1999b.

Em 1999, a usuária do Hospital Fêmeina era proveniente, em sua maioria, de Porto Alegre, 54%, enquanto que 38% originou-se da região metropolitana e quase 8% das usuárias eram residentes no interior do Estado e vieram ao Hospital Fêmeina em busca de atendimento. Estes dados referem-se tanto às internações, como às consultas ambulatoriais programadas e de emergência.

Estes dados se aproximam, no que tange as consultas ambulatoriais programadas, às cotas definidas pela Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal da Saúde, respectivamente 55%, 30% e 15%, observando-se, porém, que a região metropolitana absorveu a metade das cotas do interior. Os dados aproximam-se também, particularmente em relação à Porto Alegre, àqueles que indicaram a procedência do usuário reclamante do Hospital Fêmeina, colhidos nesta pesquisa, como veremos mais adiante.

TABELA 5- Procedência da usuária do Hospital Fêmeina-1999

Localidade de procedência da usuária	1999 %
Porto Alegre	54.0
Grande Porto Alegre	38.0
Interior Rio Grande do Sul	7.8
Outros estados	0.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fonte: GHC-Gerência de Informática, 1999a.

O Hospital Fêmeina desenvolve ainda, como atividades complementares, Programas de fortalecimento intra-institucional, de fortalecimento inter-institucional, de ensino e pesquisa, e de eventos. Os Programas de fortalecimento intra-institucional são aqueles que visam envolver os usuários e funcionários, fortalecendo sua relação com a instituição e propiciando atendimentos complementares às atividades básicas. Entre eles encontra-se a Ouvidoria Hospitalar (*ombudsman*)<sup>36</sup>. Através dos Programas de fortalecimento inter-institucional, a instituição estabelece relações com outras instituições de saúde, no sentido de tornar o hospital mais visível no meio científico nessa área<sup>37</sup>. Os dados acima demonstram a importância do Hospital no atendimento às usuárias do SUS de Porto Alegre e de todo o Rio Grande do Sul mas, sem dúvida, sua relevância está na característica de seu atendimento pré-natal, obstétrico e de atenção à saúde da mulher e, por extensão, da criança neonatal<sup>38</sup>.

Os problemas estruturais como a diminuição da capacidade de atendimento, de pessoal e de leitos disponíveis, e o aumento da quantidade de serviços prestados pelo Hospital Fêmeina nos últimos anos, geraram problemas internos. Dentre eles destaca-se a sobrecarga de tarefas dos trabalhadores em saúde e a superlotação. Estes problemas resultaram, também, em reclamações quanto ao funcionamento do Hospital. Problemas relativos à estrutura e ao funcionamento do Hospital Fêmeina foram motivos de reclamações, registradas no serviço de ouvidoria, conforme

---

<sup>36</sup> Os demais são: Seguimento de Recém Nascidos de Risco, Atenção à Diabete na Gestação, Assistência Integral a Filhos de Servidores, Tratamento das Neoplasias Intra-Epiteliais Cervicais, Programas da Unidade da Mama, Ambulatório de Oncologia Clínica, Cursos de Preparação ao Parto, Atenção à Jovem Mãe e Teste Metabólico do Recém Nascido -Teste do Pezinho - (Lamb, 1994).

<sup>37</sup> São eles: Colaboração Internacional no Estudo de Neoplasias de Ovário e Programa de Referência e Contra-Referência. Os Programas de ensino e pesquisa são os de Residência Médica, envolvendo os residentes em processo de formação, e Programa do Lanche Científico oportunizando palestras e discussões sobre os avanços científicos nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e neonatologia. O Programa de Eventos realiza atividades de discussão de assuntos da área médica como o Primeiro Fórum de Idéias sobre Assistência Médico-Hospitalar, realizado em 1992 e atividades envolvendo a população em geral, como os Briques da Saúde realizados a partir de 1994, com o objetivo de aproximar a equipe de saúde da população. Nesse dia a instituição abre suas portas ao público e em clima de festa presta serviços preventivos e expõe trabalhos artesanais de pacientes (Lamb, 1994).

<sup>38</sup> Em 1996 recebeu o Mérito em Saúde, concedido pelo Governo do Estado e Secretaria do Meio Ambiente. Em 1998 o Hospital Fêmeina recebeu o prêmio Hospital Amigo da Criança, da UNICEF-Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde-OMS, por trabalho realizado no Programa de Aleitamento Materno e o Prêmio do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade. As placas indicativas destes prêmios encontravam-se no saguão do Hospital, na época da pesquisa.

veremos no decorrer deste trabalho.

Estes problemas, a diminuição no número de trabalhadores em saúde associada ao aumento no volume de trabalho, devido à crescente demanda por serviços hospitalares e a falta de leitos, foram também mencionados, por chefias e trabalhadores em saúde, médicos, enfermeiros e recepcionistas, como as principais dificuldades do Hospital Fêmima. Foram citados como causas dos maiores problemas com os quais os profissionais da saúde se deparavam no dia a dia de seu trabalho. A falta de pessoal causava a necessidade de mais plantões e de horas-extras, fazendo com que os trabalhadores cumprissem mais do que sua jornada de trabalho, gerando estresse.

Alguns profissionais médicos, entrevistados, citaram ainda, outros problemas como a dificuldade do paciente em chegar até o hospital, os setores do Hospital lotados e a falta de UTI adulto, pois o hospital estava atendendo cada vez mais pacientes de alto risco. Os problemas do Hospital Fêmima exemplificam a realidade brasileira na área da saúde.

Pode-se observar os problemas acima mencionados relatados por profissionais do Hospital quando estes, médicos e enfermeiros, afirmam:

“Alguns dos problemas na equipe de enfermagem é que tu não tens capacidade de exceder muito o teu horário da jornada de trabalho. Tu produzes seis horas, se ainda tens que fazer mais seis horas, isso não é produtivo. Acho que esse é o maior problema que nós temos aqui no Hospital, infelizmente tem falta de recurso, o pessoal não é reposto e a gente está trabalhando muito com horas extraordinárias e, isso não é bom em serviço nenhum, principalmente no serviço de enfermagem, que a gente tem que estar sempre alerta. Tu não podes te enganar, tu não podes errar, ou é ou não é” (HF-chefia, equipe de enfermagem, com nove anos no Hospital, entrevista 8/99).

“A gente trabalha assim sob um grande estresse porque está sempre com o hospital lotado e está sempre com a neonatologia lotada. Às vezes tem que baixar paciente mas tu sabes que a paciente não vai ter leito. [...]Talvez tu não consigas dar a atenção necessária pois num plantão tu atendes centenas de pacientes” (HF-médico residente, com três anos no Hospital, entrevista 12/99). “A sobrecarga de trabalho, o estresse, uma CTI para adultos, não temos” (HF-chefia, médica, com 22 anos no Hospital, entrevista 7/99). “A falta de uma UTI adulto que a gente está cada vez mais atendendo paciente de alto risco. Tem uma UTI toda pronta, a área física, mas tem esse impedimento da contratação de novos profissionais” (HF-médico com 14 anos no Hospital, entrevista 13/99).

Outro problema, mencionado em âmbito administrativo, foi o escasso recurso disponibilizado pelo Governo Federal com que a instituição conta, para manter os

serviços, necessários ao atendimento da população que recorre ao SUS (HF-chefia divisão médica, entrevista 1/99).

Ressalte-se, porém, que todos os trabalhadores em saúde do Hospital Fêmeina, quando foram entrevistados, afirmaram estar satisfeitos com as condições de trabalho no mesmo, comparando com outros hospitais privados em Porto Alegre, ou com os próprios hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. “Trabalhar no Hospital Fêmeina é um paraíso, quando comparado com...”, era a expressão comumente ouvida. Frequentemente era feita referência, como fator positivo, o padrão salarial dos trabalhadores do Hospital.

Os entrevistados afirmaram, com unanimidade, considerar o tipo de atendimento ofertado às usuárias do SUS como excelente, da mais alta qualidade, melhor que hospitais particulares de referência em Porto Alegre, principalmente quando citados os procedimentos técnicos que envolvem um atendimento hospitalar. O mesmo elogio era feito às condições do prédio, como posição solar e estrutura arquitetônica. O mesmo não pode ser dito, entretanto, em relação às condições de hotelaria. Muitas vezes se ouvia também a afirmação de que “para um hospital público, que atende pacientes do SUS, as condições são as melhores” (HF-ouvidores, entrevistas 4/99; 5/99).

A situação observada no Hospital Fêmeina, aqui descrita, foi noticiada pela mídia, durante o período da pesquisa. A notícia, abaixo transcrita, está sendo aqui citada para exemplificar as evidências colhidas na pesquisa, sobre os principais problemas que afetavam a instituição. Foi veiculada pela imprensa local, em 26 de junho de 1999, matéria sobre o impacto, no Grupo Hospitalar Conceição e também no Hospital Fêmeina, da falta de funcionários e das condições de trabalho, situação esta denunciada pelos próprios funcionários:

“Os funcionários do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) realizaram protesto, ontem, nas proximidades dos hospitais Fêmeina, Cristo Redentor e Nossa Senhora da Conceição. Nos manifestos entregues à população, eles denunciaram a carência de funcionários na rede hospitalar, redução e morosidade na compra de materiais, bem como a substituição de mão-de-obra qualificada por estagiários e a má qualidade dos serviços prestados por empresas terceirizadas. As denúncias foram desmentidas pelo diretor-superintendente do GHC. Explicou que o GHC só compra materiais que têm parecer favorável de uma comissão técnica e afirmou que os estagiários que atuam nos hospitais do grupo, através de parceria firmada com as universidades, não exercem atividades fins. Os únicos serviços terceirizados

são os de vigilância e de limpeza na área externa, salientou. Garantiu, ainda, que a defasagem de 383 funcionários será equacionada por intermédio de concurso público. A contratação deverá ser autorizada pelo Ministério da Saúde, salientou.” (Funcionários, 1999).

A situação aqui narrada e as entrevistas realizadas permitem concluir que o Hospital Fêmeina, como os demais hospitais públicos, passa por dificuldades que acabam resultando em problemas estruturais e funcionais, muitos dos quais foram motivos de reclamações registradas no serviço de ouvidoria do Hospital. É o que veremos a seguir.

Na seção acima, para situar a realidade do Hospital na conjuntura atual, utilizou-se o termo usuária tendo em vista a característica feminina de seu atendimento. Como as reclamações, registradas no serviço de ouvidoria, foram feitas por homens e mulheres, passa-se a usar o termo usuário para referir os reclamantes do Hospital Fêmeina<sup>39</sup>. O termo usuária foi também utilizado, porém, em situação específica.

### **3.2 1990: o ineditismo da criação de um serviço de ouvidoria hospitalar**

A partir da década de 90, o Hospital Fêmeina passou a demonstrar, explicitamente, sua preocupação com a qualidade de atendimento. O serviço de ouvidoria foi criado em setembro de 1990, entrando em funcionamento a partir de outubro. Em março de 1992 foi realizada a pesquisa "Satisfação da Clientela e dos Funcionários do Hospital Fêmeina". No segundo semestre de 1993, o Hospital participou do Fórum de Democratização do Grupo Hospitalar Conceição. Em 1996 adotou como forma de gestão o Programa de Qualidade Total.

O Hospital Fêmeina criou, portanto, o seu serviço de ouvidoria em fins de 1990. Inédito no país em instituições hospitalares, a criação desse serviço foi motivo de divulgação na imprensa nacional e local. Em entrevista concedida para reportagem em jornal local, em fevereiro de 1991, o ouvidor instituído comenta o fato, salientando seu ineditismo e a intenção de estender a experiência para os demais hospitais do Grupo Conceição, caso a experiência desse certo (Brum, 1991). Este

---

<sup>39</sup> Nas anotações das reclamações na ouvidoria, foi utilizado o termo o reclamante ou a reclamante, conforme o sexo do mesmo. Porém, nos documentos e artigos escritos pelo ouvidor e administradores foi usado, com mais frequência, o termo o paciente e não a paciente, quando referida a usuária do Hospital Fêmeina.

serviço foi citado, também, na Folha de São Paulo em maio de 1991, como um dos poucos existentes no Brasil até aquele momento (Folha de São Paulo, 1991).

No serviço de ouvidoria foram encontrados vários documentos, além das reclamações. Alguns eram correspondências informando sobre a criação e o trabalho efetuado pelo serviço. De fato, imediatamente após a veiculação do acontecimento em âmbito nacional, entraram em contato com o ouvidor do Hospital Fêmima médicos de dois hospitais, interessados em implantar o serviço e ou trocar informações sobre as experiências de ouvidorias hospitalares.

Denotando o interesse que despertou a sua criação e a possibilidade de implantação desse tipo de serviço em hospitais públicos, no Brasil, o ouvidor do Hospital Fêmima recebeu e enviou correspondências para dois médicos. Um, ouvidor do Hospital Municipal Odilon Behrens<sup>40</sup>, de Belo Horizonte, em 1991, e o outro do Hospital Universitário de Alagoas<sup>41</sup>, em 1992. O primeiro manifestou que ficou sabendo da criação do serviço no Hospital Fêmima, através da Folha de São Paulo, confirmando a repercussão nacional do fato (Ferreira, 1991). O segundo solicitou informações sobre o trabalho do *ombudsman* (Cavalcante, 1992). Nas correspondências o ouvidor do Hospital Fêmima relatou como era realizado seu trabalho e enviou seu primeiro relatório (Zylbersztejn, 1991, 1992).

Encontrou-se, ainda, correspondência do ouvidor da Companhia Riograndense de Telecomunicações-CRT, em 1991, acusando o recebimento do relatório anual do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima. Dizia da satisfação em saber que este último atingiu seus objetivos e que manteria contato pessoal para visitas e troca de experiências sobre a prática de funcionamento, a estrutura, o atendimento ao público e os objetivos do serviço (De Marco, 1991). Por fim, foi encontrada, também, uma correspondência do ouvidor do Hospital Fêmima informando à chefia da divisão médica ter recebido a visita de profissionais do Hospital de Pronto Socorro do Porto Alegre para conhecer o serviço. Isto ocorreu em 1995, ainda na gestão do primeiro ouvidor.

---

<sup>40</sup> Esse Hospital implantou o serviço de ouvidoria em 1991, funcionando durante doze meses, após o que foi extinto. O Hospital tem, agora, um Conselho de Usuário, norteando-se pelos princípios do SUS. Informações colhidas em agosto de 1999, junto ao signatário da correspondência e ouvidor quando da implantação do programa.

<sup>41</sup> Este serviço não chegou a ser implantado. Informações colhidas em abril de 2000, junto ao signatário da correspondência enviada ao Hospital Fêmima.

Estas correspondências e as notícias veiculadas na imprensa escrita evidenciaram que a criação deste serviço em um hospital público teve repercussão, na época, inclusive nacionalmente. Atestaram que na gestão do primeiro ouvidor do Hospital Fêmina foi realizado, também, um trabalho de divulgação externa do serviço recentemente implantado. Houve uma tentativa de articulação com práticas semelhantes, como no caso da CRT, e a possibilidade de servir de exemplo e contribuir para normatizar outras práticas que contemplassem a criação de um serviço de ouvidoria hospitalar, como no caso dos dois hospitais citados. Um serviço que, por ser inédito nas instituições hospitalares públicas no Brasil, causou impacto na época.

Não há documentos oficiais do Hospital Fêmina implantando o serviço de ouvidoria. Não há ato jurídico normatizador do serviço pois, apesar de ser um hospital público, é um hospital com personalidade jurídica de sociedade anônima, o que dispensa tal ato. Atestando, porém, a oficialidade com que o serviço foi instalado encontrou-se o termo de responsabilidade de bens patrimoniais colocados à sua disposição, tendo o mesmo sido locado em sala específica. Este fato indicou que, neste Hospital, o serviço passa a ter vida própria, independente de outros setores. Foi pensada, portanto, como uma micropolítica institucional. Assim, o Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, locado em sala específica e com um médico como primeiro ouvidor, entrou imediatamente em atividade. O serviço passou a funcionar duas horas, durante duas tardes por semana, atendendo os usuários reclamantes que tivessem agendado a entrevista.

No Hospital Fêmina, a escolha do ouvidor foi, tradicionalmente, realizada pelos diretores, especialmente da área médica, através de um convite a um colega ocupar o cargo. A influência do diretor da área médica fica visível nas entrevistas, pois estes diretores foram os únicos mencionados pelos ouvidores, quando indagados de como vieram a ocupar o cargo.

Quando inquiridos sobre o processo de escolha do ouvidor, os mesmos responderam que esta escolha é realizada da mesma forma que outra chefia do Hospital, ou seja, alguém que, a convite do diretor, aceite exercer o cargo. Ao questionar-se a possibilidade de outro profissional, não médico, ser ouvidor, foi

argumentado que um médico tem mais condições de explicar os procedimentos aos pacientes ou familiares reclamantes.

Este fato remete à relação intrínseca entre poder-saber, existente na área médica, como vimos com Graça Carapineiro em *Saberes e poderes no hospital*. No Hospital Fêmima isso é ainda mais relevante pois muitas queixas, conforme veremos, foram decorrentes de falhas nos procedimentos técnicos, neste caso, procedimentos médicos. Quando aventada a possibilidade de a escolha se dar através de eleição, foi argumentado que esta prática não seria viável, nem desejável, pois é necessário alguém de confiança do diretor para exercer o cargo:

“Porque é um cargo que é vinculado à direção do Hospital. E a direção quer escolher alguém em quem confia, que ele acha que não vai mascarar ou tentar maquiagem as reclamações. Tem que ser uma pessoa que eles acreditam que vai trazer fielmente, registrar fielmente as reclamações. Não estou dizendo que todos não façam isso. Pode acontecer que alguém ache que a ouvidoria poderia ter outro tipo de conduta. Então por isso é um cargo de confiança da direção” (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Os dois primeiros ouvidores foram médicos designados pela área médica. Este aspecto indica a importância da área médica nas decisões administrativas, em hospitais. O terceiro mandato de ouvidor coube a um técnico administrativo, médico, porém, com função administrativa no Hospital.

No Hospital Fêmima, a escolha de um ouvidor com perfil de administrador<sup>42</sup>, mesmo tendo sido indicado pela divisão médica, remete para à divisão de poder nos hospitais. Os exemplos demonstraram, também, a forma de escolha do ouvidor que nesse caso, fica atrelado ao poder médico e administrativo do Hospital<sup>43</sup>. Mostra que houve alguma ruptura no poder médico pois, após sete anos, durante os quais o serviço foi coordenado por médicos atuantes na profissão, em 1998 foi designado, para a chefia do serviço de ouvidoria, um representante da área administrativa. A questão da divisão de poder entre administradores em saúde e médicos é

<sup>42</sup> Foi mencionada, em entrevista com esse ouvidor, a sua experiência administrativa anterior, por treze anos como diretor de outro hospital público, em Porto Alegre. Foi destacado, também, o corporativismo na área médica como limitador do trabalho da ouvidoria. Foi um dos poucos que não considerou necessário o ouvidor ser médico (HF-ouvidor, médico com função administrativa, entrevista 5/99).

<sup>43</sup> Este fato ficou explícito no depoimento do ouvidor do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte, serviço que, como vimos, durou doze meses. A diretoria do Hospital foi mudando sua disposição com a ouvidoria, passando a exigir que a instituição fosse defendida frente aos usuários. O ouvidor deveria, assim, procurar uma explicação para o fato que gerou a reclamação e dar uma resposta ao usuário, passou a ser “goleiro da instituição”, segundo suas palavras. Entrevista realizada em agosto de 1999.

preocupação de alguns setores médicos e ultrapassa os limites desse Hospital<sup>44</sup>.

A literatura sobre a instalação de ouvidorias, em âmbito internacional (Amaral Fº, 1993), e também no Brasil (Lyra, 1997), aponta a autonomia do ouvidor como uma das mais importantes características do cargo. Embora refiram-se, principalmente, à implantação de ouvidorias em instituições governamentais, salientam que a indicação ou vinculação do ouvidor ao poder executivo dificulta a sua ação, impedindo-o de levar a bom termo seu trabalho.

Os documentos que nos permitiram as conclusões que seguem são aqueles de conhecimento público, ou seja, entrevistas em jornais da imprensa local, em revista técnico-científica e em jornal do próprio Grupo Hospitalar Conceição. As correspondências mantidas pelo primeiro ouvidor com outras instituições, sobre o serviço de ouvidoria, bem como as entrevistas forneceram preciosas informações para desvendar a experiência da criação de ouvidoria no Hospital Fêmina de Porto Alegre.

A partir de 1993 foram entrevistadas várias pessoas que ocupavam posições estratégicas no hospital como diretoria técnica e administrativa, ouvidor, chefias e trabalhadores em saúde. Estas entrevistas não foram computadas na definição final do número de entrevistados, mas as informações foram consideradas nesta pesquisa, dada a sua relevância. Importa ressaltar aqui, que o contato inicial com a instituição e as primeiras pesquisas, referentes ao serviço de ouvidoria, foram realizadas na gestão do diretor que implantou o serviço e do primeiro ouvidor. Na época colheram-se várias informações entre as quais o interesse da instituição em criar a ouvidoria.

As mesmas informações também foram coletadas em 1999, a fim de relacionar os motivos alegados pela instituição com os motivos verbalizados pelos

---

<sup>44</sup> Demonstrando claramente esta disputa, manifestou-se a este respeito o diretor médico do Hospital Mãe de Deus, no artigo, *Medicina e tecnologia*, publicado na *Revista Mãe de Deus* declarando, que “a exemplo do que ocorreu em outras profissões, a atividade médica tem sido sistematicamente envolvida pela onda de progresso tecnológico, que, a um só tempo, conseguiu ajudar o médico no diagnóstico e tratamento e elevar de maneira desordenada os custos, de modo a inviabilizar o sistema de saúde público e colocar em alerta máximo o sistema privado. Os médicos que deveriam ser os principais beneficiados com as facilidades e eficiência das inovações tecnológicas, vêm perdendo, rápida e progressivamente o poder decisório que sempre foi o principal diferencial com as outras profissões. A tendência de perda da autonomia profissional pode ser explicada de várias maneiras”. Entre quatro aspectos elencados foi citado aquele que remete para a administração: “despreparo do médico em assuntos gerenciais, facilitando a ação de gerentes e administradores de saúde” (Kaemmerer, 2.000, p. 7). Ressalte-se que o Hospital Mãe de Deus é um hospital privado.

trabalhadores em saúde, que foram submetidos à experiência desta nova estratégia de gestão hospitalar.

### **3.3 A implantação do serviço de ouvidoria como micropolítica institucional**

Neste tópico analisa-se a opção do Hospital Fêmeina pela criação de um serviço de ouvidoria como micropolítica institucional. Em âmbito macrossocial, relacionou-se esta criação com a crise na área da saúde e nos hospitais. Explicitou-se a adesão do Hospital, através da implantação deste serviço, a uma das propostas para a área da saúde, reformadora ou liberal, e aos princípios do SUS, de democratização e de desburocratização institucional.

Em âmbito microssocial, relacionou-se a instalação do serviço com o alinhamento institucional a novas ideologias, que indicavam novas estratégias de gestão como os programas de qualidade e as próprias ouvidorias. Verificou-se ainda esta opção como dispositivo de gestão que possibilitou, à administração, realizar uma melhor gestão ao procurar tomar conhecimento das falhas institucionais e assim avaliar a qualidade do atendimento. Explicitaram-se, também, as razões econômicas, políticas e ético-sociais que justificaram a implantação deste serviço, neste Hospital.

No Brasil, o início da década de noventa caracterizou-se pela redefinição do sistema de saúde, na tentativa de superação da crise em que se encontrava. No Hospital Fêmeina, a criação de um serviço de ouvidoria estava relacionada com a crise na área da saúde pois, como observamos, o sistema de saúde, vigente até a década de oitenta, levou à deterioração dos hospitais públicos pelo direcionamento dos recursos públicos, prioritariamente, para o setor privado. Esta política afetou a relação oferta e demanda dos serviços públicos, pondo em risco a qualidade de atendimento aos usuários do sistema.

Em correspondência enviada a seu colega do Hospital Universitário de Alagoas, em 1992, o ouvidor do Hospital Fêmeina expressou claramente razões institucionais, de ordem econômica, para a escolha da estratégia implantada, relacionadas também à crise em que se encontravam os hospitais públicos, no início da década de noventa. A ouvidoria permitiria, ao Hospital, manter “um canal aberto para as reclamações sem grandes custos e dimensionado para as suas necessidades” (Zylbersztejn, 1992).

Explicitando o aspecto **econômico** da crise constatou-se, ainda, que no Hospital Fêmeina havia muitas reclamações feitas pelos usuários antes da implantação de um serviço de ouvidoria. Estas apontavam para a qualidade e o tipo de atendimento realizado pelo Hospital, aspectos **políticos** e **ético-sociais** da crise. Estão conectados, assim, os motivos de ordem **econômica, política e ético-social**: a crise afetando a qualidade da prestação dos serviços públicos e o tipo de atendimento realizado no Hospital, em particular.

Quando o serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina foi criado, em setembro de 1990, sopravam, na época, os ventos da nova Constituição Brasileira de 1988, da Lei do SUS a ser promulgada em dezembro de 1990, e da redemocratização da sociedade. Novas políticas nacionais, e também institucionais se instalavam, na área da saúde. Em setembro de 1990 foi lançado, no Brasil, o Código de Defesa do Consumidor. No mesmo mês e ano foi criado o serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina. Entretanto, o Hospital não criou o serviço em decorrência deste código ou da imposição de políticas e propostas sociais mais amplas, embora estejam relacionadas.

O Código expõe como política nacional de relações de consumo a "racionalização e melhoria dos serviços públicos" e afirma como direito básico do consumidor "a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral" (Lei 8.078, de 11.09.1990). Algumas empresas, que mais tarde implantaram um serviço de ouvidoria, relacionaram a sua criação ao Código (Giangrande, Figueiredo, 1997).

Ainda que a intenção do Hospital Fêmeina, ao criar uma ouvidoria hospitalar teve como um dos objetivos melhorar a prestação dos serviços públicos e, este seja equivalente às intenções do Código, a simultaneidade dos fatos permite concluir pela autonomia do mesmo em implantar suas próprias micropolíticas institucionais.

Implantar ouvidorias não estava expresso nas políticas oficiais macroestruturais, pela reforma que implantou o SUS. Sua criação foi cogitada somente em 1996, por ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, como vimos anteriormente. Concluiu-se que a escolha pela instalação da ouvidoria, por parte do Hospital Fêmeina, foi tomada de forma autônoma. Essa autonomia foi confirmada, também, pelo ineditismo desta ação na área da saúde e em hospitais.

A autonomia implica, porém em dependência Bourdieu (1992) e remete para a necessidade de analisar as instituições a partir das relações de poder e não o contrário Foucault (1995). A autonomia é, portanto, relativa pois, caracteriza uma estratégia que expressa relações de forças sociais mais amplas, como será demonstrado no decorrer desta explanação.

A decisão em criar a ouvidoria como uma estratégia de gestão, uma micropolítica, foi tomada em âmbito gerencial, que a instituiu como um programa institucional passando a fazer parte dos “Programas de fortalecimento intra-institucional”. Estes, como vimos, destinavam-se aos usuários e funcionários fortalecendo a relação dos mesmos com o Hospital. A ouvidoria foi criada para receber reclamações dos usuários e também dos trabalhadores da instituição<sup>45</sup>.

A criação da ouvidoria como um de seus programas institucionais, fortalecendo a relação entre a instituição, seus usuários e trabalhadores, indicou os motivos políticos institucionais que conduziram o Hospital Fêmina à escolha deste tipo de estratégia: a melhoria da gestão administrativa e da qualidade dos serviços públicos.

Na justificativa que remete para a melhoria da gestão nesse Hospital, categorizada como **política**, observaram-se os princípios políticos nacionais mais amplos, de desburocratização e de democratização expressos na reformulação do SUS. Entretanto, a relação direta com a política de saúde recém implantada na época, no Brasil, não foi abordada pelos fundadores, levando à conclusão de que estes princípios não estavam presentes na intenção prática de instalar o serviço. Estes princípios, quando mencionados, foram vinculados à noção de empresa moderna. O discurso, dos fundadores, mescla razões, para a implantação do serviço, que relacionam os aspectos de desburocratização e de democratização institucional.

---

<sup>45</sup> As reclamações dos trabalhadores nunca foram em grande número, mas com o passar dos anos elas praticamente deixaram de ser registradas na ouvidoria. A justificativa para tal foi a não transgressão ao princípio da hierarquia. Segundo depoimento de um ouvidor: “Não deu certo por causa do problema da hierarquia. O problema, não é problema pelo fato de existir hierarquia. Se um funcionário viesse fazer uma reclamação na ouvidoria, ele achava que o chefe dele poderia ficar magoado, porque ele pulou uma escala hierárquica. Ele tem que reclamar para o seu chefe. Mas a ouvidoria em princípio estava aberta ao funcionário. Era essa a proposta. Se alguém tivesse alguma coisa a colaborar com o hospital podia vir até a ouvidoria. Isso criou um problema de choque de hierarquia, não é? Primeira coisa, tem que falar com o chefe. Satisfeito ou insatisfeito, tem que se dirigir ao chefe. Apesar de que a ouvidoria estava aberta para eles, não deu certo” (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Estas razões conectam instituição e usuário. O serviço de ouvidoria foi instalado para viabilizar uma maior desburocratização institucional. A ouvidoria possibilitaria acolher e investigar as falhas apontadas pelos usuários sem processos burocráticos. O ouvidor buscaria uma solução administrativa para os reclamantes “a idéia básica é diminuir o peso da burocracia” (Chaves, Zylbersztejn, 1993). Observou-se que o ouvidor era concebido como um “agente independente, que receberia as queixas do cidadão sobre as falhas da administração pública ou privada e prestaria informações sobre elas”, seria um “agente administrativo”, com amplos poderes para investigar, sem processos burocráticos, as falhas da administração e da prestação de serviços (Chaves, Zylbersztejn, 1993).

“Verificar a satisfação da clientela sem entraves burocráticos. Seria somente um dos aspectos da garantia da qualidade” (HF-chefia da divisão médica, entrevista 1/95).

Esta noção esteve claramente expressa nos artigos e entrevistas concedidas pelos fundadores da ouvidoria, no momento de sua implantação. Ao analisar-se, porém, os discursos dos demais entrevistados, verificou-se que o aspecto **desburocratização** não foi citado pelas chefias, nem pelos trabalhadores da instituição e tampouco pelos usuários. Estes não associaram a criação do serviço de ouvidoria com a intenção de evitar um sistema burocrático de atendimento ao usuário reclamante.

Em relação à democratização institucional, o discurso dos fundadores da ouvidoria enfatizaram aspectos que podem ser considerados como uma forma de o serviço de ouvidoria vir a propiciá-la. O serviço seria um canal para que os pacientes, classificados pela instituição como “extremamente insatisfeitos”, pudessem exprimir suas reclamações. A existência deste canal seria uma condição da empresa moderna:

“Por outro lado, existe um grupo de indivíduos que caracterizamos como os extremamente insatisfeitos e que procuram maneiras de expressar-se seja á imprensa, por telefone à instituição ou uma queixa interpessoal para os quais um hospital moderno deve oferecer ou deve oportunizar um canal de expressão” (Chaves, Zylbersztejn, 1993).

A idéia de democratização institucional não foi, porém, mencionada por parte dos entrevistados. Utilizaram outras expressões que foram categorizadas como indicativas da idéia de democratização. Para as chefias, o serviço é visto como uma porta de comunicação, um canal com o usuário, pois permite-lhe expressar suas queixas e sugestões (HF-chefias médicas, entrevistas 6/99 e 7/99). Para os

trabalhadores em saúde, médicos, enfermeiros e recepcionistas, as razões, caracterizadas como democratizantes, dizem respeito ao fato de o serviço de ouvidoria permitir ouvir o “cliente” ou o “paciente” (HF-trabalhadores em saúde, entrevistas 10/99, 12/99, 16/99).

Alguns mencionam aspectos amplos como a satisfação do público em geral (HF-equipe de enfermagem, entrevista 14/99). Apenas uma entrevistada, da equipe de enfermagem ressaltou, explicitamente, as características democratizantes do serviço. Neste caso, foi salientado o direito do paciente de ser ouvido e a liberdade para manifestar sua opinião através de queixas na ouvidoria (HF-equipe de enfermagem, entrevista 15/99). Esta idéia não foi expressa por usuários do Hospital (HF-usuários, entrevistas 23/99, 26/99, 25/99 e 27/99).

Como política institucional, a criação da ouvidoria, foi relacionada com a busca da qualidade dos serviços prestados. Este motivo foi ressaltado em trechos discursivos do primeiro ouvidor e do diretor médico que implantou a ouvidoria. A qualidade foi mencionada por alguns entrevistados (HF-chefia área administrativa, entrevista 9/99), referida, porém, como resposta a outras questões, e não aos motivos que levaram à implantação da ouvidoria. Uma, a propósito da relação entre o serviço de ouvidoria e o programa de qualidade, e outra por ocasião da avaliação dos resultados de instalação desse serviço. Quando argüidos sobre estas questões, parte dos entrevistados expressaram claramente a relação entre ouvidoria e a noção de qualidade, principalmente os administradores, ouvidores e chefias (HF-chefia divisão médica, entrevista 1/99; ouvidores, entrevistas 3/99, 4/99, 5/99 e chefias, entrevistas 6/99, 7/99, 8/99).

Embora alguns dos trabalhadores em saúde entrevistados afirmarem que o programa da ouvidoria e o programa da qualidade total estão relacionados (HF-entrevistas (HF-entrevistas médico, 13/99; equipe de enfermagem, 15/99 e recepcionista, 16/99); outros não souberam estabelecer esta relação, mas afirmaram que eles deveriam estar relacionados (HF-entrevistas médico, 12/99; equipe de enfermagem, 8/99; 14/99 e recepcionista, 17/99). Alguns, manifestaram que a ouvidoria usa outros meios para conseguir a qualidade (HF-ouvidores, entrevistas 3/99 e 4/99) bem como mencionaram que a proposta da qualidade total, de ouvir o

cliente, já estava contemplada pela ouvidoria, no Hospital Fêmeina, antes mesmo da implantação daquele programa.

Já os trabalhadores em saúde manifestaram, com mais ênfase, objetivos de caráter **ético-social**, ao relacionar a implantação do serviço ao objetivo de verificar o funcionamento da instituição. Este funcionamento afetava diretamente os trabalhadores em saúde do Hospital. Parte dos mesmos, porém, não reconheceu a relação entre ouvidoria e qualidade, nem mesmo quando questionados diretamente a respeito (HF-trabalhadores em saúde, entrevistas 12/99, 12b/99, 14/99, 17/99). Usuários entrevistados também relacionaram a implantação do serviço com a intenção da instituição em “botar qualidade no hospital” (HF-usuária, entrevista 25/99).

A escolha por este tipo de estratégia de gestão - ouvidoria hospitalar - esteve mais fortemente associada, no Hospital Fêmeina, à concepção da ouvidoria como uma solução administrativa, como uma nova técnica de gerenciamento. A existência das reclamações e o fato dos reclamantes procurarem, diretamente, o gabinete do diretor técnico, cargo do administrador médico do Hospital, foram aspectos que impulsionaram a escolha pelo serviço de ouvidoria. Face ao número de usuários que se dirigia ao diretor do Hospital para reclamar, o que na prática, dificultava o trabalho do administrador, houve necessidade de uma solução institucional que lhe permitisse tomar conhecimento das queixas através de um documento explanando, de forma já elaborada, incluindo o fato e suas circunstâncias, caso contrário “acontece que o diretor, ou ele fica escutando reclamação, ou ele vai gerenciar o hospital” (HF-ouvidor, entrevista 3/99). Conforme salientou o diretor médico da época:

“Naquele momento já havia queixas que justificassem a implantação de um serviço de ouvidoria. Eram muitas as queixas, as pessoas se queixavam para qualquer um e cada um fazia uma coisa, ou dizia o que lhe era conveniente” (HF-chefia divisão médica, entrevista 1/95).

Antes da ouvidoria, os usuários reclamantes encaminhavam-se, na maioria das vezes, até a sala da direção para reclamações sobre o atendimento recebido no Hospital. A existência das reclamações foi mencionada por muitos entrevistados como administradores, ouvidores, chefias e, inclusive, usuários (HF-ouvidor, entrevista 3/99; chefias entrevistas 6/99, 7/99 e 8/99; usuárias, entrevistas 23/99; 26/99 e 27/99). Destaque-se que este aspecto não foi citado pelos trabalhadores em saúde entrevistados, o que demonstra seu pouco conhecimento da história da

instituição e da criação do serviço. Porém, os usuários do Hospital, mesmo desconhecendo a história institucional, afirmaram intuitivamente, respaldados pela experiência concreta, por sofrerem os problemas que resultaram nas reclamações, que a instalação do serviço de ouvidoria estava relacionada com o fato de já existirem muitas queixas, o que teria conduzido o Hospital a tomar alguma providência em relação às mesmas.

A criação de um serviço de ouvidoria no Hospital Fêmima resultou da incorporação de novas ideologias gerenciais, razão que aponta para o aspecto **político** desta eleição. Como demonstra a origem do pensamento que embasou a decisão da diretoria do Hospital, a concepção de ouvidoria hospitalar foi uma adaptação do enfoque, vigente nos Estados Unidos da América, sobre ouvidoria como parte da moderna administração, cuja característica dirige-se cada vez mais pela busca da satisfação do cliente e do conhecimento sobre o *National Health Service*, vigente na Inglaterra.

Há, assim, a unificação das duas concepções na adoção do serviço de ouvidoria: uma institucional, da empresa moderna e da satisfação do cliente, relacionado ao projeto liberal. A outra, menos explícita, pelo fato do Hospital fazer parte do SUS, aponta para as possibilidades promissoras deste tipo de serviço no sistema público, no Brasil, vinculando o programa institucional com a proposta reformadora para a área da saúde:

“Quando foi implantada, a ouvidoria foi pensada como garantia da qualidade como os americanos estão enfocando. Da satisfação da clientela. Um pensamento bem administrativo, de resolver problemas administrativos. [...] Na Inglaterra o sistema não é burocratizado e não há necessidade de ter ouvidoria” (HF-chefia divisão médica, entrevista 1/95).

Este fato é reconhecido pelos trabalhadores mais antigos da instituição, ouvidores, chefias e trabalhadores em saúde (HF-ouvidores, entrevistas 3/99, 4/99; chefias, entrevistas 6/99, 7/99, 9/99; trabalhador em saúde, entrevista 13/99). Ao responderem sobre o porquê da instalação da ouvidoria, as idéias expressas por eles indicavam, como motivo, a experiência que o diretor da época havia colhido na Inglaterra, onde vivera alguns anos. A instalação desse serviço decorreu, assim, de sua concepção como uma estratégia de gerenciamento, inserido numa política institucional de reavaliar a gestão administrativa e de tomar conhecimento das falhas da instituição. Este objetivo político mais amplo desdobra-se em dois motivos ético-

sociais convergentes: um destaca o trabalho interno da instituição e outro o usuário.

Internamente, a ouvidoria contribuiria para promover uma melhor administração, pois teria amplos poderes para investigar "eventuais falhas ou omissões" administrativas e da prestação de serviços do Hospital. Os propósitos que impulsionaram a criação do serviço estão mais claramente evidenciados nas palavras de seus fundadores. Segundo estes, a ouvidoria auxiliaria a promover uma melhor administração e corrigir práticas incorretas.

As circunstâncias institucionais, da época, confirmaram que a opção pela criação do serviço de ouvidoria, como dispositivo de gestão, deu-se no intuito de realizar uma melhor administração. Esta visão empresarial foi verbalizada por entrevistados da equipe de enfermagem e médicos, ao afirmarem que, no momento de implantação do serviço, era preciso centralizar as reclamações (HF-chefia, equipe de enfermagem, entrevista 8/99) e que o serviço foi criado como parte de uma administração "moderna e com objetivos" (HF-médico, entrevista 13/99).

Ao instalar um serviço de ouvidoria, o Hospital Fêmima objetivou tomar conhecimento de suas falhas e apurar erros e faltas cometidas pelos trabalhadores, avaliando, assim o tipo do atendimento prestado. Este fato é reconhecido institucionalmente pois foi citada, nas entrevistas, ao ser referida a necessidade da instituição mensurar o tipo de atendimento para: constatar falhas, diminuir o ímpeto das reclamações, saber como está o funcionamento da instituição e a prestação do serviço (HF-chefias, entrevistas 8/99, 9/99; trabalhadores em saúde, entrevistas 10/98, 12/99, 12b/99, 13/99, 14/99, 15/99, 16/99, 17/99). Neste caso, o serviço foi instalado para resolver ou mediar conflitos entre usuário e profissional e foi explicitado pelas diversas categorias de entrevistados: ouvidores, chefias, trabalhadores em saúde e usuários (HF-ouvidores, entrevistas 3/99, 5/99; chefias, entrevistas 6/99, 7/99, 9/99, trabalhadores em saúde, entrevistas 14/99 e usuários, entrevistas 22/99, 23/99, 26/99).

Em 1998, em correspondência do novo ouvidor que assumiu o cargo, ao chefe da divisão médica e ao corpo clínico do Hospital (Lamb, 1998), foram explicitados, mais uma vez, os objetivos do serviço. Entre estes aparece, como primeiro objetivo o usuário: "dar uma resposta procurando resolver o problema do reclamante". Este objetivo, porém, não foi explicitado a partir dos princípios do SUS

e da concepção democratizante. Em segundo lugar, confirmou-se a idéia do serviço como forma de melhorar a qualidade dos serviços prestados, corrigindo "eventuais" falhas ou omissões dos serviços prestados. Em terceiro lugar, é citado o objetivo, que a nosso ver é o prioritário: "principalmente, procurar auxiliar aos colegas no sentido de serem evitadas possíveis demandas judiciais". Internamente, o serviço se destinaria a aplacar as reclamações dos usuários, ao tentar evitar que ocorressem demandas judiciais, fatos freqüentes. Demandas essas que são dirigidas ao Hospital, que por sua vez, aciona o envolvido, quase sempre médico, para a defesa.

A importância desse objetivo ficou evidenciada pois ele foi reiterada e exaustivamente citado, na história da ouvidoria, por ouvidores e médicos, atestando a preocupação dos mesmos com as demandas judiciais. Este aspecto foi mencionado, também, pela comissão de ética do Hospital, em entrevista realizada, pela pesquisadora, em 1993. Nas entrevistas mais recentes, o objetivo da ouvidoria, de evitar possíveis demandas judiciais dos reclamantes contra o Hospital e seu corpo clínico, foi enfatizado por ouvidores, por médicos e residentes reclamados. Esta ênfase demonstrou, claramente, a preocupação da área médica quanto aos processos judiciais por erros médicos. As ações judiciais eram bastante freqüentes, antes da implantação do serviço de ouvidoria, fato confirmado por vários profissionais entrevistados e muitas vezes, também, divulgado na imprensa local. Após a criação desse serviço estas demandas diminuíram (HF-ouvidor, entrevista 4/99).

Resumindo, o interesse do Hospital Fêmeina em implantar um serviço de ouvidoria apontou para razões que estão relacionadas tanto com a proposta reformadora como com a proposta liberal, vigentes em nosso País, para a área da saúde. Isso porque, mesmo que o serviço de ouvidoria tenha sido concebido como uma política institucional autônoma, não foi claramente definida a opção por um destes projetos sociais mais amplos. E é exatamente por isso que os discursos institucionais apontam para os dois projetos simultaneamente. Esse argumento pode ser verificado quando analisou-se o uso de determinados termos, nas narrativas dos entrevistados, que indicam a adesão à determinadas ideológicas correntes de pensamento.

As razões para a implantação do serviço de ouvidoria no Hospital Fêmeina foram relacionadas com a proposta reformadora pois incluiu medidas de

desburocratização e de democratização institucional. A opção pela voz, como canal de expressão do usuário, é um mecanismo político de recuperação de instituições e, portanto, democratizante, como já expressamos citando Hirschman (1973). Medidas de desburocratização também foram enfatizadas, pela vertente reformadora do sistema de saúde e incluídas na legislação que implantou o SUS no Brasil, conforme vimos anteriormente.

Porém, no Hospital Fêmina, verificou-se que o princípio de dar voz ao usuário e de desburocratização foi advogado quando salientadas as características do mesmo como as de um hospital moderno, aproximando a instituição da proposta liberal para a área da saúde. As razões salientadas para a criação da ouvidoria aproximaram-se do discurso e das propostas liberais ao serem enfatizadas as características do Hospital como as de uma empresa moderna, quando denominado o usuário e quando citadas as questões de qualidade. Quanto à primeira característica foi advogada a necessidade da modernização, para a segunda foi utilizado o termo cliente e na terceira foi enfatizada a melhoria da qualidade próxima as idéias da qualidade total, amplamente disseminadas mais tarde, no Brasil, quando foram enfatizados os programas de qualidade como estratégia de gestão.

A satisfação do cliente e a melhoria da qualidade, pensada em moldes empresariais, foram ressaltadas como justificativas institucionais para a implantação da ouvidoria hospitalar, em um período (1990) em que os programas de qualidade ainda não haviam sido divulgados em número significativo, no Brasil. Esta observação é pertinente, principalmente em relação a hospitais que passam a incorporar as idéias de satisfação da clientela e da qualidade total em torno da década de 1990.

Nessa condição, como empresa moderna, o Hospital deveria oferecer um canal que possibilitasse a expressão da clientela e deveria criar uma fórmula, através da qual as queixas individuais pudessem ser ouvidas. Como tal, a administração pensou em implantar uma estratégia de gestão que permitisse diminuir a tensão criada entre uma estrutura burocrática, própria das estruturas modernas, e o indivíduo, já que este poderia ter seus direitos pessoais atingidos, ou não considerados pela estrutura burocrática. A compreensão da instituição como empresa moderna e a necessidade de acolher reclamações, sem entraves burocráticos,

demonstrou a concepção de sua inserção no sistema de saúde. É uma empresa que deveria adequar-se às regras da modernidade e, ao mesmo tempo, é uma empresa pública onde estavam acontecendo entraves burocráticos na recepção das reclamações dos usuários. A análise que efetuamos, para compreender porque os profissionais do Hospital Fêmima o pensaram como uma instituição pública moderna e, como tal, com entraves burocráticos apoiou-se nos estudos de Weber, sobre a burocracia na sociedade moderna (1992).

Porém, se a idéia de desburocratização estava mais clara no pensamento dos propositores da criação deste serviço e dos trabalhadores na instituição, as medidas de democratização não estavam definidas com a mesma visibilidade. Assim, verificou-se que não foi claramente expresso o pensamento que relacionava a criação do serviço com direitos dos usuários e como forma de democratização institucional, explícitos na proposta reformadora do SUS. Estes aspectos não foram citados, pelos trabalhadores da instituição, nem por usuários. Como já vimos, apenas uma enfermeira argumentou no sentido de direitos e da liberdade dos pacientes. A expressão democracia ou democratização institucional não foi utilizada pelos entrevistados.

A palavra democratização não apareceu nem nos documentos consultados, nem nas entrevistas realizadas, o que nos levou a concluir que este princípio não estava incorporado no trabalho cotidiano da instituição ou de seus trabalhadores. Não estava presente, tampouco, na percepção que os usuários têm de um serviço de ouvidoria. Em relação aos usuários, isso denotou a ausência de informação sobre seus direitos e sobre o exercício da cidadania, que inclui a possibilidade de ser ouvido em suas reclamações.

### **3.3.1 A institucionalização do serviço de ouvidoria**

Para a institucionalização do serviço de ouvidoria, no Hospital Fêmima não houve uma normatização escrita, no que se refere à competência e aos procedimentos que orientariam a ação do ouvidor. Porém, alguns procedimentos considerados como normatização do serviço foram definidos: receber a reclamação, identificar o reclamante, registrar por escrito a queixa e marcar uma segunda entrevista com o reclamante, para dar ciência do resultado da investigação.

Havia normas básicas para o registro das ocorrências. Em todas as reclamações foram anotados o nome, o endereço e alguma forma de contato telefônico, embora, em muitas delas estes dados não estavam completos. No início o reclamante não precisava assinar a reclamação, mas no decorrer do tempo esta norma foi modificada, exigindo-se a assinatura.

Em 1994 foi realizada uma reunião de ouvidores do Grupo Hospitalar Conceição, cuja pauta era a discussão e o estabelecimento da rotina do serviço de ouvidoria e a sua uniformização em todas as unidades hospitalares do Grupo. Esta reunião ocorreu quatro anos após a implantação do serviço pelo Hospital Fêmeina e, naquele momento, este serviço já havia sido criado em mais dois hospitais do GHC, o Hospital Nossa Senhora Conceição e o Hospital Cristo Redentor. O texto final apresentava seis itens de normatização, referentes às rotinas de acolhimento e de encaminhamento das reclamações.

Para receber as reclamações ficou estabelecida a padronização da folha de registro, a qual passaria a chamar-se Registro de Ocorrência e deveria ser numerada e datada, incluir o nome do paciente ou familiar, o número do leito, a unidade de internação, número de registro no hospital, profissão, número de telefone comercial e residencial, endereço, bairro, cidade, assunto, a assinatura do reclamante e a assinatura do ouvidor. Analisando as reclamações daquele período em diante, constatou-se que algumas destas informações nem sempre constavam, tais como número do leito, a unidade de internação e a assinatura do reclamante, embora este estivesse sempre identificado. Observou-se que a norma da assinatura do reclamante só foi plenamente implantada a partir de 1998.

Como segundo item da padronização da rotina, foi instituída a adoção de um livro próprio para o registro das pessoas atendidas na ouvidoria, o assunto e o número do registro da Ocorrência. O terceiro aspecto salientado foi a decisão de encaminhar cópia da Ocorrência para a Comissão de Ética de cada hospital, para que pudesse tomar conhecimento e tomar as providências que julgasse necessárias, dependendo da natureza e da gravidade do assunto.

A rotina de encaminhamento do boletim de ocorrências deveria ser a mesma em cada hospital do GHC e seguiria os passos: anotação da ocorrência, parecer do chefe de serviço ou setor envolvido; retorno para a ouvidoria, envio para o chefe da

divisão responsável pelo serviço ou setor para providências que julgasse cabíveis. Posteriormente, seria dada ciência para a chefia da divisão médica, representante da área médica e técnica, incluindo, esta última, os serviços de enfermagem, nutrição, assistência social, análises clínicas e laboratório. A seguir, o documento retornaria para a ouvidoria para arquivamento. O horário de atendimento e a definição de agendar ou não as entrevistas ficariam a critério de cada serviço de ouvidoria.

Comparando essa normatização com o procedimento efetivamente praticado pelo ouvidor do Hospital Fêmima, verificou-se que esta rotina já estava sendo seguida pelo mesmo e a única alteração substancial foi que os demais ouvidores exigiram que a reclamação passasse a ser assinada. O aspecto que gerou mais polêmica, entre os ouvidores do Grupo Hospitalar, foi a respeito da assinatura do usuário. O ouvidor do Hospital Fêmima, desde o início de seu trabalho, facultava ao reclamante a sua identificação e não concordava com essa medida, visando resguardar o usuário. O argumento utilizado foi que a finalidade da ouvidoria não era punitiva, mas sim de melhorar os serviços de atendimento. Seu parecer não foi aceito, na época, porque:

“Nos outros hospitais muitos médicos talvez entenderam que essa reclamação poderia ter um aspecto punitivo para eles e queriam ter o direito de se defender judicialmente” (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Esta incipiente normatização dos serviços de ouvidoria do Grupo Hospitalar Conceição, do qual o Hospital Fêmima faz parte, não tocava, porém, num dos aspectos fundamentais do exercício deste serviço, qual seja, a competência do ouvidor.

Em junho de 1998, assumiu o serviço o terceiro ouvidor do Hospital. Após ter experienciado os dez primeiros processos de reclamação, o novo ouvidor, médico, porém representante da área administrativa, enviou correspondência ao chefe da divisão médica e aos integrantes do corpo clínico do Hospital, no sentido de normatizar as ações do serviço. O documento basicamente tratava da rotina de serviço. As entrevistas poderiam ser agendadas para o dia seguinte. O ouvidor passava a atender todos os dias, e não duas vezes por semana como ocorria anteriormente. Abria a oportunidade, para o reclamante, de ser atendido na mesma hora, quando ocorresse caso grave e urgente. Explicava os termos do boletim de ocorrência e como se processaria o trabalho da ouvidoria, a partir de então.

Dependendo do tipo de reclamação, sobre mau atendimento ou procedimento técnico, tomar-se-iam algumas medidas comuns e outras diferenciadas para a pesquisa do caso. Em ambos os casos seria realizada uma entrevista com os envolvidos nas reclamações e uma revisão dos elementos colhidos para apreciação final. A investigação culminaria em dois tipos de ações: no caso de mau atendimento, o processo seguiria para o chefe da divisão correspondente, médica ou administrativa, acompanhado de um parecer. No caso de possível erro técnico seria realizada uma consulta, ao chefe do respectivo serviço ou setor. Neste caso, o ouvidor redigiria uma resposta e a submeteria ao chefe do serviço, antes de encaminhá-la ao reclamante.

Na correspondência enviada ao corpo clínico o novo ouvidor reitera afirmações sobre a função da ouvidoria das rotinas do serviço e solicita, especificamente que sejam cuidados os procedimentos de preenchimento dos prontuários, pois havia constatado falhas e dificuldades nas leituras dos mesmos (Lamb, 1998).

Concluiu-se portanto que, dentre os motivos diretamente relacionados com o cotidiano do Hospital, acolher as reclamações resultaria numa forma de melhorar a gestão administrativa e, desta forma, avaliar a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Durante a trajetória deste serviço foram acolhidas reclamações das usuárias e de seus representantes, aqui também chamados de usuários por reclamarem em nome de uma usuária, esposa, mãe, filha, sobrinha ou outro grau de parentesco; ou de seu próprio filho, recém-nascido. Estas reclamações foram endereçadas às áreas do Hospital e à alguns de seus profissionais, narrando eventos ocorridos no atendimento prestado.

As reclamações ao serem acolhidas pela ouvidoria desencadearam processos internos de disciplinamento e de envolvimento institucionais. A seguir caracterizam-se os tipos de reclamações endereçadas às áreas e a profissionais do Hospital Fêmeina, para depois narrarem-se as relações de envolvimento e de disciplinamento de usuários e de trabalhadores em saúde, desencadeadas a partir da implantação deste serviço.

### 3.4 A caracterização do serviço de ouvidoria

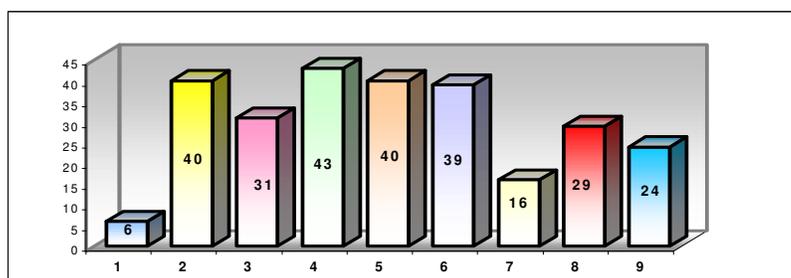
#### 3.4.1 As reclamações dos usuários

No serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina foram encontrados 358 documentos, de 1990 a 1998. Estes documentos foram classificados como: reclamações de usuários, reclamações de funcionários, elogios e “outros”. Os documentos classificados como “outros” eram correspondências recebidas e enviadas pelo ouvidor e comunicações internas. Os elogios foram dirigidos tanto a profissionais como a setores. As reclamações de funcionários referiam-se a problemas internos da instituição. O total de documentos referidos podem ser vistos na Tabela 1 do Anexo C.

Nesta pesquisa privilegiou-se a análise das reclamações dos usuários para explicar as relações que se estabelecem entre estes, os hospitais e os trabalhadores em saúde, através do serviço de ouvidoria.

Na ouvidoria do Hospital Fêmeina foram acolhidas 268 reclamações de usuários, no período analisado. Constatou-se que o número destas reclamações apresentou pequena oscilação ao longo do período. Em 1990 foi registrado um pequeno número de ocorrências pois o serviço foi implantado em outubro. Ressalte-se que as reclamações decaíram no ano de implantação do programa de qualidade total pelo Hospital (1996) voltando a elevar-se nos anos seguintes, conforme demonstrado no Gráfico 1 e na Tabela 1 do Anexo C.

GRÁFICO 1- Reclamações de usuários registradas no serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina-1990-1998



Legenda:		
1=1990	4=1993	7=1996
2=1991	5=1994	8=1997
3=1992	6=1995	9=1998

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

As diversas áreas do Hospital, ambulatório, emergência, marcação de consultas, recepção e internação receberam 278 do total das reclamações registradas por usuários no serviço de ouvidoria. As reclamações dirigidas aos trabalhadores em saúde do Hospital Fêmeina, médicos, equipe de enfermagem, recepcionistas e os demais profissionais, foram em número de 255.

Quando foram especificadas por tipos de problema, encontrou-se um número mais elevado de situações, aproximadamente 300 reclamações para as áreas e 330 para os profissionais, conforme veremos a seguir. As diferenças no número de queixas encaminhadas para as áreas, para os profissionais e segundo o tipo de problemas relatados, em relação ao total de reclamações registradas, deve-se ao fato de que o usuário podia, ao fazer sua queixa, envolver mais de uma área, profissional e situação na descrição do acontecimento, como por exemplo internação e recepção, enfermeiros e médicos, falhas no relacionamento humano e suspeita de erro médico. A especificação das queixas considerando o tipo de problema reclamado estão nas Tabelas 2 a 11 do Anexo C.

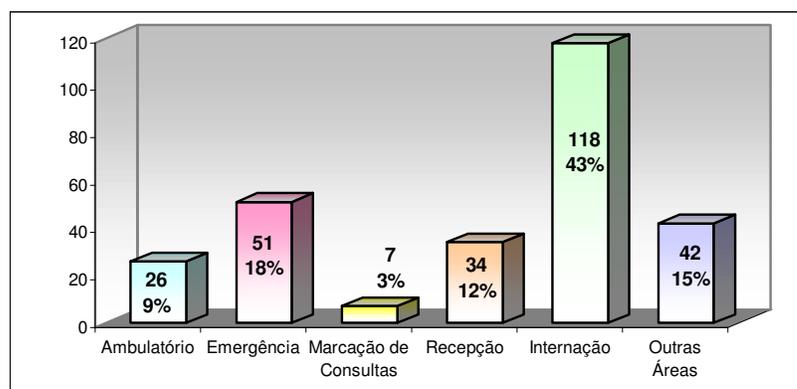
A internação foi a área que recebeu maior número de reclamações no Hospital Fêmeina. Absorveu 43% do total de queixas do período analisado. A segunda área mais reclamada foi a emergência (18% das reclamações), seguida da área da recepção (12%).

Sob a denominação “outras áreas”, absorvendo 15% das queixas, agrupou-se as reclamações dirigidas ao Centro Cirúrgico, à Clínica Cirúrgica, à Neonatologia e, ainda, ao Serviço de Apoio no Diagnóstico de Tratamento (SADT). Este inclui o laboratório, que presta atendimento em patologia clínica e o serviço de radiologia. Foram agrupados pois tratam-se de setores e serviços do Hospital, e não áreas. O ambulatório e a marcação de consultas foram as áreas sobre as quais incidiu um menor número de reclamações, respectivamente 9% e 3% das mesmas, conforme mostrou a análise das reclamações.

Ressalte-se que a marcação de consultas, após 1997, passa a ser agendada pela Central de Marcação de Consultas do Porto Alegre. No Hospital, a reconsulta é realizada junto aos ambulatórios, e não mais pela recepção geral do Hospital. Este fato foi muito recente para ser avaliada a sua repercussão junto ao Hospital Fêmeina, mas a análise qualitativa das reclamações indicou que este problema emerge, agora,

como dificuldade em remarcar consulta. A tabulação das reclamações, que citaram problemas relacionados às áreas do Hospital, pode ser visualizada no Gráfico 2 e nas Tabelas 2 e 3 do Anexo C.

GRÁFICO 2- Distribuição das reclamações por área - Hospital Fêmima-1990-1998



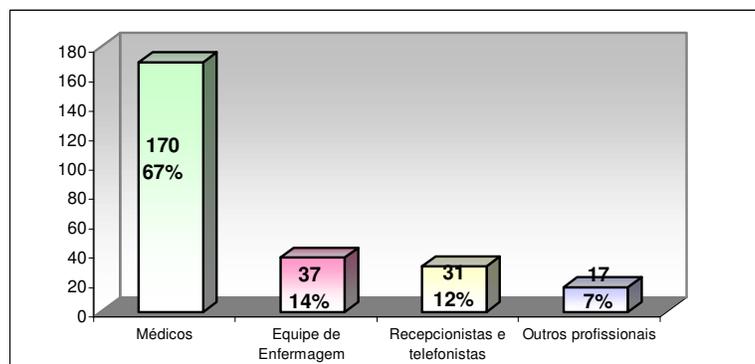
Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Quando as reclamações referiram os trabalhadores em saúde do Hospital Fêmima, a categoria profissional mais reclamada, junto ao serviço de ouvidoria, foi a dos médicos. Sobre estes incidiram 67% das reclamações registradas no serviço. Ressalte-se, porém, que a maioria dessas reclamações envolveram médicos residentes, isto é, ainda em treinamento. Isso não justifica, porém, os fatos ocorridos, já que deveria haver um sistema mais integrado de assistência a esses jovens profissionais.

A equipe de enfermagem foi a segunda categoria de profissionais mais reclamada, recebendo 14% do total de queixas do período. O terceiro grupo de profissionais reclamados correspondeu àqueles que trabalham junto à área recepção do Hospital (receptionistas e telefonistas), com 12% das queixas.

A categoria “outros profissionais”, com 7% das reclamações, abrangeu os vigilantes, seguranças, coletadores, funcionários da limpeza, escriturários de posto e quando a queixa referia-se simplesmente a funcionário. Os dados sobre as reclamações dirigidas aos profissionais do Hospital Fêmima estão expressos no Gráfico 3 e nas Tabelas 4 e 5 do Anexo C.

GRÁFICO 3- Distribuição das reclamações por profissional-Hospital Fêmima-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Quando as reclamações foram classificadas de forma qualitativa, assinalando problemas de estrutura e funcionamento do Hospital e de acordo com o tipo de problema relatado na queixa, verificou-se que detalharam um maior número deles, se comparados àquelas remetidas às áreas e aos profissionais. Somaram quase 350 informações, relatando as dificuldades encontradas no atendimento hospitalar. Isto decorreu do fato de o usuário citar um ou mais problemas, áreas e profissionais na descrição do acontecimento.

O cruzamento dos dados, que constavam nas reclamações, envolvendo as áreas, os profissionais, a estrutura e o funcionamento do Hospital Fêmima permitiu detectar quais os principais problemas que afetaram os usuários, decorrentes do atendimento prestado pela instituição e seus profissionais, levando-os a procurar o serviço de ouvidoria para relatá-los. Os problemas estruturais e de funcionamento distribuíram-se por todas as áreas e profissionais do Hospital.

As reclamações sobre os problemas estruturais foram encaminhadas em maior número para as áreas do que para os profissionais. No caso do Hospital Fêmima, o principal problema estrutural reclamado foi a espera para conseguir a primeira consulta e a reconsulta. As áreas foram mencionadas em 25% das reclamações sobre este tipo de problema. Dentre estas, a marcação de consulta, o ambulatório e a emergência.

O setor de marcação de consultas, o mais reclamado em relação a este problema, foi citado no período de 1990 a 1994, deixando de figurar a partir desta data, o que vem a corroborar a afirmação de que a regulação da marcação de

consultas realizada pela Central de Marcação, da Secretária de Saúde de Porto Alegre, foi decisiva, aliviando os hospitais deste encargo<sup>46</sup>. Quando mencionados os profissionais, as reclamações, sobre a dificuldade em conseguir consulta se dirigiram, principalmente, aos médicos, 29%.

O segundo tipo de problema, remetendo para a estrutura do Hospital relatava, como dificuldade, o encaminhamento a outro hospital. Neste caso as reclamações foram dirigidas, mais frequentemente aos trabalhadores, 41%, do que às áreas, 14%. Dentre os profissionais, foi nomeada, especialmente, a equipe de enfermagem. No caso particular do Hospital Fêmeina, tendo em vista o tipo de usuária - gestante - são estes profissionais que recebem a paciente, e o avaliam-na antes da internação. Informam, muitas vezes, quando não há leitos no Hospital.

No que se refere às áreas, as reclamações sobre este problema mencionaram, principalmente, a área da internação, o que também se explica pelo tipo de usuária que procura o Hospital Fêmeina que, para ser atendida deve ter, quase sempre, vaga na internação hospitalar. Não havendo esta vaga, a usuária é encaminhada para outro hospital. Esta informação pode ser fornecida, também, pelo setor de recepção, incluindo aqui a portaria. O encaminhamento a outro hospital é um problema que atesta, claramente, a relação entre a excessiva demanda e a insuficiente oferta pelos serviços hospitalares do SUS em nosso País<sup>47</sup>.

Destacaram-se ainda, como significativas as queixas acolhidas pela ouvidoria relatando as dificuldades em realizar exames, as dificuldades oriundas da capacidade operacional do Hospital e as que mencionaram o tempo de espera para conseguir baixa hospitalar. O Serviço de Apoio e Diagnóstico (SADT) foi mencionado, devido ao tempo de espera para conseguir marcar e obter resultado de exames. As queixas referiam, também, a falta de funcionários para realizarem os procedimentos, número de leitos e a quantidade e qualidade de equipamentos para exames. Quando citada a

---

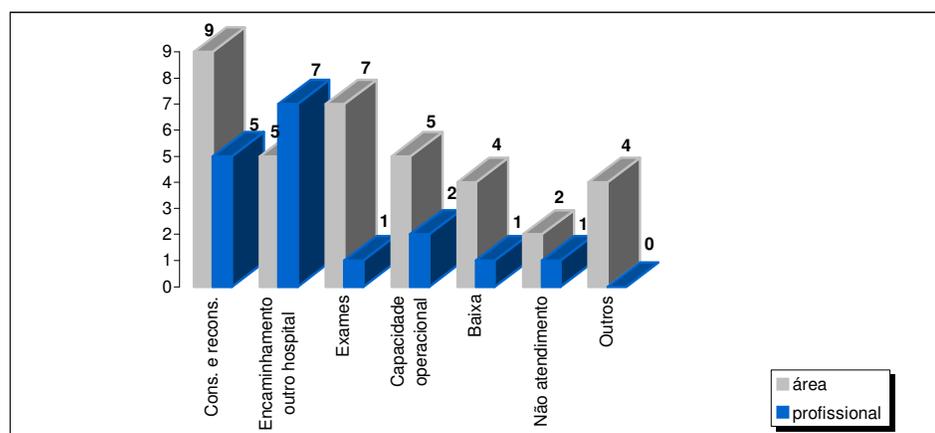
<sup>46</sup> Esta experiência é recente para mostrar seus resultados, como já referimos. Seria importante verificar se a pressão por novas consultas não foi transferida dos hospitais para a Secretaria de Saúde do Município, o que provavelmente ocorreu. Este seria um bom tema a ser explorado por novas pesquisas.

<sup>47</sup> Em Porto Alegre ficou famoso “O caso Anita”, uma mãe que teve seu bebê no saguão do Hospital Fêmeina, após ter passado por dois outros hospitais da cidade e recebido a informação de que não havia leito. A situação denota a acentuada demanda e escassez de serviços, por parte do SUS e extrapola os limites do Hospital Fêmeina. Em São Paulo o mesmo fato aconteceu, como foi noticiado em 15 de outubro de 2000 (GRÁVIDA, 2000).

baixa hospitalar foi indicada a emergência como a área mais problemática. Lembremo-nos novamente do tipo de usuária deste Hospital, que procura a internação através da urgência.

Os dados relativos aos problemas de estrutura do Hospital Fêmeina encaminhados, através das reclamações, para as áreas e profissionais deste Hospital, encontram-se especificados no Gráfico 4 e nas Tabelas 6, 7 e 8 do Anexo C.

GRÁFICO 4- Distribuição das reclamações por estrutura, área e profissional do Hospital Fêmeina-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

Verificando como se distribuem os problemas de funcionamento do Hospital Fêmeina constatou-se, em primeiro lugar, que estes ultrapassaram, e muito, o número de reclamações relativas aos problemas de estrutura. Este tipo de reclamações citaram mais os trabalhadores em saúde do que as áreas.

O principal problema apontado versou sobre falhas nos procedimentos técnicos. Estas foram salientadas em, aproximadamente, 46% das queixas encaminhadas às áreas e em 42% dirigidas aos trabalhadores em saúde do Hospital. Em relação aos profissionais, a maioria das reclamações, 78%, mencionou os médicos como responsáveis pelas falhas nos procedimentos técnicos (110 de 140). Este tipo de reclamação representou 49% (110 de 223) do total de queixas de funcionamento dirigidas aos médicos. Quanto às áreas, estas reclamações relacionaram, principalmente, a internação e, em menor número, a emergência.

As queixas sobre falhas nos procedimentos técnicos, no Hospital Fêmeina, referiram a qualidade do atendimento, principalmente, os procedimentos técnicos

resultantes de atos médicos, no qual estão incluídas tanto queixas de infecção puerperal, como pós operatória em caso de cesareana, ou de recém-nascidos na UTI, com diagnóstico de aspiração meconial.

Estas reclamações foram feitas, muitas vezes, quando a usuária ainda estava internada, ou quando houve necessidade de reinternar o que ocorreu na maioria dos casos:

“O reclamante relata que a esposa fez o pré-natal no HF sendo bem atendida. Dia X internou com contrações. Médico solicitou ecografia e após 4h a paciente observou médicos discutindo conduta a seguir: cesárea ou parto normal. Colocaram na sala da cesárea, reavaliaram e decidiram fazer o parto, trocaram de sala. Após o parto o pediatra informou que a criança aspirou mecônio e houve sofrimento fetal. Paciente internada dez dias com infecção puerperal. Indaga se diagnóstico [...]” (HF-reclamação 38/91).

“O reclamante é esposo da paciente que foi submetida a parto normal no dia X. No dia Y o marido retirou uma “bucha de gaze” do útero de sua esposa. Trouxe a bucha para o ouvidor ver. Pede providências” (HF-reclamação 05/95).

As queixas mencionaram também, em menor proporção, a falta de pontualidade, ou o não comparecimento do profissional no dia e hora agendada para consulta. Aludiram problemas de ética médica, como a tentativa de cobrança, por parte do profissional, para realizar seus serviços, o que ocorreu em alguns casos. Nesta categoria situaram-se, ainda, as reclamações que referiram perdas de documentos ou pertences de pacientes e procedimentos técnicos de limpeza do Hospital.

O segundo problema de funcionamento, narrado pelos reclamantes do Hospital Fêmeina, era relativo à falhas no relacionamento humano, tendo sido citado em aproximadamente 30% das reclamações. As reclamações apontaram, em primeiro lugar, para os trabalhadores em saúde e, dentre estes, os médicos remetendo para o relacionamento, muitas vezes problemático, que se estabelece entre estes e os usuários do SUS.

Sobre falhas no relacionamento humano o segundo e terceiro grupos de profissionais mais reclamados foram, respectivamente, a equipe de enfermagem e os recepcionistas. Quanto às áreas, este tipo de problema incidiu principalmente sobre a internação, tendo sido também relacionado, em menor número, à emergência, à recepção e ao ambulatório.

As falhas de relacionamento humano são aquelas que acontecem entre os profissionais de saúde e os usuários quando o profissional é agressivo, descortês, zomba da usuária, desconsidera a informação fornecida pelo paciente, o paciente discorda do diagnóstico do médico ou o paciente solicita a troca de médico. Referem-se, também, ao relacionamento entre membros da mesma equipe de trabalho:

“A paciente queixa-se de mau atendimento por residente X nas horas que antecederam o parto. Foi obrigada a caminhar exaustivamente para dilatar o colo, sendo ela portadora de seqüelas de poliomielite no membro inferior direito. Por não ter condições físicas foi taxada de ‘fiteira’ ” (HF-reclamação 19/96).

“Durante o trabalho de parto uma enfermeira chamou-a de ‘fiasquentá’. Ao longo do trabalho de parto foi diagnosticada posição pélvica e indicada cesareana. O recém-nascido foi para a UTI com problemas respiratórios” (HF-reclamação 01/95).

Destacam-se, ainda, as queixas que apontaram, como problemas recorrentes, para as falhas de comunicação (observado em 20% das reclamações). Os usuários concentraram suas reclamações nos profissionais, em primeiro lugar. Dentre estes principalmente os médicos e, depois, os recepcionistas foram apontados como os profissionais com os quais tiveram mais dificuldade de comunicação.

As reclamações sobre as falhas de comunicação, quando dirigidas às áreas, citaram em sua maioria a internação e, em menor número a recepção, como as áreas onde ocorreu este tipo de acontecimento. As queixas citaram falhas de informação aos usuários, entre serviços e no mesmo setor. Ocorreu também quando os usuários não foram informados sobre custos dos procedimentos que seriam adotados:

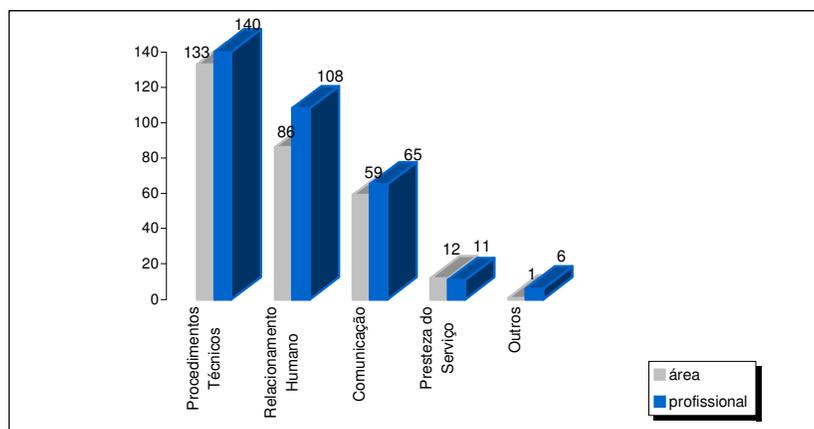
“A reclamante é irmã da paciente X, que internou no dia X para atendimento obstétrico. A reclamante esteve no HF várias vezes, nos horários previstos para a visita e não conseguiu visitar a irmã e nem obter informações sobre a mesma, pois a paciente estava internada no pré-parto no 7º andar. Solicita uma solução” (HF-reclamação 22/94).

“A reclamante esteve internada três dias em quarto coletivo. O médico cobrou duzentos mil como honorários médicos e sessenta mil por duas diárias. Não deu recibo, queria cobrar trezentos mil dizendo que cem mil era para os demais integrantes da equipe” (HF-reclamação 05/92).

As falhas nos procedimentos técnicos médicos totalizaram de 42% a 46% de queixas registradas na ouvidoria. Já as falhas de relacionamento humano e as falhas de comunicação representaram, aproximadamente, de 50% a 55% dos problemas relatados nas reclamações que desaguaram no serviço de ouvidoria do Hospital

Fêmeina, de 1990 a 1998. Os dados demonstrativos das afirmações sobre as falhas no funcionamento do Hospital Fêmeina podem ser verificados no Gráfico 5 e nas Tabelas 9, 10 e 11 do Anexo C.

GRÁFICO 5- Distribuição das reclamações por funcionamento, área e profissional - Hospital Fêmeina-1990-1998



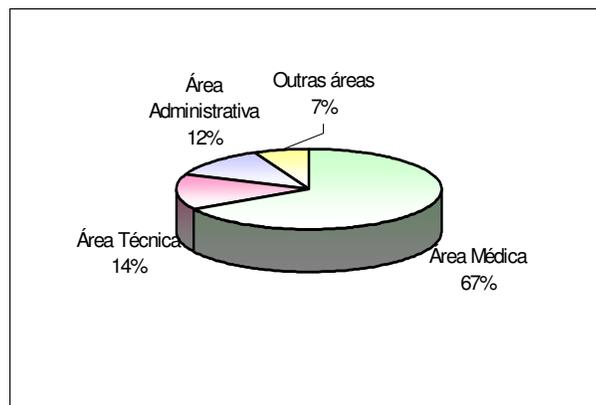
Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

Resumindo, verificou-se que os principais problemas reclamados pelas usuárias do Hospital Fêmeina indicaram dificuldades de estrutura e de funcionamento, assinalando falhas recorrentes no tipo de atendimento prestado pela instituição e seus profissionais. Em relação à estrutura, os principais problemas foram as dificuldades em conseguir consulta e reconsulta, encaminhamento a outro hospital, e demora para conseguir marcar e obter resultados de exames. Em relação aos problemas de funcionamento, foram apontadas falhas nos procedimentos técnicos médicos, falhas de relacionamento humano e de comunicação. Foram mencionadas, principalmente, a internação, a emergência e outras áreas (SADT). Quanto aos profissionais de saúde os médicos foram citados em primeiro lugar.

Observando as três grandes áreas que compõem um hospital: médica, técnica e administrativa e com base nos dados referentes aos profissionais, encontrou-se a área médica como a mais reclamada, junto ao serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina, com 67% das reclamações. A segunda área mais reclamada foi a técnica, onde inserem-se os profissionais da enfermagem, com 14% das reclamações. A área administrativa, que inclui a recepção, absorveu 12% das mesmas. As reclamações que não especificaram os profissionais foram em torno de 7%. Os dados agrupados

pelas áreas do Hospital Fêmina estão apresentados no Gráfico 6 e na Tabela 12 do Anexo C.

GRÁFICO 6- Distribuição das reclamações pelas áreas médica, técnica e administrativa do Hospital Fêmina-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

A seguir caracteriza-se o usuário reclamante do Hospital Fêmina. Os dados foram coletados através dos dados encontrados nas reclamações, através da grade 1 e totalizados na grade 6 (Anexo A), como já especificamos na metodologia, e referiram-se a quem efetivou a reclamação, qual o sexo e a procedência do reclamante.

### 3.4.2 Os usuários reclamantes

Pode-se afirmar que a existência do serviço de ouvidoria é desconhecida para a maioria dos usuários do Hospital Fêmina, apesar do serviço estar anunciado no quadro de sinalização do Hospital. Este informa os setores e respectivos andares e, dentre eles, lê-se “ouvidoria”. Porém, através de um questionário aplicado no 4º Brique da Saúde, realizado pelo Hospital Fêmina em 1995, detectou-se que 75% das entrevistadas, escolhidas aleatoriamente, não sabiam o que é um serviço de ouvidoria. Do total de entrevistadas, 51% não havia lido a placa de sinalização, afixada ao lado da recepção do Hospital. Das entrevistadas que haviam lido a placa, 31% não identificaram nela o serviço de ouvidoria. Em questionários aplicados em 1998, em usuárias internadas neste Hospital, constatou-se que não conheciam a ouvidoria. Não tinham informação geral sobre o assunto nem sabiam que havia este serviço no Hospital. Porém, quando questionadas sobre a validade do mesmo

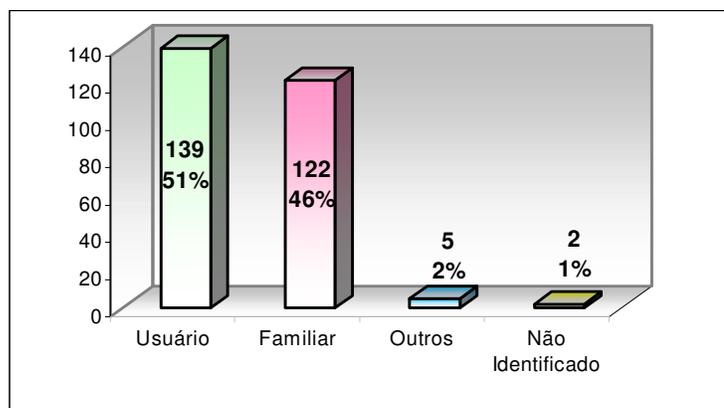
reconheciam, em tese, sua importância inclusive, como um direito de cidadania e a manifestavam:

"Sim é importante, pois às vezes a gente é mal atendido e no caso de querer reclamar tem um lugar". "Acho importante". "A gente reclamando eles vão resolver alguma coisa". "Sim é importante". "As pessoas vão ter mais direito em reclamar" (HF-usuárias, entrevistas 2/98, 3/98, 4/98, 5/98 e 6/98).

Concluiu-se assim que os usuários, em sua maioria, desconhecem o que é um serviço de ouvidoria, não sabem da existência deste serviço no Hospital Fêmima e só ficam sabendo do mesmo no momento em que desejam registrar sua reclamação. Destaque-se que esse desconhecimento é proveniente do ainda acanhado espaço que ocupa esse tipo de serviço, na sociedade brasileira e na área da saúde, em particular. Também deve-se levar em conta a falta de informação do usuário, mas, principalmente deve-se à falta de divulgação do serviço por parte do Hospital.

As usuárias do Hospital Fêmima foram as principais reclamantes junto ao serviço de ouvidoria. Elas formalizaram 51% das queixas. Observou-se, também, uma preocupação quase equivalente de seu familiar, que relatou 46% das situações problemáticas. Este familiar era, predominantemente o esposo da usuária, característica representativa do Hospital Fêmima, dada a situação de gestante das usuárias, as quais não compareciam ao serviço, mas relatavam os acontecimentos ao familiar e este se dirigia à ouvidoria, para registrar as ocorrências, conforme pode ser constatado no Gráfico 7 e na Tabela 13 do Anexo C.

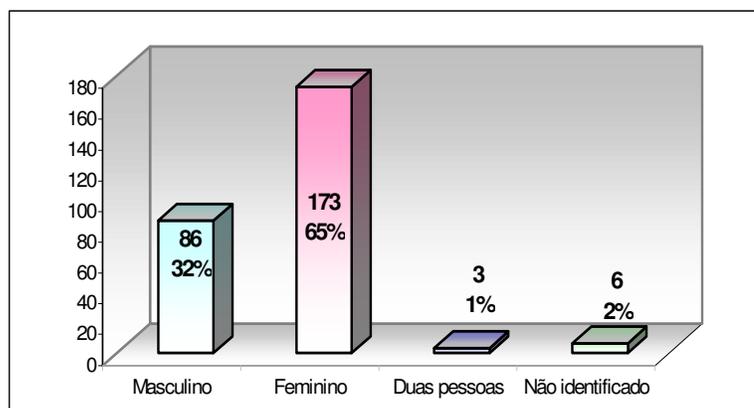
GRÁFICO 7- Distribuição das reclamações pelo tipo do usuário reclamante do Hospital Fêmima-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Quanto à distribuição dos reclamantes por sexo, observou-se que, na maioria das vezes foi a mulher, que fez a reclamação. Em 65% dos casos, esta dirigiu-se ao serviço de ouvidoria em busca de alguém que a escutasse em suas queixas sobre o tipo de atendimento prestado, pelo hospital a ela, ou a alguma familiar, em nome de quem falavam por serem mães ou filhas das pacientes. Falavam, também, em nome de seus filhos, recém-nascidos. Quanto aos homens: esposos, pais, tios, estes foram ao serviço de ouvidoria e registraram 32% dos relatos lá encontrados. Houve casos em que um casal, pai e mãe por exemplo, fizeram a reclamação, mas estes são em número pouco expressivo. Os dados, sobre a distribuição dos reclamantes por sexo são apresentados no Gráfico 8 e na Tabela 14 do Anexo C.

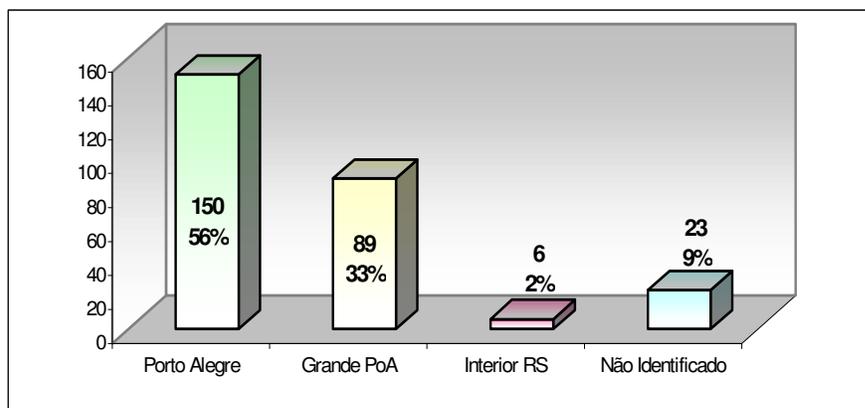
GRÁFICO 8-Distribuição das reclamações por sexo do usuário reclamante do Hospital Fêmima -1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Quanto a sua procedência, o reclamante Hospital Fêmima é oriundo de Porto Alegre em 56% dos casos. Provenientes da Grande Porto Alegre encontrou-se 33% dos reclamantes, e do interior do Rio Grande do Sul, 2%. Verificou-se, ainda, que em 9% dos casos não foi possível detectar a procedência. Podem ser usuários do interior do Estado bem como da Região Metropolitana e esta percentagem pode ser atribuída ao fato de que alguns usuários destas regiões não informarem sua origem, com receio de não serem atendidos pelo SUS fora de seus municípios. A procedência do usuário reclamante do Hospital Fêmima é apresentada no Gráfico 9 e na Tabela 15 do Anexo C.

GRÁFICO 9-Procedência do reclamante do Hospital Fêmima-1990-1998



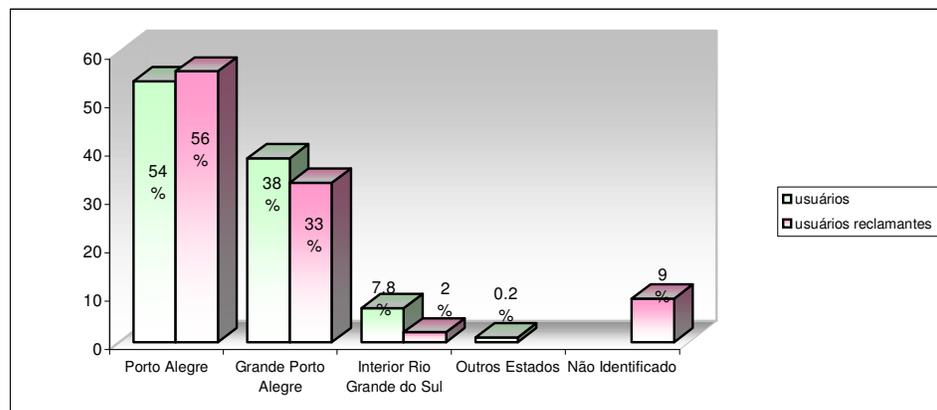
Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Como pode-se verificar os dados sobre a procedência dos usuários reclamantes são semelhantes aos das cotas distribuídas pela Central de Marcação de Consultas para Porto Alegre (55%) e Região Metropolitana (30%). São similares, também, aos dados de atendimento do Hospital para as usuárias de Porto Alegre, 54%, e um pouco mais baixa em relação às usuárias da Região Metropolitana, 38%. O fato deste Hospital atender uma proporção mais elevada de pacientes da Região Metropolitana decorre do fato de ser um hospital com capacidade de atender situações de risco em ginecologia e obstetrícia e receber maior número de pacientes, oriundas de outras localidades.

A proporção de 2% de usuários reclamantes, procedentes do interior do Estado, difere da proporção de cotas estabelecidas pela Central, (15%) e do atendimento efetivamente realizado pelo Hospital (7%). A diferença de percentual foi atribuída ao percentual de não respondentes. Na pesquisa para uma parte dos usuários reclamantes, embora pequena, não foi possível a identificação quanto à origem, o que não acontece no Hospital e na Central.

Destaque-se que a percentagem de usuários reclamantes oriundos de Porto Alegre, é apenas ligeiramente mais elevada, quando comparada com a percentagem de usuárias atendidas no Hospital, demonstrando que não há predomínio da usuária que mora na capital em dirigir-se ao serviço de ouvidoria. A comparação entre a origem dos usuários do Hospital e dos usuários reclamantes é apresentada no Gráfico 10.

GRÁFICO 10-Procedência do usuário e do usuário reclamante do Hospital Fêmima-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Através das entrevistas foi possível conhecer um pouco melhor o usuário reclamante do Hospital Fêmima. Dividiu-se as usuárias em três grupos, conforme as características sócio-econômicas coletadas: 1) nas reclamações, 2) através de questões incluídas nas entrevistas e 3) nas observações realizadas durante as entrevistas, nas casas das usuárias. O primeiro grupo apresentava um nível de renda mais baixo, de dois a três salários mínimos, com primeiro grau incompleto. Dependiam totalmente do SUS para receber atendimento hospitalar. Este tipo de usuário é a maioria no Hospital.

Como exemplo cita-se a entrevista com uma família, nesta faixa de renda, morando em casa de madeira de um só ambiente, sem banheiro no corpo da casa, na qual viviam o casal e cinco filhos. A casa foi construída na Vila Tronco, na parte elevada do morro, sendo o terreno ocupado e a rua sem calçamento. O casal, ambos desempregados no momento, e sem conseguirem trabalhos esporádicos, mencionaram como uma das causas da falta de trabalho o acontecimento ocorrido no Hospital Fêmima. Argumentaram que a esposa não poderia mais trabalhar como diarista em faxina doméstica, devido às seqüelas do último parto, que por sinal motivaram a reclamação no Hospital Fêmima. O marido afirmou que não pode mais trabalhar pois teve de acompanhar a esposa no tratamento e no cuidado dos filhos. O caso desta senhora foi de falha no procedimento médico e descortesia por parte de médicos e funcionários da recepção (HF-usuária, reclamação 17/97 e entrevista 22/99).

Um outro grupo é constituído de famílias com renda entre 10 a 15 salários mínimos e segundo grau completo. Alguns moram em condomínios de habitação popular, construídos pelo Banco Nacional de Habitação (BNH), localizados em ruas calçadas, com saneamento básico, como por exemplo aqueles situados na Vila Sesc (Serviço Social do Comércio) (HF-usuária, entrevista 23/99). Encontrou-se também, entre os usuários, funcionários públicos e pequenos comerciantes, com o terceiro ou segundo graus completos e com renda de 15 a 20 ou mais de 20 salários mínimos (HF-usuário, entrevista 27/99). Moravam em casas de dois pisos, amplas, localizadas em bairros com infraestrutura completa.

Os usuários do SUS atendidos no Hospital Fêmeina, com exceção daqueles que apresentam a característica de trabalho temporário, como é o exemplo do primeiro casal citado, apresentaram vínculos empregatícios, com ou sem carteira assinada. Nesta última situação encontraram-se funcionários públicos. Alguns, ainda, gerenciavam seus próprios negócios, como o pequeno comerciante, morador de Cachoeirinha, uma das cidades da região metropolitana de Porto Alegre.

O fato de o segundo e terceiro grupo de reclamantes ter uma renda um pouco mais elevada não lhes possibilita, no entanto, procurar atendimento hospitalar particular. Embora alguns até tenham procurado o atendimento do Hospital Fêmeina de forma particular com o objetivo de “ter o melhor atendimento para sua esposa” (como o pequeno comerciante de Cachoeirinha; HF-usuário, entrevista 27/99), o que unifica a procura pelo Hospital é o atendimento através do SUS.

Os dados acima expostos foram evidenciados para conhecer-se o cenário no qual moveu-se o serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina, ao realizar a acolhida, a investigação, a solução e as respostas às reclamações. Este cenário permitiu acompanhar a trajetória da ação da ouvidoria, verificando as características e os efeitos de sua atuação ao desenvolver relações de disciplinamento e de envolvimento dos usuários e dos trabalhadores em saúde, demonstradas a seguir.

### **3.5 A aplacação como estratégia de envolvimento e o disciplinamento dos usuários reclamantes**

O envolvimento dos usuários do Hospital Fêmeina, através do serviço de ouvidoria, começou quando o Hospital decidiu criá-lo. Para o usuário, este envolvimento iniciou quando ele sentiu-se lesado em seus direitos e procurou

alguém, ou algum setor no Hospital, para efetuar sua reclamação, narrando: 1) problemas estruturais (encaminhamento a outro hospital e dificuldade em marcar consulta e reconsulta); e 2) problemas funcionais (falhas nos procedimentos técnicos médicos, no relacionamento humano ou na comunicação), problemas estes recorrentes no Hospital. Começava, então, o disciplinamento da conduta dos reclamantes, pois orientando-os na formalização das reclamações, a ouvidoria organizou o recebimento das mesmas.

Como vimos, um dos objetivos de criação do serviço de ouvidoria foi melhorar a gestão administrativa, verificando as falhas na prestação dos serviços em saúde, através da criação de um canal para que o usuário pudesse se expressar. Este canal foi aberto no momento da criação do serviço de ouvidoria.

Neste tópico, abordam-se as estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes do Hospital Fêmina. Relembrando, o **disciplinamento** foi estudado a partir das formas com que a ouvidoria organizou o recebimento das reclamações, orientando a conduta dos reclamantes e disciplinou a investigação e a solução dos problemas reclamados. O **envolvimento** foi analisado a partir da investigação das formas como a instituição acolheu as reclamações e respondeu aos usuários. As estratégias de envolvimento dos usuários reclamantes, definidas nesta pesquisa, foram a **informação**, a **aplacação** e a **consulta**. Envolver e disciplinar os usuários reclamantes foi uma das maneiras de organizar o seu acolhimento e tomar conhecimento das falhas resultantes do atendimento hospitalar melhorando, assim, a gestão administrativa.

A intenção de criar o serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina como forma de **disciplinar** os reclamantes, isto é, organizar suas condutas, evidenciou-se no discurso de seus fundadores e na prática desencadeada pelo ouvidores. Como observamos, o serviço foi criado porque as reclamações, antes da sua implantação, eram dirigidas ao diretor ou a qualquer pessoa no Hospital e não havia um procedimento unificado e institucionalizado no recebimento, no tratamento e na resposta aos usuários.

Após a implantação do serviço de ouvidoria, foi uniformizada uma linguagem e um procedimento institucional para acolher os reclamantes quando estes manifestavam seu descontentamento: os trabalhadores em saúde foram orientados a

encaminhá-los para o serviço de ouvidoria ou para a sala da direção, quando assim o desejassem. Lá eram também encaminhados, pelas secretárias, para o serviço. A partir de sua instalação, os trabalhadores em saúde não falariam mais de acordo com suas posições pessoais, mas de acordo com a linguagem institucional, veiculada através do serviço de ouvidoria. O serviço possibilitou a ordenação racional dos reclamantes, através da instauração do disciplinamento de suas condutas:

“Quem me encaminhou para lá foi uma moça do 7º andar. Ela era enfermeira, era recepcionista. Ela que encaminhou, disse que eu tinha que ir para a ouvidoria. Eu fui guiado por um guarda, também” (HF-usuário, entrevista 22/99).

Quando a instituição cria a ouvidoria, com o propósito de envolver os usuários reclamantes, ouvindo-os apenas para saber dos problemas institucionais, ao disciplinar o recebimento das reclamações atua, algumas vezes, selecionando e desestimulando o usuário a registrar sua queixa. De acordo com esse objetivo o acolhimento por amostragem é suficiente. No caso do Hospital Fêmima a estratégia de agendar a entrevista com os usuários reclamantes foi uma evidência deste tipo de atuação. Se antes dissemos que, após a implantação do serviço todos os reclamantes foram encaminhados à ouvidoria do Hospital, ao chegarem lá nem todos registravam sua queixa. Isso porquê teriam que voltar em outro momento ou dia para assim fazê-lo.

Quando procurava o serviço de ouvidoria pela primeira vez, ao chegar na sala onde este estava instalado, o usuário era recebido pela secretária que agendava a entrevista para outro dia. O ouvidor ficava à disposição, para ouvir as reclamações dos usuários, durante duas tardes por semana. Lembremos que um dos objetivos do Hospital era ouvir os usuários para tomar conhecimento das falhas de atendimento e, segundo os ouvidores, uma amostragem da situação era suficiente. Porém, a limitação no atendimento ao usuário teve implicações que resultaram na desistência, de alguns, em levar a termo a queixa.

O agendamento foi, neste caso, uma das formas utilizadas para selecionar os usuários reclamantes. Reconhecida pelo próprio ouvidor, na época da implantação do serviço, o agendamento era uma limitação do serviço, pois muitos que batiam às portas da ouvidoria não retornavam para realizar sua reclamação:

“Esta limitação tem impedido o registro de todas as reclamações que podem existir, mas para a identificação de áreas e serviços deficientes basta a amostragem que o atual sistema proporciona” (Zylbersztejn, 1992).

Segundo a mesma fonte, o agendamento, além de diminuir o passionalismo contribuiria, também, para um compromisso maior do usuário com a verdade dos fatos, pois se ele estivesse realmente empenhado em solicitar averiguações voltaria ao setor para registrar a queixa. Em verdade a literatura internacional, ao analisar ouvidorias, no âmbito governamental, salienta que existem condições para uma reclamação ser aceita pelo *ombudsman*. Uma delas é o real interesse, direto ou indireto, do queixoso (Amaral Fº, 1993, p. 58). Mas, argumenta-se que o fato do usuário não retornar, não necessariamente é por desinteresse no caso, mas por outras dificuldades, e uma delas pode estar sendo imposta pelo própria instituição.

Como sabemos, 98% dos usuários do Hospital Fêmeina são do Sistema Único de Saúde. Por um lado, o aspecto econômico é um componente muito importante no sentido de impossibilitar um retorno do usuário ao Hospital. No dia em que ele procurou a ouvidoria ele já se encontrava nas dependências do Hospital. Voltar em outro dia poderia ser um transtorno para ele. Além do mais, o próprio serviço se constituiu em um empecilho para que o usuário fizesse sua queixa, restringindo o horário de atendimento, ficando assim a real situação do hospital desconhecida pelos seus administradores. Como afirmou um dos ouvidores é feita uma amostragem da situação, no seu entendimento, suficiente para o conhecimento da realidade.

Este fato pode não ser um obstáculo quando a própria usuária está internada e ela ou seu familiar têm mais facilidade de acesso ao serviço. Porém, foi constatado que muitas reclamações foram encaminhadas depois da alta das pacientes e levaram o reclamante a retornar ao Hospital, mais de uma vez, para relatar problemas, principalmente, de procedimentos técnicos médicos, os mais reclamados como vimos, como por exemplo, suspeita de infecção puerperal ou pós-operatória (HF-reclamações 16/91, 36/91, 28/92, 48/93, 24/94, 28/95, 22/96, 17/97, entre outras e entrevistas com usuárias 22/99, 26/99).

Durante a gestão de dois ouvidores, a estratégia do agendamento foi mantida. Mesmo tendo sido relatado que, em caso de grande emergência, poderiam atender o usuário reclamante no momento em que o mesmo dirigia-se ao setor, na prática, isto era mais difícil. Essa dificuldade advinha do fato de que eles acumulavam, na época,

seu trabalho profissional, como médicos do Hospital, e o cargo de ouvidor. Com o terceiro ouvidor, pelo fato de ocupar cargo administrativo, a possibilidade do usuário ser recebido imediatamente foi mais enfatizada, embora ainda permaneça a mesma reserva “quando constatado caso de reclamação grave” (HF-ouvidor, entrevista 5/99).

Nestes casos, em que a ouvidoria do Hospital Fêmeina agiu, considerando a amostragem como indicativa dos problemas institucionais, sua ação resultou apenas em **disciplinar** o recebimento das reclamações, organizando o fluxo de percurso do usuário. O **envolvimento** do usuário estabeleceu-se porque este procurou o serviço de ouvidoria para reclamar e foi **informado** de seus direitos em agendar uma entrevista para registrar a queixa. Não retornando, porém, foram eliminadas antecipadamente algumas reclamações e o acolhimento do reclamante não se efetivou plenamente, pois a ouvidoria não conseguiu envolver o usuário reclamante em sua proposta de constituir-se em um canal aberto para ouvir reclamações. Nos casos em que isso ocorreu, sua atuação foi a de uma ouvidoria **ineficiente**.

O agendamento foi um dos elementos que permitiu fazer a ligação entre as estratégias de disciplinamento e de envolvimento dos usuários, explicitados até agora como típicas da ouvidoria ineficiente, e aquelas características da ouvidoria **burocrática**. O atuação da ouvidoria burocrática se estabelece no sentido de **aplacação** da relação instituição-usuário por parte do serviço.

Esta atuação predominou no caso do Hospital Fêmeina e expressou-se, também, no acolhimento do usuário, através do agendamento. Foi evidenciada a partir de dois aspectos: o da **burocratização-desburocratização** e o da tentativa de **aplacar** os ânimos dos reclamantes, apaziguando a relação instituição-usuário.

O agendamento, além dos aspectos já mencionados, não significou a **desburocratização** das relações entre a instituição e seus usuários, um dos objetivos de sua criação, como vimos. A evidência da burocratização encontra-se na forma como foi organizada a acolhida ao reclamante.

Isso porque foram criadas normas que atestaram a organização burocrática do serviço. O tipo de disciplinamento do usuário e o percurso que deveria fazer, para registrar uma reclamação, é indicativo desta organização. O usuário encaminhava-se à direção, de lá dirigia-se ao serviço de ouvidoria. Ao chegar encontrava uma secretária que agendava sua entrevista. Não encontrando o ouvidor disponível para

ouvi-lo, imediatamente, voltava ao Hospital em outro dia, para efetuar sua reclamação. Muitas vezes ficava esperando para ser atendido:

“É, eu fui encaminhado através dessa encarregada que tinha lá, que, que foi a que descobriu que a minha entrada no hospital foi particular, não foi pelo SUS. Aí sim, aí me indicaram para ir no outro dia para falar com o ouvidor do hospital, aí me deixaram esperar lá. Não é um setor, eles simplesmente chamaram um médico lá que estava encarregado de ser o ouvidor lá e tal, me deixaram lá uma hora, uma hora e pouca esperando o doutor esse. E aí chegou lá, ele me ouviu, eu vi que ele escreveu, escreveu e escreveu e disse: ‘eu vou mandar um relatório para isso aí’ e não recebi mais notícia nenhuma” (HF-familiar de usuária, entrevista 27/99).

Observou-se que o agendamento teve diferentes significados conforme é olhado pela instituição ou pelo usuário. Se para o Hospital ocorreu a desburocratização da relação instituição-usuário, pois este não precisava mais ficar à espera que o administrador do Hospital o recebesse, para o usuário não se pode afirmar o mesmo. O usuário sentia, ainda, as dificuldades em ser recebido para reclamar, pois tinha de voltar em outro momento, ficar à espera que o recebessem e não obter resposta as suas reclamações.

O agendamento teve como objetivo a **aplacação** do usuário já que esse significou uma estratégia de desarmar o reclamante no momento em que ele estava impactado e queria fazer uma denúncia. A referência a esta estratégia foi feita em dois trechos discursivos, um de autoria do primeiro ouvidor (Zylbersztejn, 1992) e outro, num artigo deste, em conjunto com o chefe da divisão técnica, que implantou o serviço durante sua gestão (Chaves, Zylbersztejn, 1993). Na primeira narrativa, em correspondência datada de 1992 e enviada ao colega do Hospital Universitário de Alagoas, afirmou o primeiro ouvidor do Hospital Fêmima:

“O Serviço de Ouvidoria funciona duas tardes por semana atendendo reclamantes que tenham agendado a entrevista. [...] Os reclamantes passionais que desejam pronto acesso a ouvidoria ficam decepcionados com a limitação a duas tardes por semana, mas se o mesmo tem real interesse em se manifestar existe a possibilidade de um dia e hora marcada” (Zylbersztejn, 1992).

A opção pelo agendamento foi com a intenção de “esfriar” a animosidade dos usuários reclamantes, pois conforme pode-se perceber, por documentos e entrevistas, os reclamantes eram considerados “extremamente insatisfeitos” ou “reclamantes passionais” e era necessário amenizar o ímpeto com que se dirigiam para reclamar do atendimento prestado. Estes aspectos ficam evidentes no artigo escrito em 1993, quando foi explicitada a necessidade de normatizar a relação instituição e usuário

reclamante, para diminuir a carga emocional existente nas reclamações. Nas palavras do administrador da divisão médica e do ouvidor:

“Devido as características da prestação de serviços que se tem em um hospital, as reclamações dos extremamente insatisfeitos trazem consigo grande carga emocional, exigindo para isto rotinas para neutralizá-las ou diminuí-las” (Chaves, Zylbersztejn, 1993).

Decidido realmente a levar a termo sua reclamação, o usuário, em dia e hora marcada, retornava ao serviço de ouvidoria, onde era recebido pelo ouvidor que o escutava em suas reclamações. Após prestar as primeiras informações o ouvidor escutava sua narrativa sobre o fato ocorrido. Mesmo quando recebido, nem sempre o usuário registrou sua queixa. Isso porque, ao ouvir seu relato sobre o problema, o ouvidor explicou os procedimentos médico-hospitalares. Assim procedendo conduziu-os, algumas vezes, a desistirem de levar adiante sua reclamação. Houve casos em que o usuário encaminhou-se até o serviço e desistiu de registrar sua reclamação após a primeira conversa com o ouvidor:

"Muitas vezes a primeira entrevista resolve a questão. Tem pessoas que vão lá reclamar, chegam assim acintosamente, até agressivamente e saem, às vezes, pedindo desculpas por ter ocupado meu tempo. Porque a pessoa não conhecia nada dos procedimentos que envolveu o familiar [...] Mas, aí, a gente dando uma boa explicação, como é conduzido o ato, porque foi tomada esta decisão, é aquele negócio, às vezes saem até se desculpando" (HF-ouvidor, entrevista 4/99).

Ressalte-se neste trecho da entrevista dois aspectos: um é que a forma de receber o usuário, o agendamento, constituir-se em um empecilho para o retorno do reclamante ao serviço de ouvidoria. O próprio serviço contribuiu diretamente em determinados casos, para dissuadir o usuário de registrar a reclamação que o levou até suas dependências. Este tipo de ação, já encontrada na estratégia de envolvimento do usuário com o objetivo de informação, é acentuada quando a ouvidoria propõe-se a aplacar a relação entre a instituição e o usuário.

O outro aspecto é que este tipo de ação evidencia o poder médico no hospital, frente ao qual o usuário acaba tendo a sensação de ser culpado por estar querendo uma explicação sobre problemas decorrentes do atendimento, o que é um direito seu. Segundo a literatura consultada, o tipo de envolvimento de usuários permanece no nível tipificado como de informação, quando intimidado por jargão legal e prestígio do representante oficial da instituição o usuário aceita a informação e endossa os propósitos da instituição (Arnstein, 1969).

No serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina o ouvidor é o representante da instituição frente ao usuário e, ao conversar com ele, pode intimidá-lo pela sua qualificação profissional e utilização de jargão médico, com termos incompreensíveis para muitos. Foi assim que, embora atuando predominantemente como uma ouvidoria **burocrática**, ao prestar os primeiros esclarecimentos ao usuário e ao registrar, por escrito, a reclamação, a ouvidoria do Hospital desencadeou, algumas vezes, uma estratégia caracterizada como de **informação** e, portanto uma **ineficiente** forma de envolvimento.

Mantida a intenção do reclamante em registrar a ocorrência, o ouvidor redigia o texto da reclamação. O aspecto **burocrático** e temporizador do envolvimento dos usuários estava expresso, também, neste registro. No texto da maioria das queixas, após os dados de identificação do usuário segue-se o relato do evento que a originou.

Embora tenha sido salientado que as reclamações eram registradas "bem objetivamente, anoto todas as suas declarações, com as suas palavras, com as palavras do reclamante" (HF-ouvidores, entrevistas 3/99 e 5/99), constatou-se que eram anotadas sob a forma de ocorrência: "o reclamante declarou que... o reclamante relatou que..., o reclamante afirma que..., segundo a percepção do reclamante...". As queixas eram redigidas com termos técnicos que, como já foi expresso, são de difícil compreensão para os leigos e indicam formas simbólicas de dominação<sup>48</sup>:

"Hipertemia, abscesso da parede abdominal, foi tratado com corticóides, soluções parentais, dores na incisão cirúrgica, parto pélvico com mecônio, hiperparatireodismo, cirurgia de colpoperineoplastia, aspiração de grande quantidade de mecônio, insuficiência cardio-respiratória" (HF-reclamações 29/97 e 6/98, entre outras).

O registro finalizava com o encaminhamento dado pelo ouvidor e sua assinatura: "Conduta da ouvidoria: solicita parecer da chefia X". O ouvidor **disciplinou**, portanto, o encaminhamento da investigação enviando as reclamações para as chefias e profissionais envolvidos nestas. Após o registro da reclamação o ouvidor desencadeava um processo interno de investigação dos fatos narrados na ocorrência registrada. Nas palavras do primeiro ouvidor do Hospital, em entrevista à

---

<sup>48</sup> As formas simbólicas de dominação foram estudadas por Bourdieu, tendo como campo de investigação a França. Encontram-se relatadas em suas várias obras e serviram de suporte teórico para esta análise (1975, 1988, 1989, 1992, 1996).

imprensa escrita, por ocasião da criação do serviço, “o *ombudsman* dá uma de detetive”, o que significa que vai investigar o caso e conversar com os funcionários envolvidos (Brum, 1991).

A estratégia de **envolvimento** de usuários considerada **aplação** foi característica da atuação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina, durante o período estudado, pois as queixas foram ouvidas e as opiniões dos usuários encaminhadas para as chefias apurarem os fatos e responderem ao serviço. Dos documentos foram tiradas fotocópias e enviadas às chefias. Destas foram solicitadas explicações sobre o fato que gerou a reclamação. As chefias realizavam as investigações e devolviam os documentos ao ouvidor, justificando os fatos apurados nas investigações.

Este tipo de encaminhamento e de investigação das reclamações, característico de um serviço burocrático, implicou em que as respostas das chefias e dos profissionais ao serviço de ouvidoria ficassem, na sua maioria, restritas a justificar o atendimento prestado com pareceres técnicos médicos, ou, em casos não-médicos, relatando a aplicação dos dispositivos legais, medidas punitivas de rotina, ou respostas evasivas. Esta última é exemplificada pelo caso de médico residente que, ao faltar à consulta agendada, tem sua conduta justificada pela chefia, preceptoria de residência médica, alegando que o mesmo estava liberado para rematrícula em sua universidade, no interior do Estado.

As justificativas, por parte das chefias e dos profissionais sobre os atos resultantes da reclamação, são relevantes para que a ouvidoria possa desempenhar a contento o seu trabalho. Mas tendo em vista que a ouvidoria foi criada, também, como uma forma de evitar demandas judiciais contra o Hospital, e por sua vez contra os médicos, verificou-se que este objetivo acabou predominando sobre os demais, tanto que ele foi um dos poucos objetivos citados, reiteradamente, pelos médicos, tanto no momento inicial, de instalação do serviço, como no momento atual.

Daí os pareceres técnicos médicos amplamente utilizados para fornecer resposta à ouvidoria. Esta ao repassar as respostas aos reclamantes, propôs-se a aplaca-los individualmente e, ao fazê-lo, acabou também aplacando a solução dos problemas estruturais e funcionais da instituição: “Levando a resposta para o reclamante nós conseguimos apaziguar, levar a um entendimento mútuo” (HF-

ouvidor, entrevista 3/99). Verificou-se que como as respostas, na maioria das vezes, não chegaram aos usuários ficou confirmada a estratégia da aplacação e a expressão do ouvidor deve ser considerada nesse contexto.

Finda a entrevista com o usuário reclamante era freqüente a ouvidoria, no seu primeiro exercício, agendar uma segunda entrevista para comunicar a resposta ao mesmo, ou dizer-lhe que a resposta estaria à sua disposição no setor quando por ela procurasse. Nos primeiros anos de atuação, o ouvidor agendou uma segunda entrevista com os usuários ou, em alguns casos, mandou telegrama para que o reclamante fosse até o serviço em busca da resposta. No texto de algumas reclamações verificaram-se anotações tais como "não retornou para a segunda entrevista".

Explanando sobre as formas de resposta ao usuário, os ouvidores, principalmente nas duas últimas gestões, argumentaram que respondiam “sempre que possível, quando necessário, desde que não envolvesse sigilo profissional” (HF-ouvidores, entrevistas 4/99, 5/99). Durante as três gestões, algumas vezes foi usado o telegrama e o telefone para contatar o reclamante (HF-ouvidores, entrevistas 3/99 e 5/99).

Com o segundo e terceiro ouvidores, um dos critérios para responder ou não aos usuários foi o tipo de reclamação. Aquelas que envolvessem falhas nos procedimentos técnicos e, portanto, sigilo profissional e aquelas, classificadas nesta pesquisa como resultantes de falhas de relacionamento, não foram consideradas com a mesma importância para merecerem respostas aos usuários.

As reclamações envolvendo sigilo profissional deveriam ser respondidas mas não divulgadas. Aquelas que envolvessem falhas de relacionamento não necessitavam de resposta formal, por escrito. Para os que reclamavam do relacionamento, os ouvidores diziam, no ato da entrevista, que se fosse constatada alguma falha do funcionário, algum problema, ele seria punido. Mas não houve, nestes casos, uma resposta escrita, formal.

O envolvimento dos usuários pelo serviço de ouvidoria caracterizou-se como de **aplacação**, também, pelo tipo de respostas fornecidas pelas chefias ao serviço e deste ao usuário, levantamento realizado através da análise qualitativa e quantitativa

das respostas. As respostas das chefias ao serviço estavam registradas e, portanto, foram de fácil visibilidade para contagem.

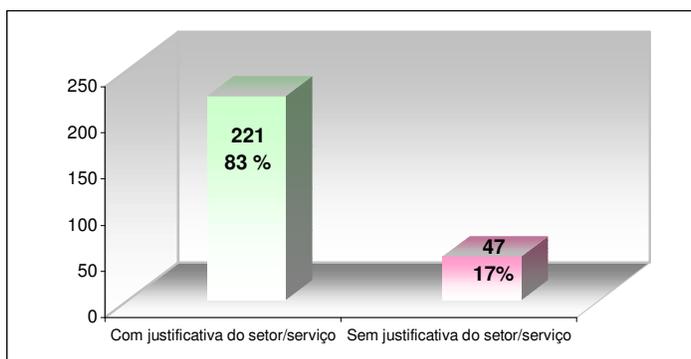
Através da análise quantitativa foi possível constatar que a maioria reclamações existentes, no arquivo da ouvidoria, continham respostas das chefias ao serviço de ouvidoria, com exceção de 17% das mesmas. Estas encontravam-se sem encaminhamento e sem resposta com justificativa das chefias ao serviço. Quando não houve encaminhamento, investigação ou resposta, a ouvidoria desencadeou estratégias de envolvimento dos usuários caracterizadas como sendo do tipo **informação**.

Isso porque acolheu as reclamações destes usuários para saber dos problemas institucionais. Informou-os sobre seus direitos de registrar a reclamação. Não houve anotações que indicassem se houve encaminhamento para investigação, nem respostas institucionais que comprovassem a investigação. Também, como era de se esperar, não havia indícios de resposta ao reclamante. Agindo assim, concluiu-se que, nestes casos, a atuação do serviço de ouvidoria foi **ineficiente**, pois implicou em que a reclamação estancasse ali, indicando a minimização da voz dos usuários.

Mas, na maioria dos casos, como afirmamos, a estratégia de envolvimento dos usuários do Hospital Fêmeina foi de **aplação**. O serviço de ouvidoria ouviu para contemporizar os problemas institucionais, organizando, de forma burocrática, o encaminhamento e a investigação das reclamações. As respostas aos usuários continham justificativas das chefias e dos profissionais envolvidos nas queixas e ficaram arquivadas no serviço, não chegando, na maioria das vezes aos primeiros. Este tipo de ação caracterizou a maior parte da atuação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina, pois 83% das estratégias de envolvimento dos usuários reclamantes foram desse tipo.

Observe-se no Gráfico 11 e na Tabela 16 do Anexo C as estratégias de envolvimento do tipo **aplação** e **informação**, consideradas a partir da resposta institucional ao reclamante.

GRÁFICO 11- Resposta Institucional ao reclamante do Hospital Fêmima-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

A qualidade das respostas fornecidas pelo serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima correspondeu ao tipo de atuação da ouvidoria **burocrática**, envolvendo os usuários sob a forma de **aplacação**, porque justificavam os procedimentos técnicos médicos adotados e a aplicação de medidas punitivas de rotina, ou foram repassadas aos usuários cópias dos relatórios fornecidos por chefias e profissionais ao serviço de ouvidoria. Ao informarem apenas sobre os procedimentos adotados na investigação e, em casos não médicos, sobre a aplicação dos dispositivos legais, não explicitaram os resultados e soluções adotadas para melhorar a qualidade do atendimento do Hospital.

No primeiro caso, a linguagem técnica foi utilizada para demonstrar os atos médicos estabelecendo-se, de imediato, o poder médico sobre os usuários. Embora a linguagem expresse conhecimento técnico sobre o qual os usuários não têm, aparentemente, condições de opinar, principalmente se olhado pelo ponto de vista dos médicos, pode-se observar que os reclamantes sabiam sobre o que estavam falando ao fazer sua reclamação. Falavam da dificuldade em conseguir consultas e internação, de falhas nos procedimentos técnicos, em sua maioria médicos, e de relacionamentos conflituosos que se estabeleciam no interior do Hospital.

No caso da aplicação dos dispositivos disciplinares aos trabalhadores, as respostas informavam que a instituição tratou de submetê-los às normas e a revisar suas condutas, explicitando o comportamento ético que os trabalhadores em saúde deveriam ter com os usuários do sistema de saúde.

A possibilidade da ouvidoria **disciplinar** a solução dos problemas reclamados dependeu do tipo de problema narrado pelos usuários reclamantes. Em alguns casos,

que ocorreram nos anos iniciais de atuação do serviço, a ouvidoria conseguiu solucionar problemas como o agendamento de consultas ou exames extras, conseguir internação e troca de médico por solicitação da usuária.

Não foi possível obter a informação exata do número de respostas que foram realmente enviadas aos reclamantes. Os ouvidores argumentaram que chamavam ou agendavam, antecipadamente, uma segunda entrevista na qual dariam ciência, ao usuário, dos procedimentos adotados a partir de sua reclamação. Dois ouvidores afirmaram que davam resposta ao usuário “sempre que possível”, evidenciando, desta forma, que nem sempre elas eram efetivadas (HF-ouvidores, entrevistas 3/99; 4/99).

Porém, todos os reclamantes entrevistados afirmaram que não haviam recebido resposta do serviço de ouvidoria após o registro da reclamação. Uma usuária reclamante explicitou que o ouvidor afirmou que a resposta estaria à sua disposição no serviço, mas ela não quis buscá-la, devido ao trauma sofrido com a experiência. Outro entrevistado declarou que procurou o relatório porque precisava e não o conseguiu. O fato do serviço de ouvidoria não procurar o usuário, com mais dedicação, para comunicar-lhe a resposta, não informando que a mesma encontrava-se disponível nem as soluções tomadas para resolver os problemas, evidencia o caráter de apelação do serviço. Estas afirmações foram confirmadas quando constatou-se que as respostas aos usuários reclamantes ficaram, em sua maioria arquivadas no serviço, sob a forma de relatórios das chefias e dos profissionais, nunca chegando aos mesmos.

Como foi expresso anteriormente definiu-se, como tipos de ouvidoria a **ineficiente**, a **burocrática** e a **eficaz**. A atuação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina, ao desenvolver relações institucionais com os usuários, apresentou nuances dos três tipos ouvidoria. Caracterizou-se porém, principalmente, pelo tipo burocrático e com menos ênfase pelos tipos ineficiente e eficaz.

Foi **burocrática** na acolhida ao reclamante, na intenção de aplacar sua insatisfação com o atendimento recebido e nas formas de resposta às reclamações. Foi **ineficiente** porque não se empenhou em fazer a resposta chegar ao usuário, mantendo-a arquivada. Quase inexistente a atuação do serviço de ouvidoria do tipo **eficaz**, esta esboçou-se quando o ouvidor conseguia resolver o problema da usuária,

agendando consultas, trocando a paciente de médico, quando solicitado. Também quando, em raras ocasiões, sugeriu e conseguiu mudanças nos procedimentos e rotinas para a melhoria do atendimento à usuária. Estes aspectos foram encontrados de forma mais evidente nos primeiros anos de implantação da ouvidoria.

A partir de 1998, o tratamento da ouvidoria à algumas reclamações, àquelas referentes à suspeitas de falhas nos procedimentos técnicos médicos, esboçou uma estratégia de envolvimento do usuário que poderia indicar um processo de intermediação, realizado pelo ouvidor, entre a instituição, seus trabalhadores e os usuários reclamantes. A ouvidoria passou a encaminhar algumas reclamações, com comentários, para a administração, para as chefias, para os médicos. Requisitou prontuários para auxiliar nas investigações. Teceu considerações sobre os mesmos. Aos reclamantes enviou correspondências onde foram relatados os procedimentos adotados pelo serviço e, resumidamente, o depoimento dos médicos envolvidos. Explicitava a conduta médica investigada mantendo, porém, os termos técnicos médicos para explicar a ocorrência.

Mais uma vez, porém, a justificativa foi o tipo de resposta ao reclamante e os termos técnicos só foram empregados em situações de queixas sobre suspeita de falhas nos procedimentos médicos. Explica-se a preocupação com queixas desse tipo, relacionando-a com o objetivo do Hospital em implantar a ouvidoria como forma de evitar processos judiciais. De fato o Hospital Fêmina foi alvo de críticas, por parte da sociedade, quando do “Caso Anita”, em 1998. Este acontecimento, foi apontado como exemplo da situação de saúde no País pois resultou no nascimento de um bebê na saguão do Hospital<sup>49</sup>.

A forma de atuação do serviço de ouvidoria, narrada até aqui, indica que este serviço desenvolveu estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes. O serviço instalou-se como tecnologia de poder disciplinar, ao possibilitar a organização espacial dos usuários reclamantes no âmbito do Hospital. O serviço de ouvidoria atuou como tecnologia de si quando procurou desenvolver a

---

<sup>49</sup> Este caso, também chamado pela imprensa como “O bebê de Anita”, foi reportagem de capa estampada na imprensa local com a manchete: “O nascimento de um brasileiro”. A usuária chegou ao Hospital Fêmina, após ser recusada em dois outros hospitais de Porto Alegre, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Presidente Vargas. Nesses hospitais, e também no Hospital Fêmina, recebeu a mesma informação de que não havia leitos. Neste último foi orientada a esperar, quando, então, nasceu o bebê. O parto foi feito por outras usuárias, no saguão (O NASCIMENTO, 7 março 1998).

identidade dos reclamantes com o serviço e com o Hospital, bem como com as práticas dos profissionais em saúde. Para tal, o serviço de ouvidoria propiciou que a maioria daqueles que o procuraram fossem ouvidos, pessoalmente, pelo ouvidor. É uma forma de fazer com que haja a identidade do usuário com o serviço e com o Hospital.

O fato de ouvir não significou, entretanto, que o serviço de ouvidoria promoveu, efetivamente, o desenvolvimento da identidade do usuário com o serviço. Alguns entrevistados indicaram que perceberam um desinteresse da ouvidoria em recebê-los para registrar a reclamação: “Ah! Vamos passar para a chefia, para ver porque que está acontecendo isso aí!” (HF-usuárias, entrevistas 22 e 26/99). Tampouco desenvolveu, plenamente, a identidade dos usuários com o serviço e com o Hospital, pois não manteve um sistema de resposta ao usuário, que funcionasse adequadamente. Assim verificou-se que a experiência vivenciada pelos reclamantes, que foram entrevistados, no Hospital Fêmima e junto ao serviço de ouvidoria foi vista como negativa pelos primeiros.

No caso do Hospital Fêmima, verificou-se, através das entrevistas, que a ouvidoria propiciou, de uma certa forma, a subjetivação do sujeito. Por um lado, contribuiu para enquadrar o reclamante nas relações sociais de consenso, ao possibilitar que as reclamações fossem canalizadas internamente. Evitou, por exemplo, processos judiciais contra o Hospital e, por conseqüência, contra alguns de seus profissionais, além de evitar rumores na imprensa. Por outro lado, atuando assim evidenciou que o serviço cumpriu a função principal de aplacar o usuário, e não procurou ampliar sua voz em relação aos problemas institucionais detectados, através de suas reclamações.

Desta forma verificou-se que a atuação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima configura-se, predominantemente, como sendo do tipo **burocrático**, pois concentrou a maioria de suas ações no desenvolvimento de estratégias que possibilitaram a **aplacação** dos problemas institucionais. O atuação da ouvidoria como **ineficiente**, promovendo estratégias de envolvimento que escutam o usuário para obter **informação** dos problemas institucionais foi menos acentuada, e o tipo de ouvidoria **eficaz**, aquela que recebe as reclamações como **consulta** ao usuário foi quase inexistente.

Após analisar as estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes aborda-se, a seguir, as relações institucionais do serviço de ouvidoria que implicaram em envolvimento e em disciplinamento dos trabalhadores em saúde da instituição.

### **3.6 A adesão como estratégia de envolvimento dos trabalhadores em saúde**

Neste tópico apontam-se as estratégias desencadeadas pelo serviço de ouvidoria que resultaram no envolvimento dos trabalhadores em saúde do Hospital Fêmeina. A intenção de envolver os trabalhadores não estava expressa claramente, como objetivo institucional, quando da criação do serviço. Estas relações foram resultado da ação desencadeada para alcançar os objetivos que visavam acolher as reclamações como forma de melhorar a gestão administrativa e avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital evitando, ao responder ao usuário, possíveis demandas judiciais.

O envolvimento dos trabalhadores do Hospital Fêmeina com o serviço de ouvidoria foi avaliado a partir de dois aspectos: a maneira como foram envolvidos, quando o serviço foi implantado e o modo como foram envolvidos nos procedimentos, de investigação, de análise e de resposta às reclamações, efetuados pelo serviço para levar a termo seu trabalho. Para explicar a relação entre o serviço de ouvidoria e o **envolvimento** dos trabalhadores, nos dois níveis, explicitaram-se as categorias de **integração passiva, adesão e interação**

#### **3.6.1 O envolvimento na implantação do programa**

Quando a administração do Hospital Fêmeina, particularmente o administrador médico, decidiu criar um serviço de ouvidoria desencadeou diferentes estratégias de envolvimento dos trabalhadores. Para a divulgação do mesmo a administração utilizou as estratégias de discussão e de comunicação sobre sua implantação. Foi observado que as estratégias se diferenciaram, conforme o tipo de profissional e a hierarquia existente no Hospital. A administração e a ouvidoria, a ser implantada, envolveram as chefias médicas promovendo relações de **interação**. Com os médicos o envolvimento foi no sentido de conseguir sua **adesão** ao propósito institucional. As demais chefias e trabalhadores em saúde, das áreas técnica e administrativa, foram **integrados passivamente** na implantação e divulgação do programa.

A decisão de criar o serviço foi tomada em nível gerencial. Porém, para investigar a receptividade que o mesmo teria, sua implantação foi discutida com algumas chefias médicas da época. Como havia muitas queixas de usuários e pensando na ouvidoria como solução administrativa, o administrador, médico, discute com as chefias médicas a possibilidade de adotar esta prática gerencial. As chefias concordaram em implantar a ouvidoria pois muitos dos problemas eram canalizados para os serviços, dos quais eram responsáveis (HF-ouvidores, entrevistas 3/99; 4/99; médico, entrevista 13/99).

A discussão foi feita, também, para saber quem teria o perfil de ouvidor entre os membros do corpo clínico do Hospital (HF-ouvidores, entrevistas 3/99; 4/99; médico, entrevista 13/99). Numa reunião com as chefias médicas, dentre as quais encontrava-se o futuro ouvidor, foi designado seu nome, pelo diretor, que:

"Achava que eu teria as características para tal, pela respeitabilidade suficiente frente aos colegas e para que os mesmos aceitassem que eu viesse a intermediar as reclamações e levá-las até eles. Este trabalho exige muito cuidado para não criar atritos desnecessários, pois este tipo de assunto era tabu. Na época reclamação de paciente era tabu" (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

O médico indicado para exercer o cargo, na época, ocupava também o cargo de chefe do corpo clínico e era plantonista da clínica anestesiológica. O primeiro cargo existe, nos hospitais, por exigência do Conselho Regional de Medicina (CREMERS) e quem o ocupa é eleito pelos médicos. A respeitabilidade que o médico possuía, devido ao primeiro cargo, foi um dos fatores levados em conta para indicar o médico para intermediar as reclamações entre os usuários e os demais profissionais médicos. Porém, o fato de ter sido escolhido um médico que acumulava outras funções no Hospital, é um dos indicadores do caráter burocrático do serviço, já que este não estaria sempre aberto para receber as denúncias e queixas sobre os serviços prestados pelo Hospital.

A discussão com as chefias médicas explicita relações de **interação** entre a administração e estas chefias. Buscava-se, assim, sensibilizá-las para o projeto e, através destas, ganhar a adesão dos profissionais médicos para sua implantação. A discussão era para que "as pessoas não sofressem paranóia quando da sua implantação, e houve paranóia" (HF- chefia divisão médica, entrevista 1/95).

Decidida a implantação do serviço, verificou-se que, inicialmente, foi feita uma reunião com os médicos. O próprio ouvidor escolhido, como chefe do corpo clínico, comunicou aos médicos a instalação do serviço. Teve o cuidado de afirmar que a proposta do trabalho da ouvidoria não era a de punir ninguém e sim a de melhorar o Hospital (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Era importante a **adesão** dos médicos pois sabe-se que a maioria das reclamações, antes ou mesmo depois do serviço ter sido implantado, era sobre o atendimento médico. De fato, como vimos anteriormente, a maioria das reclamações, 67%, registradas no serviço e que nomeavam os trabalhadores em saúde do Hospital Fêmina, eram dirigidas aos médicos (170 de 255). Dentre os profissionais estes foram questionados sobre 78% das falhas nos procedimentos técnicos (110 de 140), sobre 56% (61 de 108) das falhas de relacionamento humano e sobre 58% dos problemas de comunicação (38 de 65), conforme os dados expressos nas tabelas 4 e 10 do Anexo C. Esta reunião atesta, também, a intenção de criar a ouvidoria para proteger os médicos em caso de demandas judiciais ou em caso de encontrarem seus nomes expostos na imprensa, questionando falhas cometidas nos procedimentos técnicos.

Explica-se assim, porque o ouvidor, ao apresentar o projeto para seus colegas médicos, enfatizou o caráter não punitivo do serviço. A adesão dos médicos ao serviço foi evidenciada no depoimento de um médico mais antigo no Hospital que, quando perguntado sobre os benefícios do serviço de ouvidoria, para os médicos, afirmou:

"...porque ele ao mesmo tempo que ele sabe que se alguém fizer alguma queixa a respeito dele, ele vai ter a oportunidade de se defender de forma adequada. Sabe que provavelmente o nome dele não vai ser posto no meio da rua, por um equívoco qualquer que, a pessoa vai poder encaminhar isso e aí ele vai ser ouvido, vai dar a explicação, e as coisas vão se resolver aqui dentro entre os interessados que é o Hospital e o cliente. Porque antes acontecia assim, qualquer coisa que ocorria a pessoa aparecia lá embaixo: "Ah! vou para a Zero Hora". E efetivamente ia, porque queria reclamar para alguém. Então, a gente sabendo que se houver algum conflito na nossa atividade médica aqui, o pessoal vai reclamar no lugar certo. E a gente vai poder ter oportunidade de se defender, de explicar" (HF-médico, entrevista 13/99).

Ao explicitarem como ficaram sabendo da criação de um serviço de ouvidoria no Hospital Fêmina, questão formulada como um dos indicadores do envolvimento na implantação ou na divulgação do serviço, alguns dos médicos mais antigos

afirmaram que a implantação do serviço foi divulgada, na época. Efetivamente isso ocorreu, na forma da busca de adesão dos médicos ao projeto de ouvidoria hospitalar, como demonstramos acima.

Com as chefias das demais áreas, técnica e administrativa e, com o corpo de profissionais destas áreas as estratégias foram outras. Não houve discussão com as chefias dessas áreas sobre a instalação do novo serviço. Elas foram comunicadas. Não foi o ouvidor nem a administração médica quem informou, aos demais profissionais dessas áreas, sobre a criação da ouvidoria. O comunicado foi feito pelas respectivas chefias. Estas estratégias indicaram que esses profissionais foram **integrados** de forma **passiva** na instalação do serviço.

Os profissionais médicos ou os funcionários que ingressaram no Hospital mais recentemente, também foram integrados passivamente na divulgação do trabalho realizado pelo serviço. Se, no início do processo, a ouvidoria buscou a adesão dos médicos, mais recentemente isso não ocorreu. Alguns médicos residentes, reclamados, que ingressaram no Hospital quando o serviço já estava instalado, indicaram que ficaram sabendo por acaso da existência da ouvidoria, através de conversa entre colegas, ou quando houve reclamação a seu respeito.

O mesmo ocorreu com profissionais da equipe de enfermagem e da recepção, que ingressaram mais recentemente no Hospital. Ficaram sabendo do serviço passando pelo corredor e vendo, em uma porta, a placa “ouvidoria”, sinalizando que, ali, funcionava o serviço de ouvidoria. Alguns destes entrevistados, principalmente da área da recepção, foram informados da sua existência quando ingressaram para trabalhar no Hospital. Não receberam, porém, qualquer explanação sobre seus objetivos ou o tipo de trabalho desenvolvido pelo serviço de ouvidoria (HF-trabalhadores em saúde, entrevistas 12/99, 12b/99, 13/99, 14/99, 16/99 e 17/99). Estes profissionais tinham, como uma de suas funções o encaminhamento de reclamantes para o serviço.

Ao explicar as diferentes estratégias de envolvimento dos trabalhadores em saúde, por parte da ouvidoria do Hospital Fêmeina, o ouvidor-médico argumentou:

"Eu me dirigi aos médicos, que seriam meus colegas. Aos demais têm hierarquias que devem ser respeitadas. Eu falei para as chefias de enfermagem e administrativas o que ia acontecer e eles levaram aos seus subordinados que existiria um serviço que seria feito por mim com a finalidade

de detectar as reclamações dos usuários do serviço" (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

As diferenças de envolvimento dos profissionais, na tomada de decisão da implantação do serviço de ouvidoria, são explicadas pelo princípio da hierarquia e atestam, por sua vez, o poder médico nos hospitais (Carapinheiro, 1998). Atestam, também, este poder médico em relação ao usuário, ao salientar que reclamação de paciente era tabu na época.

Os fatos narrados, contando a forma de envolvimento dos profissionais em saúde do Hospital Fêmina, levam-nos a concluir que, no início da atuação da ouvidoria, ela desenvolveu relações de envolvimento **interativas** com as chefias médicas. Com os médicos, a estratégia de envolvimento foi buscar sua **adesão** aos propósitos da ouvidoria. Porém, com o passar do tempo, as estratégias foram passando, da adesão para a **integração passiva**. O mesmo ocorreu com as demais chefias e trabalhadores em saúde. Na época da criação do serviço de ouvidoria, o envolvimento resultou em integrá-los passivamente, pois foram apenas comunicados, quando o foram, da existência do serviço de ouvidoria, o mesmo ocorrendo mais recentemente.

### **3.6.2 O envolvimento com o trabalho do serviço de ouvidoria**

Para analisar o envolvimento das chefias e dos profissionais reclamados, com o trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, considerou-se como indicadores empíricos os relativos aos procedimentos institucionais desencadeados tais como: o encaminhamento das reclamações e as respostas institucionais, considerando o tempo de retorno e a qualidade das respostas das chefias e dos profissionais ao serviço.

No encaminhamento das reclamações, o ouvidor seguia as normas de rotina do serviço. Após o registro da reclamação, tirava várias fotocópias do documento e enviava-o às respectivas chefias ou aos profissionais envolvidos, solicitando providências. Ao final da reclamatória, anotava o encaminhamento com o seguinte texto: "conduta da ouvidoria: solicita parecer da(s) chefia(s) X, ou do(s) médico(s) X...". Segundo um dos ouvidores "o processo era desencadeado de forma a sempre respeitar a hierarquia" (HF-ouvidor, entrevista 3/99). Era comum a mesma reclamação envolver vários profissionais e ser encaminhada, portanto, para várias chefias, para chefias e profissionais ao mesmo tempo ou, vários profissionais.

Através da análise do procedimento institucional, desencadeado pelo serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina, para levar a termo seu trabalho, verificou-se que este procurou a adesão, das chefias e dos profissionais reclamados, nas suas investigações sobre os fatos narrados e registrados no serviço. Isso porque a grande maioria das reclamações, 82%, foram encaminhadas, pelo ouvidor, às chefias dos serviços para realização das investigações. As demais reclamações foram enviadas somente ao profissional, 9%, ou à chefia e ao profissional em conjunto, 6%.

Somando estas três categorias, obtém-se um total de 97% (259 de 268) das reclamações encaminhadas, a partir do qual pode-se deduzir que a intenção do serviço de ouvidoria foi a de envolver, de fato, os trabalhadores em saúde do Hospital, na averiguação dos casos de queixas e na resposta a ser dada ao usuário. Em 3% das mesmas não foi encontrado o registro de encaminhamento por parte do serviço. Estes dados estão demonstrados no Gráfico 12, adiante apresentado, e detalhados nas Tabelas 17 e 18 do Anexo C.

Porém, o encaminhamento assumiu uma forma burocrática, pois a reclamação era enviada para as chefias de serviço de forma quase automática, como mais um “papel” burocrático, do qual se faziam reproduções e ao qual se deveria dar o devido destino:

"Ela mesma (a secretária-LHP) me fazia os xerox, eu assinava todos os xerox. Eu dizia oh: manda essa cópia para fulana, essa para beltrana, essa para ciclana e cobra o retorno. Cobra o retorno porque eu preciso em cinco dias, uma semana, ter o retorno dessa coisa toda aqui" (HF-ouvidor, entrevista 4/99).

Embora tenha sido argumentado que os mesmos procedimentos de encaminhamento e de investigação das reclamações eram desencadeados em relação aos profissionais das áreas médica, técnica e administrativa do Hospital, observou-se que isso nem sempre aconteceu. No início do processo de ajustamento do serviço à realidade do hospital, era comum o ouvidor misturar suas funções como tal e como chefe do corpo clínico, cargo que também ocupava.

O ouvidor pronunciava-se, diretamente, no documento das reclamações através de "recomendações da chefia do corpo clínico". Nesta condição ele dirigia-se aos médicos de acordo com a função do cargo. O acúmulo de funções de chefia do corpo clínico e de ouvidor, refletindo-se no relacionamento do ouvidor junto aos médicos, se desfaz a partir de 1992, quando o ouvidor não mais ocupa aquele cargo.

A partir desse momento o serviço atinge, mais plenamente as suas características burocráticas.

Observou-se que, em muitos casos, mesmo não mais acumulando a função de chefe do corpo clínico, o ouvidor ainda manteve relacionamento direto com os profissionais da área médica. Assim, foi freqüente o ouvidor solicitar parecer do profissional médico, diretamente, enquanto o mesmo não aconteceu com profissionais da área técnica e administrativa. Isso decorreu, com certeza, do tipo de reclamação dirigida aos médicos, na sua maioria sobre procedimentos técnicos, como vimos, mas também pelo fato do ouvidor ser um médico em pleno exercício profissional.

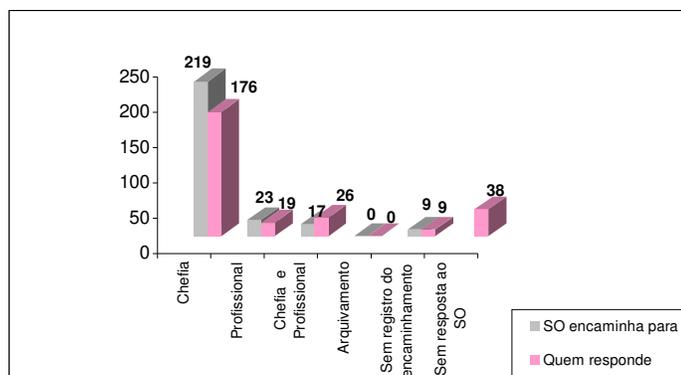
Com relação às chefias e aos profissionais da área técnica e administrativa, o ouvidor realizava um trabalho de cunho mais burocrático ao repassar as reclamações para as chefias se pronunciarem. Não encaminhava reclamações diretamente aos profissionais dessas áreas. Estes procedimentos levaram à conclusão de que, no Hospital Fêmima, no que tange ao encaminhamento das reclamações a hierarquia foi seguida.

A resposta institucional das chefias e dos trabalhadores em saúde, do Hospital Fêmima ao serviço de ouvidoria, demonstrou uma elevada adesão por parte das chefias e dos profissionais às investigações e às solicitações de resposta do ouvidor. Após o encaminhamento, realizado pelo serviço de ouvidoria, as chefias responderam 66% das reclamações e os profissionais responderam diretamente 7% das mesmas, sem qualquer documento da chefia acompanhando a justificativa. As reclamações traziam respostas da chefia e, também, do profissional em 10% dos casos.

Portanto, verificou-se que o percentual total de respostas à solicitação do serviço de ouvidoria para averiguação das reclamações, foi de 83% (221 de 268), o que pode ser considerada uma forte **adesão** dos profissionais ao trabalho desencadeado pelo serviço. As solicitações de investigação por parte do serviço de ouvidoria, no período de 1990 a 1998, ficaram sem resposta das chefias e profissionais em 14%. Encontrou-se, ainda, 3% para as quais não havia registro de encaminhamento nos arquivos da ouvidoria, não sendo possível rastrear seu percurso. Indicaram um total de 17% de reclamações para as quais não houve

resposta arquivada no serviço de ouvidoria. Os dados sobre encaminhamento das reclamações da ouvidoria para as chefias e para os profissionais e as respostas destes à ouvidoria encontram-se expostos no Gráfico 12 e nas Tabelas 17 a 20 do Anexo C.

GRÁFICO 12- Procedimento Institucional: encaminhamento das reclamações e respostas das chefias ao Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima-1990-1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

Estes dados permitem concluir que, se na implantação do serviço de ouvidoria não houve uma estratégia explícita para envolver todos os profissionais buscando sua adesão, fato este que ocorreu em particular com os médicos, durante o procedimento desencadeado pelo serviço, foi alta a adesão dos demais profissionais a este trabalho. O comportamento padrão das chefias e dos profissionais em responder às reclamações não foi, entretanto, linear. A média de 83% com resposta e de 14% “sem resposta ao SO”, referente a todo o período investigado, como indicadores da adesão ao trabalho desencadeado pelo ouvidor não permitia, porém, a análise de diferenças conjunturais nesta adesão. Assim, buscou-se verificar esse comportamento em cada ano de atuação do serviço.

Quando analisou-se, ano a ano, o comportamento das chefias e dos profissionais em fornecer respostas ao serviço de ouvidoria, observou-se que, nos três meses iniciais de sua criação (1990) a adesão dos profissionais foi de 100%. Em 1991, primeiro ano de funcionamento do serviço, a receptividade em relação ao serviço foi, ainda elevada, e as chefias aderiram, ao seu propósito inicial, respondendo 97% e deixando de responder apenas 3% das solicitações de investigação. A percentagem típica de “sem resposta ao SO” foi de 19% e

correspondeu aos anos de 1992, 1993, 1995 e 1997, como pode-se observar na Tabela 20 do Anexo C.

Há momentos em que a adesão ficou mais fraca, quando, então, o ouvidor agiu no sentido de voltar a envolver mais intensamente as chefias e os profissionais, particularmente os médicos. Em 1993 uma correspondência foi emitida pelo ouvidor, solicitando agilidade e efetiva resposta das chefias as suas solicitações.

Neste ano, o ouvidor do Fêmima procurou envolver mais intensamente o corpo clínico e, através de correspondência, dirigiu-se ao mesmo com o objetivo de intensificar a adesão das chefias médicas e dos médicos para que respondessem as suas solicitações de investigação. O serviço de ouvidoria procurou, assim, normatizar sua relação com as chefias.

Explicando novamente que a meta do serviço era "intermediar as reclamações de pessoas extremamente descontentes com o atendimento no Hospital Fêmima", lembrou a rotina do serviço, "as reclamações dão origem a registros de ocorrências, encaminhadas aos chefes de serviço, que identificam os profissionais envolvidos e pedem relatórios para responderem à ouvidoria" (Zylbersztejn, 1993).

Manifestou a dificuldade de obtenção de respostas e, em função, disso disciplinou os médicos para que respondessem às reclamações, normatizando o prazo de retorno das mesmas à ouvidoria, e estabelecendo o que aconteceria, caso o profissional não cumprisse o prazo estipulado:

"Em função das dificuldades em obter as respostas necessárias para retorno às partes reclamantes, a ouvidoria dará um prazo de dez dias, findo os quais será agendado uma reunião entre os reclamantes e os médicos envolvidos" (Zylbersztejn, 1993).

A razão para esta medida ter sido tomada foi o decréscimo na adesão, das chefias e dos profissionais, ao trabalho desenvolvido pelo serviço de ouvidoria. A dificuldade em manter a adesão se expressava na falta de resposta e na demora com que as chefias e os profissionais passaram a atender à solicitação do serviço. Segundo o ouvidor da época, foi necessário pressionar, através da direção médica do Hospital, para que respondessem porque não estavam valorizando as reclamações. Achavam que eram muito ingênuas e também não queriam, no caso das chefias, se atritar com o colega subordinado.

Alguns serviços entraram numa certa habitualidade, algumas pessoas achavam que a ouvidoria estava caindo em desuso, que o serviço estava morrendo,

que era uma espécie de modismo. Então começou o problema da demora nas respostas. Foi necessário "mobilizar" os reclamados e fazer um chamamento para que eles fornecessem os meios para que o ouvidor pudesse completar seu trabalho, fornecendo uma explicação aos usuários.

A correspondência foi emitida neste contexto. Como ela estava datada de junho de 1993, e no ano de 1994 a percentagem de "sem resposta ao SO" caiu para 10% pode-se considerar que a correspondência do ouvidor teve o efeito desejado envolvendo as chefias na busca de resposta para as reclamações registradas no serviço. Com tal correspondência houve mais empenho em enviar as respostas ao serviço e algumas chefias começaram a pressionar seus colegas para que respondessem e pudessem ser defendidos, pela ouvidoria frente ao usuário (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Porém, no ano de 1996, o percentual de "sem resposta ao SO" eleva-se para 31%, indicando novamente um atuação menos intensa da ouvidoria e menor adesão dos profissionais ao serviço. Em 1998, quando assumiu um novo ouvidor, esta percentagem decaiu sensivelmente, para 4%, voltando a assemelhar-se ao patamar do primeiro ano. Os dados sobre a resposta das chefias e dos profissionais ao encaminhamento do serviço de ouvidoria podem ser analisados na Tabela 20 do Anexo C.

Em 1998, houve novamente, ação mais efetiva do ouvidor, no sentido de envolver os profissionais, normatizar e disciplinar o funcionamento do serviço. Isso ficou evidenciado em duas correspondências enviadas, em meados de julho de 1998, pelo novo ouvidor. Uma foi encaminhada ao diretor médico com uma proposta de normatização do serviço.

A outra foi dirigida ao corpo clínico relembrando a função, os objetivos e os procedimentos de rotina da ouvidoria. Reafirmou as normas que os médicos deveriam cumprir, quanto aos aspectos formais de preenchimento do boletim de atendimento e do prontuário, peças fundamentais para o bom desempenho do serviço de ouvidoria, que delas se valia para dar resposta aos reclamantes (Lamb, 1998).

As intervenções dos dois ouvidores junto às chefias e ao corpo clínico, em 1993 e em 1998, ocorreram, conforme explicitou-se acima, porque havia demora em

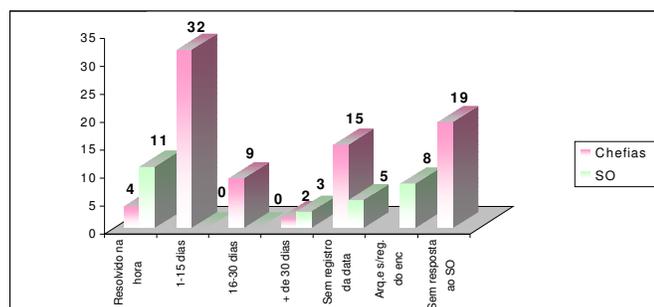
devolver a resposta ao serviço e, no entender dos ouvidores, o tempo de resposta deveria ser agilizado, daí sua solicitação por escrito.

Embora tenham sido lidas e tabuladas todas as reclamações (268) do período de existência da ouvidoria do Hospital Fêmina (1990-1998), pelo tipo de arquivamento dos documentos mais antigos, em 1998 não foi mais possível obter acesso aos documentos originais das reclamações de 1990 a 1994. O objetivo era verificar o “tempo de resposta” das chefias e dos profissionais ao serviço de ouvidoria, já que este foi utilizado como um dos indicadores de adesão ao seu trabalho. Foi possível, entretanto, fazer este levantamento para o período de 1995 a 1998, trabalhando-se, portanto, com 108 e não 268 reclamações.

Isto posto, em relação ao “tempo de resposta”, que chefias e profissionais levaram para atender às solicitações do serviço de ouvidoria, verificou-se que, no período de 1995 a 1998, 32 respostas foram devolvidas ao serviço em “1-15 dias”, indicando 29% de concentração, neste prazo. Encontrou-se 15 reclamações que foram “resolvidas na hora” correspondendo ao percentual de 14%. A primeira categoria indicou que a adesão em responder, à ouvidoria, em um curto período de tempo, foi de 29%, já que as queixas “resolvidas na hora” ficaram à cargo do próprio serviço resolver.

Uma parte significativa das reclamações (14), representando 13%, foi respondida em “15-30 dias”, ou levou “mais de 30 dias” para ser respondida. Destaque-se, ainda, que nesse período, 19 reclamações não foram respondidas por parte das chefias e dos profissionais indicando o percentual de 18% “sem resposta ao SO”. Os dados que permitem verificar o “tempo de resposta” dos profissionais do Hospital Fêmina ao serviço de ouvidoria estão demonstrados no Gráfico 13 e nas Tabelas 21 e 22 do Anexo C.

GRÁFICO 13- Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao Serviço de Ouvidoria-Hospital Fêmima-1995 a 1998



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

A maior rapidez na solução do problema foi fruto da atuação do próprio serviço de ouvidoria e estava relacionado, também, ao tipo de problema apresentado. A concentração de respostas sob o rótulo “resolvido na hora”, significou, em sua maioria, o agendamento de consultas extras. Este procedimento de agilizar a marcação de consultas, quando este foi o problema referido, acompanhou a ação do ouvidor desde o início de implantação do serviço, e denotou o seu maior impacto. Algumas das reclamações classificadas como “sem registro da data” também eram consultas extras, agendadas pelo ouvidor. O expediente de solicitar, à chefia do setor ou serviço, uma consulta extra foi mais marcante no início das atividades da ouvidoria e dizia respeito à quantidade de consultas disponíveis.

Em 1997, as três intervenções do serviço de ouvidoria registradas sob rótulo “resolvido na hora”, foram ainda relativas à “consulta extra”. Duas, por falta de consultas disponíveis e uma, por não comparecimento do profissional para cumprir sua agenda e a reclamante manifestar urgência no atendimento. Em 1998, houve apenas uma reclamação resolvida na hora em que a solução foi “consulta extra”. Esta reclamação não foi registrada pela dificuldade em marcar consulta, mas para resolver problemas de relacionamento entre usuário e médico, quando, então, a ouvidoria solicitou à chefia competente que transferisse o paciente para os cuidados de outro médico.

Lembremos, que em 1997, a Secretaria Municipal da Saúde assume o agendamento das consultas ambulatoriais hospitalares, daí a diminuição da ação do ouvidor nesse sentido. As chefias, quando responderam imediatamente, foi para

solucionar problemas de transferência de pacientes ou explicar extravios de laudos, por exemplo.

Verificando o tipo e a qualidade das respostas às reclamações observou-se que as chefias averiguavam o teor das reclamações, e ao responderem, em sua maioria justificaram os atos questionados pelos reclamantes. As justificativas dos procedimentos adotados foram feitas, principalmente, para os tipos de queixas que referiram dúvidas sobre os procedimentos técnicos, envolvendo a equipe médica e de enfermagem, embora também ocorreram, em menor número, em relação as falhas de comunicação e de relacionamento humano.

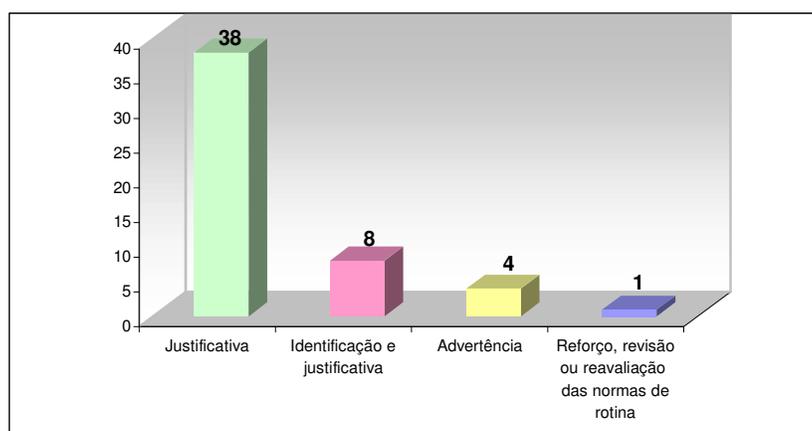
A justificativa sobre os procedimentos adotados visava, em muitos casos, a confirmação das rotinas médico-institucionais. Observou-se assim muitos textos de reclamações onde constava a seguinte frase: “no caso de...a conduta é...”, exemplar da área médica, ou “a rotina da unidade é...”, exemplar da área da enfermagem (HF-reclamações 5/96 e 10/96). Porém, relatório dos procedimentos com justificativas dos atos efetuados foram encontrados em maior número em reclamações que envolveram os médicos (HF-reclamações 8/96; 26/97).

Observou-se que, na maioria das vezes, as chefias responderam ao serviço de ouvidoria justificando o caso em questão. Analisadas 51 reclamações respondidas, em 1995, 1996 e 1997, verificou-se que em 74% delas, as chefias responderam na forma de justificativa. Em 15%, as chefias identificaram os profissionais e justificaram os procedimentos praticados por estes. Em 8%, as chefias advertiram os profissionais e em um caso houve revisão das normas de rotina. Esta última evidenciou-se quando as chefias fizeram uma reavaliação de rotinas, no sentido de confirmá-las ou ajustá-las, com o intuito de minimizar os problemas reclamados.

O exemplo concreto, deste caso, foi aquele em que, após a investigação de um fato, o ouvidor chegou à conclusão que o problema havia sido gerado por manifestações verbais e extemporâneas de médicos e profissionais da equipe de enfermagem, gerando mal entendido no paciente e nos seus familiares. Indicou às chefias médicas e da enfermagem que orientassem os profissionais no cuidado em expressar-se, sobre casos clínicos, para evitar estas falhas de comunicação. Foi enunciado, no documento da resposta à reclamação, que as chefias iriam reavaliar as rotinas a este respeito.

Este exemplo foi trazido à tona por ser ilustrativo de outros, do mesmo tipo, indicando a atuação da ouvidoria sobre o ajustamento de normas de rotina, reforçando-as, neste caso. Em vários casos, porém, agregaram-se aspectos de orientação de condutas específicas, como será visto quando tratarmos do disciplinamento dos trabalhadores. Os dados acima descritos podem ser visualizados no Gráfico 14 e Tabela 23 do Anexo C.

GRÁFICO 14-Qualidade das respostas ao Serviço de Ouvidoria-Hospital Fêmina-1995 a 1997



Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

Se pode-se afirmar que a **adesão**, das chefias e profissionais do Hospital Fêmina, em responder à ouvidoria foi alta, pois 83% das reclamações foram respondidas, considerando a qualidade e o tempo das respostas verificou-se que esta adesão remete ao caráter **burocrático** de seus procedimentos. Esse foi constatado pela demora no retorno das respostas ao serviço, e por estas conterem apenas justificativas das ações praticadas ou informarem a aplicação de medidas disciplinares.

O tempo de resposta institucional ao serviço de ouvidoria, levou-nos a concluir que a adesão em responder, dentro do prazo estipulado pelo ouvidor não foi satisfatória. Como o prazo foi definido em 10 dias (Zylbersztejn, 1993) e a concentração das respostas que retornaram ao serviço, no prazo de 1-15 dias, foi de apenas 29% afirma-se que a adesão das chefias e profissionais em responder de forma mais ágil não se verificou.

Considerando a qualidade das respostas, chega-se à mesma conclusão pois a maioria, 74%, responde ao serviço sob a forma de justificativa dos procedimentos adotados para averiguar o problema. As respostas qualificadas, explicitando os resultados e soluções adotadas, pela instituição, a partir das reclamações dos usuários - com vistas a melhorar a qualidade do atendimento do Hospital - foram levemente esboçadas em casos de ocorrências mais graves.

Em relação à **interação**, dos trabalhadores em saúde com o serviço de ouvidoria, verificou-se que entrevistados, chefias e profissionais, principalmente médicos, afirmaram ter participado de reuniões, onde foram tratados assuntos sobre procedimentos e rotinas de trabalho, inclusive aquelas detectadas através das reclamações dos usuários. Chefias médicas disseram também que, quando alguma rotina foi alterada, foi comunicada, "nada direto, de cima para baixo" e que a participação dos profissionais, junto aos serviços a que estavam afetos, era de colaboração e de envolvimento<sup>50</sup>. Alguns profissionais em saúde, das diversas áreas, disseram que muitas vezes dão idéias para melhorar o serviço onde atuam (HF-entrevistas com médicos 7/99, 12b/99; equipe de enfermagem 14/99 e recepcionista 16/99).

No entanto, encontrou-se profissionais das três áreas que afirmaram que, nestas reuniões, não foram discutidos problemas oriundos de reclamações registradas na ouvidoria. Alguns chegaram a afirmar que não são consultados nem para discutir procedimentos e rotinas e que "as rotinas são implantadas e colocadas por eles (referindo-se às chefias) ali no posto, as rotinas tais vão ser assim, assim e assim", afirmação relatada por profissional da equipe de enfermagem e por recepcionista, trabalhando em postos nos andares e também na recepção geral do Hospital (HF-entrevistas com médico 12/99; equipe de enfermagem 14/99 e recepcionista 17/99).

De acordo com a categoria de interação definida neste trabalho, considerou-se que a partir do trabalho desencadeado pela ouvidoria, não há uma efetiva interação entre este serviço e os trabalhadores do Hospital Fêmea, pois os valores disseminados pelo serviço de ouvidoria não estão sendo compartilhados por todos os profissionais, e o serviço envolve mais as chefias do que os profissionais. Confirmando essa conclusão foi observado que não há a sistemática de reuniões da

---

<sup>50</sup> Os termos participação, colaboração e envolvimento foram utilizados pela própria entrevistada.

ouvidoria e da direção com os trabalhadores em saúde ou com suas entidades associativas, existentes no Hospital, como a Associação dos Médicos do Hospital Fêmeina-AMEHF, ou Associação dos Funcionários do Hospital Fêmeina-AFHF (HF-diretor médico, entrevista 1/99).

### **3.7 O disciplinamento dos trabalhadores em saúde**

O serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina instalou-se, também, como uma estratégia de disciplinamento dos trabalhadores da instituição. Este serviço contemplaria dois aspectos do disciplinamento interno. O primeiro seria unificar a linguagem institucional em termos, de atendimento ao usuário reclamante, conforme narrou-se anteriormente, e o outro seria, principalmente, verificar o cumprimento das normas institucionais por parte dos trabalhadores.

Em relação aos trabalhadores em saúde, considerou-se que o disciplinamento significou tanto, não aplicar medidas disciplinares ignorando o fato causador da reclamação, como também, disciplinar através de medidas punitivas ou disciplinar através de treinamento e de um processo de educação.

Visando a unificação da linguagem institucional, os trabalhadores em saúde do Hospital Fêmeina foram orientados, como vimos, quanto ao comportamento que deveriam ter quando um usuário manifestasse uma reclamação verbal diante deles: encaminhá-los para o serviço de ouvidoria. Os funcionários foram instruídos para seguir este procedimento, quando os usuários quisessem manifestar seu descontentamento.

Uma entrevistada da área administrativa trabalhando num posto de enfermagem em um dos andares do Hospital, observou que ao chegar para trabalhar no Hospital recebeu essa instrução, mesmo que não lhe tenha sido explicado o que era o serviço de ouvidoria (HF-recepcionista, entrevista 17/99). Ao instruir os trabalhadores para encaminhar reclamantes à ouvidoria, estava sendo desenvolvida uma estratégia de orientação da conduta e do comportamento institucional sobre o que fazer, em caso de queixa dos usuários.

Ao ser instalado o serviço de ouvidoria, ele foi pensado, também, como uma das formas de detectar as falhas institucionais, que incluíam não só as falhas da administração, mas também as de seus trabalhadores. No artigo escrito pelos fundadores e publicado na revista técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição

a estratégia de disciplinamento, para verificar as falhas dos prestadores de serviço, já se encontrava esboçada:

“Outra consequência é que, dada a massificação dos serviços e a inevitável rotina administrativa, os erros e faltas cometidos pelos prestadores de serviços passam despercebidos, o que os torna dificilmente detectáveis e corrigíveis pela estrutura administrativa” (Chaves, Zylbersztein, 1993).

A afirmação não enuncia claramente se está fazendo referência à instituição ou aos seus trabalhadores. Porém, a referência a estes últimos foi expressa de forma precisa, em entrevista com um dos ouvidores, caracterizando a atuação do serviço no sentido do disciplinamento dos trabalhadores. Sobre isso declarou o ouvidor:

“E é impressionante, a ouvidoria permite isso aí: identificar o ‘olho do furacão’. É a grande vantagem: a administração pode identificar aonde, se tiver uma estatística bem elaborada, tiver uma ouvidoria bem esquematizada e que detecta tudo, eles identificam que tem um funcionário no setor tal, no dia tal, na hora tal que tá perturbando, que tá agindo de maneira, não de acordo com a norma do hospital. E ali a gente pode corrigir. E aquilo que era uma norma de todo o serviço se vê que num certo momento não tá sendo obedecida ou não tá sendo seguida” (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

O acolhimento das reclamações de usuários foi uma estratégia de disciplinamento pois, permitiu verificar se os trabalhadores do Hospital estavam cumprindo as normas da instituição, e também permitiu adotar medidas corretivas, ou punitivas, quando se confirmaram as queixas registradas pelos usuários. Nestes casos, através do serviço de ouvidoria foi possível identificar os reclamados e aplicar os dispositivos legais disciplinares, praticados no Hospital Fêmima.

Esses dispositivos foram a punição através da advertência oral e escrita, suspensão ou demissão e, ainda, a justificativa e orientação das condutas específicas dos funcionários. Foram desenvolvidas, também, algumas estratégias de treinamento e de educação dos trabalhadores. Estas evidências conduzem à conclusão de que, a partir da instalação do serviço de ouvidoria, o poder disciplinar foi reforçado, através da organização de um sistema de registro, anotando o desempenho dos indivíduos e atuando no sentido de corrigi-lo, normatizá-lo e normalizá-lo. A disciplina como um tipo de poder foi demonstrado por Foucault em *Vigiar e punir* (1996).

As estratégias de disciplinamento dos trabalhadores em saúde ficaram explícitas ao serem analisados os procedimentos do serviço de ouvidoria para detectar as falhas e orientar a conduta dos profissionais. A ouvidoria enviava as reclamações para as chefias e solicitava providências. As chefias verificavam o teor

das reclamações, identificavam os profissionais reclamados e desenvolveram três estratégias de disciplinamento: não disciplinar, disciplinar de forma punitiva ou disciplinar, treinando e educando os trabalhadores.

Quanto à identificação do reclamado, observou-se que muitas vezes o trabalhador em saúde não era identificado pelo reclamante, que desconhecia o cargo, a função e o nome do reclamado. Nesse caso, o serviço de ouvidoria registrava a reclamação e encaminhava-a para a chefia correspondente que, tratava de identificá-lo.

Vários casos em que as chefias identificaram o reclamado puderam ser observados no transcorrer da análise das ocorrências registradas no serviço de ouvidoria. Como exemplos citam-se algumas dessas reclamações: Um usuário reclamou que ficou 21 minutos à espera para ser atendido no telefone, quando ligou ao Hospital em busca de informações. A chefia da recepção identificou a telefonista. Neste caso, o problema era de defeito no ramal (HF-reclamação 14/91). Em reclamação de mau atendimento, por parte de auxiliar de enfermagem, a profissional foi identificada pela chefia. O argumento, utilizado na resposta, foi de que a mesma apresentava antecedentes de agressividade. Para este caso, a chefia do corpo clínico sugeriu avaliação psiquiátrica da profissional e a chefia da divisão técnica puniu a auxiliar (HF-reclamação 10/91).

Como exemplos das reclamações em que não houve disciplinamento dos trabalhadores em saúde foram consideradas aquelas, já mencionadas, para as quais não foi possível detectar o encaminhamento.

O disciplinamento punitivo resultou na aplicação de medidas legais. Os tipos de punição encontrados foram a advertência verbal e/ou escrita, a suspensão e a demissão. Estas foram aplicadas em maior número no caso de condutas inadequadas de relacionamento humano mas envolveram, em menor dimensão, casos de procedimentos técnicos incorretos.

Exemplos de advertência verbal e escrita foram reclamações sobre a recepção, quando prestadas informações incorretas aos familiares de pacientes: “a funcionária foi advertida oralmente e/ou por escrito por essa chefia” (HF-reclamações 4/92, 43/93, 54/93, 37/95). Reclamações sobre a conduta de funcionários de outras áreas, como do laboratório (HF-reclamações 23/98, 17/92),

também resultaram em advertências. Algumas das quais com suspensão de um dia (HF-reclamação 23/98).

Também em relação aos médicos foram aplicados os dispositivos legais institucionais, pois ocorreram fatos que geraram medidas tais como “um colega foi suspenso por sete dias, dois por trinta dias, um demitido e outro afastado para outro Hospital do Grupo” (HF-ouvidor, entrevista 5/99)<sup>51</sup>. Profissionais da equipe de enfermagem também receberam advertência oral ou escrita e suspensão (HF-reclamações 44/91, 29/92, 54/93, 26/97, 19/98 e entrevista 14/99).

As reclamações exigiram revisão e orientação das condutas quando trataram tanto de aspectos que podem ser considerados mais corriqueiros como daqueles que decorreram de maior gravidade de comportamento dos funcionários. Foi assim que, no início da criação do serviço, verificou-se a minuciosa atenção com que a ouvidoria passou a observar os trabalhadores do Hospital.

Esta minuciosa atenção evidenciou-se através de um registro de ocorrência, encaminhado ao diretor médico pelo próprio ouvidor, informando que funcionária do Hospital dirigiu-se ao comércio próximo com o avental de trabalho. Há orientação, anotada na ocorrência, de que o uso de uniformes e aventais devem ser restritos ao local de trabalho e que as chefias deveriam observar a correta utilização dos mesmos.

Outro exemplo da atuação da ouvidoria no sentido de orientar a conduta dos indivíduos pode ser relatada quando, em 1991, em um caso de mau atendimento no laboratório, foi sugerido pelo ouvidor, que fosse transferida a área do laboratório e que fosse feita a supervisão do comportamento dos recepcionistas desse setor. Foram constatados problemas, na época, tais como falta de ventilação no laboratório, falta de uso de uniformes por parte dos funcionários, desorganização do serviço, exames não localizados, não identificação correta dos pacientes nos exames, entre outros.

Lembre-se que ainda não havia sido implantado o programa de qualidade total, no Hospital, e a ouvidoria detectou falhas que, mais tarde, serão alvo deste programa. Para corrigir os aspectos falhos foram sugeridos, pelo serviço de ouvidoria: o uso de uniformes, a transferência da área do laboratório e

---

<sup>51</sup> Médicos de plantão no “Caso Anita” foram suspensos por 30 dias demonstrando que punições deste tipo são medidas de disciplinamento institucionais aplicadas a todos os trabalhadores. No entanto observou-se que no caso dos médicos as suspensões foram aplicadas em casos extremos, como o acima citado (MÉDICOS, 1998).

comportamento discreto por parte de seus funcionários.

Várias vezes, durante a trajetória do serviço de ouvidoria, foram encontradas anotações, nas ocorrências, que o serviço “notificou a enfermeira-chefe para orientar quanto a atitude das enfermeiras” (HF-reclamações 4/91; 13/96; 20/97).

O mesmo procedimento disciplinar, de orientação de conduta, foi encontrado em relação aos médicos: “os médicos deveriam cuidar com comentários que podem dar origem a reclamações justificadas ou não” (HF-reclamação 30/91), “é inaceitável que médicos se manifestem de maneira desatenciosa para com pacientes” (HF-reclamação 34/91). Esta orientação consistiu, muitas vezes, em reforçar normas que envolviam procedimentos técnicos: “a reclamação serviu para que todos os médicos do serviço recebessem orientação de reforçar a revisão placentária nas pacientes” (HF-reclamação 8/96).

No caso de uma reclamação que envolveu vários profissionais observou-se o mesmo padrão de orientação na conduta destes profissionais. A reclamação registrava agressividade de funcionário da segurança e mau atendimento, gerado também por agressividade, na recepção. O familiar do paciente aguardava o médico em um dos andares de internação do Hospital quando foi intimado a retirar-se, de maneira agressiva, por um segurança. Reclamou, também, que observou discriminação contra um jovem na recepção.

Em relação ao segurança, seu supervisor afirmou que sempre recomendou a não utilização da força para o cumprimento das ordens e que não mais ocorrerá tal fato. A chefia da recepção respondeu que iria orientar as funcionárias para dar informações. A chefia do corpo clínico salientou que era necessário orientar os médicos para comunicar aos familiares de pacientes que o local de espera é no saguão do Hospital (HF-reclamação 26/91).

Constatou-se vários casos em que, a partir de uma reclamação, o serviço de ouvidoria propôs orientação, ao mesmo tempo, a todos os funcionários do Hospital, indicando formas de conduta de caráter geral. A orientação consistiu em recomendação, emitida pela chefia do corpo clínico, cargo ocupado pelo ouvidor, para as chefias reavaliarem (normalizar) a conduta dos reclamados. Esta medida foi tomada a partir de uma reclamação sobre comentário inoportuno de funcionária do laboratório, diante dos pacientes: “Convém alertar todos os funcionários do HF:

funcionários estão permanentemente sendo observados pelos usuários” (HF-reclamação 47/91).

A reafirmação de rotinas também ocorreu, como fruto da ação da ouvidoria. Aconteceu quando o ouvidor lembrou aos médicos da necessidade de preenchimento completo, correto e legível, inclusive a assinatura, dos boletins de atendimento (HF-reclamações 14/92 e 88/90). Oito anos depois, quando assume o terceiro ouvidor do Hospital, esta rotina teve de ser reforçada (Lamb, 1998).

Bem menor foi a atuação da ouvidoria em criar novas rotinas. Quando a reclamação envolveu fatos sobre os quais não havia normatização, o ouvidor sugeriu ao chefe da divisão técnica que estabelecesse normas, regulamentando-os. Referiam-se, por exemplo, à permissão para o médico visitar a paciente na sala de recuperação. Havia ocorrido o fato de a supervisora da sala de recuperação não ter permitido a entrada de um médico argumentando não ter recebido ordens para tal (HF-reclamação 25/91).

As reclamações indicavam, também, a necessidade de criar rotina para comunicação entre médico assistente e familiares (HF-reclamação 43/91); criar cargo de coordenação médica de plantão para horários noturnos, fins de semana e feriados, devido a incidentes ocorridos nestes turnos (HF-reclamação 30/92) e normatizar a recepção (HF-reclamação 26/98).

Verificou-se, porém, através das reclamações, que se existiu orientação de conduta para todos os profissionais, as estratégias implantadas, para orientar as condutas, foram diferenciadas, quando tratou-se de funcionários da recepção, área administrativa, da equipe de enfermagem, área técnica ou do corpo clínico, área médica.

Nas recomendações feitas pela chefia do corpo clínico, cargo ocupado na ocasião pelo próprio ouvidor, constatou-se diferentes orientações para os profissionais médicos e administrativos: no caso de médicos, o ouvidor sugeriu orientá-los para informar aos familiares de pacientes que o local de espera é no saguão. Para vigilantes e recepcionistas, a orientação foi de treinamento em relações humanas.

Como resultado direto da ação desencadeada pela ouvidoria o disciplinamento dos profissionais das três áreas, médica, técnica e administrativa

resultou, em sua maioria, em medidas punitivas e de orientação da conduta. Em menor escala houve treinamento e educação dos trabalhadores. A aplicação de punições e as diferentes propostas de orientação de conduta informaram sobre as estratégias de disciplinamento diferenciadas segundo a categoria profissional a que pertenciam os trabalhadores em saúde do Hospital.

As estratégias de disciplinamento observadas, de treinamento ou discussão de casos clínicos, foram detectadas nas recomendações, anexadas aos registros das reclamações. Foram também relatadas em entrevistas, tanto com chefias (HF-entrevista 8/99) como com outros profissionais em saúde (HF-entrevistas 12b; 15/99; 16/99).

Em relação ao corpo clínico, a ouvidoria propiciou estratégias que conduziram, ao disciplinamento, através de discussões dos casos reclamados, em seminários e em cursos de atualização científica. Para a equipe de enfermagem e para os funcionários administrativos da recepção, verificou-se que foram aplicados, em maior número, os dispositivos legais de advertência oral, escrita e punições, bem como foram feitos, em menor número, treinamentos para qualificar o pessoal.

Pode-se compreender porque as discussões sobre rotinas e procedimentos técnicos envolveram mais os médicos, pois tratava-se de como executar mais adequadamente os procedimentos médicos, já que a maioria das reclamações, 78%, mencionavam estes procedimentos (110 de 140) e envolviam, em maior número, os médicos residentes. Para estes, a ouvidoria enfatizou, reiteradamente, que o serviço não tinha caráter punitivo mas sim a finalidade de melhorar o atendimento: “O objetivo não é punir, mas corrigir as distorções de atendimento de um serviço que já é bom” (Brum, 1991 e HF-ouvidor, entrevista 3/99).

As discussões efetivaram-se pois envolveram suspeitas de falhas nos procedimentos técnicos, no caso dos médicos. A discussão e a avaliação clínica desses procedimentos foram as estratégias encontradas para contemplar a reflexão sobre o atendimento prestado. Esta reflexão conduziu, em alguns casos, ao reforço ou à alteração das normas que orientavam esses procedimentos.

O exemplo típico de reforço das normas foi o já mencionado caso do preenchimento do Boletim de Atendimento, por parte dos médicos. Em diversos momentos do período analisado, observou-se a interferência do ouvidor lembrando a

norma de preenchimento correto e legível do Boletim (HF-reclamações 88/90, 14/92 e Lamb, 1998).

Para os demais profissionais em saúde, a estratégia de disciplinamento efetuada foi a aplicação dos dispositivos legais institucionais. Em menor medida ocorreram reuniões e treinamento.

Nas reuniões, oportunizadas pelas próprias chefias, eram discutidos os procedimentos realizados e reclamados no serviço de ouvidoria. Em âmbito institucional ocorreram sessões de treinamento profissional, associadas aos programas de qualidade, implantados em 1996, como forma de qualificar os profissionais do Hospital. Houve processos avaliativos e educativos dentro da equipe de enfermagem, também.

Verificou-se que, a partir de casos específicos detectados nas reclamações, gerou-se: 1) um processo de avaliação de serviços e setores; 2) discussão com todos os envolvidos; 3) crítica construtiva (HF-reclamações 32/91; 49/91; 30/95; 16/97); 4) discussão clínica dos casos reclamados (HF-reclamações 45/91; 18/92); e 5) foram sugeridas campanhas, como as contra o fumo, por exemplo (HF-reclamação 50/93).

Para os trabalhadores reclamados, o serviço oportunizou uma forma de reavaliar seu comportamento, por exemplo os médicos passaram a dialogar mais com as pacientes (HF-entrevistas 1/98, 12/99, 12b/99) e os trabalhadores, da equipe de enfermagem e da recepção, puderam saber da qualidade da prestação de seu trabalho e da necessidade de reavaliar seu desempenho (HF-entrevistas 14/99, 16/99 e 17/99).

Segundo a percepção dos mesmos, o trabalho realizado pela ouvidoria do Hospital Fêmina possibilitou, em alguns casos, o disciplinamento, através do treinamento e de processos de educação. O disciplinamento dos trabalhadores, através desses processos, foi verificado quando manifestaram que houve mudanças nas suas práticas profissionais, depois de terem sido reclamados.

De acordo com o depoimento de uma médica, reclamada no serviço, houve mudança pessoal. Segundo ela, com o advento da ouvidoria percebeu que "as queixas eram por coisas pequenas", como por exemplo a falta de informação ao paciente. A partir do evento, a médica passou sempre a se identificar e a explicar para pacientes e para familiares os procedimentos a serem tomados e as possíveis conseqüências dos mesmos (HF-médica, entrevista 1/98).

Através do depoimento da mesma entrevistada pode-se perceber, porém, que a concepção que ela tem de ouvidoria seria a de uma interação mais intensa entre os indivíduos envolvidos nas reclamações. Ao relatar os procedimentos adotados, para a investigação de atos médicos reclamados afetos ao seu serviço, quando ocupava um cargo de chefia, menciona que gostaria de participar como ouvidora. Ou seja, menciona que gostaria de escutar os reclamantes, também, já que os médicos ela ouvia:

"Como chefe de serviço recebia as reclamações. Fazia levantamento de dados, chamava as pessoas para responder. Nunca fui escutar ninguém, não participei como ouvidora" (HF-médica, entrevista 1/98).

Resumindo, as narrativas acima conduziram à conclusão de que se efetivaram diferentes estratégias de disciplinamento no interior do Hospital Fêmeina. Compreendendo que diferentes áreas devam ter diferentes normas disciplinares para os funcionários, devido a situações de desempenho específicas de cada área, chama a atenção que, para um mesmo tipo de reclamação, por exemplo, a falha no relacionamento decorrente de mau atendimento do médico ou da recepcionista, o disciplinamento tomou a forma de estratégias punitivas e, em menor número, de treinamento, para os recepcionistas, afetos à área administrativa e de justificativas de procedimentos, revisão de condutas e processos de educação, para os médicos, afetos à área médica. Este aspecto ressalta a estrutura de poder médico existente no Hospital, que voltaremos a abordar no próximo item.

### **3.8 A atuação burocrática do serviço de ouvidoria**

Os **efeitos** desencadeados pela implantação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmeina foram analisados a partir de seu impacto, dentro da instituição e na sociedade, verificando a contribuição do serviço em reforçar ou alterar o **poder** de determinadas forças sociais e institucionais. Os efeitos estão relacionados com as causas que o implantaram e com as relações desencadeadas pelo mesmo, especificamente de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes e dos trabalhadores do Hospital.

O fato do Hospital Fêmeina ter criado um serviço de ouvidoria em 1990, uma política e uma prática institucional peculiar na área da saúde - ouvidoria hospitalar - e a repercussão deste acontecimento, evidenciou sua importância social. Tanto que foi exemplo nacionalmente, como já vimos. Mas, como todo processo é em si mesmo

contraditório, a ouvidoria também apresentou contradições na realização e nos resultados de seu trabalho. Os efeitos contribuíram para divulgar projetos sociais mais amplos e para manter ou alterar as relações de força e poder institucionais.

Os efeitos sociais afetaram tanto os usuários como os trabalhadores da instituição, como um todo, independente de sua qualificação de reclamantes ou reclamados. Os efeitos são sociais, também, pois há repercussão deste serviço na sociedade.

Um dos **efeitos sociais**, verificados com a implantação da ouvidoria hospitalar no Hospital Fêmina foi, embora de forma incipiente, a divulgação de idéias e a implantação de estratégias relacionadas aos **projetos sociais, reformador e liberal**, na área da saúde. A data de implantação da ouvidoria, setembro de 1990 e de publicação da Lei do SUS, dezembro do mesmo ano, demonstrou que esta relação não se estabeleceu de forma imediata. Demonstrou, sim, que esteve mais diretamente referida à necessidade de novas formas de gestão administrativa, sob influência do clima da época, de crise dos hospitais públicos.

Como o Hospital não se posicionou claramente em favor de um destes projetos sociais, impactou disseminando idéias dos dois projetos. O trabalho do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina relacionou-se ao **projeto reformador** e aos princípios do SUS, através das medidas de **democratização** e de **desburocratização** de acolhimento ao reclamante.

Ao oportunizar ao usuário um canal para ouvir sua voz, a instituição tornou-se permeável aos princípios de democratização e desburocratização e aberta à participação e controle dos usuários sobre a prestação do atendimento. Lembremos que, na época, os hospitais públicos repensavam alternativas para manter a qualidade de atendimento e as soluções do tipo programas de qualidade ainda não estavam muito difundidas, principalmente na área da saúde e particularmente em hospitais.

Ao optar por ouvir a voz do usuário como mecanismo político de recuperação da instituição, o Hospital Fêmina tomou medidas **democratizantes**, embora este não tenha sido uma meta claramente definido por seus propositores. Entretanto, pelo fato de ser um hospital público, a adoção desta medida é democratizante, pois, para os seus usuários, diferentemente dos usuários de um hospital particular, não há opções de buscar um atendimento alternativo.

A criação do serviço de ouvidoria, como forma de **desburocratizar** a relação instituição-usuário, oportunizando um canal mais ágil para o usuário reclamar, estava expressa nos textos que fundamentaram a criação deste serviço, ao contrário do princípio democratizante, que não fazia parte das metas explícitas. Ressalte-se todavia que, se a intenção do Hospital era criar um serviço de ouvidoria como medida de desburocratização institucional, o efeito de sua criação deu-se no sentido contrário. O procedimento de não receber o usuário reclamante, no primeiro momento, mas agendar a realização de uma entrevista, burocratizou ainda mais as relações entre a instituição e o usuário.

O serviço de ouvidoria relacionou-se ao **projeto liberal**, na área da saúde, pois divulgou a prática e as idéias de empresa moderna, da satisfação da clientela, da necessidade de modernização e da garantia da qualidade. Estas foram as idéias veiculadas mais tarde pelos programas de qualidade total. Neste caso, a ouvidoria atuou, abrindo caminho para a implantação deste último.

Verificou-se que o serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina não foi instalado como um projeto de poder médico-hospitalar, explicitamente definido. Porém, ao ser criado, pelos médicos, como um programa de fortalecimento intra-institucional, caracterizou-se como uma micropolítica relativamente autônoma dos projetos sociais mais amplos, resultando na ampliação desse poder. Também a forma como conduziu seu trabalho fez com que o mesmo fosse fortalecido.

Os **efeitos institucionais** da criação do serviço de ouvidoria foram resultado de ações que, em alguns casos, contribuiriam para manter e, em outros, para alterar a correlação de forças existentes no Hospital. Esta correlação diz respeito as relações que se estabelecem entre os sujeitos sociais, com interesses diversos. Neste caso, são eles o hospital, os usuários e os trabalhadores em saúde. Remetem para relações de poder e de exclusão social, vigentes na sociedade e presentes no âmbito hospitalar.

O resultado mais significativo da implantação do serviço de ouvidoria, contribuindo para alterar as relações institucionais, expressou-se na difusão de uma cultura de aceitação de reclamações, por parte do corpo clínico do Hospital. Era difícil, para os médicos, aceitarem reclamações de pacientes antes do serviço ser instalado. Alterou algumas das relações institucionais vigentes, porque atuou envolvendo e disciplinando os usuários e os trabalhadores em saúde.

Entretanto, considerando o tipo de **envolvimento** que caracterizou sua ação - **aplação** -, e o tipo de **disciplinamento** das relações institucionais, a ouvidoria contribuiu para manter e não para alterar as relações institucionais reforçando o poder de determinadas forças, no caso, médico-hospitalar.

O **envolvimento** dos **usuários** teve como característica principal a atuação do tipo **aplação** e o **disciplinamento** efetivou-se no sentido de orientar a conduta dos reclamantes e encaminhar a investigação das reclamações. Ao ouvir o usuário, contemporizou problemas institucionais, aplacando a relação desigual e de conflito entre a instituição, os profissionais de saúde e os usuários. O conflito se instalou na medida em que os sujeitos que se defrontaram no serviço de ouvidoria tinham expectativas diversas em relação ao atendimento hospitalar e ao tipo de trabalho que deve ser realizado por um serviço de ouvidoria.

Quando o serviço de ouvidoria orientou e disciplinou os usuários no encaminhamento de suas reclamações sobre os serviços ofertados pelo Hospital, contribuiu para assegurar a reprodução das relações institucionais, pois a disciplina é uma das formas de assegurar esta reprodução (Foucault, 1992). As respostas ao usuário foram, também indicativas da aplação, pois ficaram arquivadas no setor, não chegando ao interessado.

O **envolvimento** dos **trabalhadores em saúde** teve como característica o desenvolvimento de relações de **integração passiva**, bem como de **adesão**. Ao envolver os trabalhadores em saúde na implantação do programa, a direção do Hospital apenas comunicou a decisão à maioria dos mesmos, envolvendo-os passivamente nesta decisão. Mas, quando a administração justificou a implantação do serviço às chefias médicas e aos médicos, envolveu-os de forma a conquistar sua adesão ao projeto.

Durante o desenrolar do trabalho da ouvidoria a adesão foi mantida mas de forma **burocrática**, como pode observar-se pelos procedimentos de encaminhamento e de resposta às solicitações do ouvidor. A ação praticada com mais frequência pela ouvidoria, envolvendo os profissionais em seu trabalho, foi o procedimento de enviar e solicitar as investigações de forma burocrática, através de um “papel” ao qual deveria ser dado o devido encaminhamento. As chefias, ao receberem as reclamações, investigaram e responderam burocraticamente ao serviço. A grande

maioria delas assim o fez, demonstrando a adesão às investigações. Responderam justificando os procedimentos adotados pelos profissionais que resultaram na queixa, bem como informando a aplicação dos dispositivos legais institucionais.

A ouvidoria propiciou que as chefias disciplinassem os reclamados através da punição ou da justificativa de seus atos. Oportunizou, ainda, que a orientação da conduta dos mesmos se efetivasse. Após o disciplinamento do seu comportamento passaram a ter mais cuidado em suas condutas profissionais:

"Eu acho que é um benefício indireto, porque à medida em que eles sabem que existe um serviço de ouvidoria, eles procuram se comportar de uma maneira mais correta, não é. E isso de uma forma indireta o beneficia, porque ele está sendo melhor visto dentro do contexto da Instituição" (HF-ouvidor, entrevista 5/99).

Os **efeitos** da atuação do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmina foram avaliados diferentemente por usuários, pela instituição e por seus profissionais, demonstrando interesses e conflitos divergentes, segundo a posição em que os sujeitos, confrontados nessa relação, ocupam na estrutura institucional e social. Para a instituição, nas palavras de ouvidores e administradores, foi considerado que os benefícios da atuação do serviço foram "enormes, porque, levando a resposta para o reclamante nós conseguimos apaziguar, levar a um entendimento mútuo" (HF-ouvidor, entrevista 3/99). Ressalte-se aqui a estratégia de aplacação.

Para os usuários entrevistados, buscar o serviço significou uma forma de diminuir a irresponsabilidade da medicina, desde que houvesse punição. A punição deveria ser aplicada, tanto no caso de falhas nos procedimentos técnicos médicos como no relacionamento humano. Estes usuários demonstraram desconfiança na efetiva punição dos médicos responsáveis pelos procedimentos técnicos, que causaram danos reais, como, por exemplo, infecção puerperal. (HF-usuários, entrevistas 22/99, 25/99, 26/99, 27/99).

Destaque-se que, no momento da criação do serviço de ouvidoria, para conquistar a adesão dos médicos, foi enfatizado que o objetivo do serviço não era punir. Assim comprova-se a diferença de objetivos com que usuários e médicos concebem um serviço de ouvidoria, demonstrando interesses diversos destes grupos sociais. Como os usuários não tiveram retorno e não souberam se as normas disciplinares de rotina foram aplicadas, mais uma vez evidencia-se o caráter aplacador e burocrático do serviço.

No interior da instituição hospitalar reproduziram-se as relações desiguais e de poder que se originam na sociedade, e que se manifestaram nos conflitos de relacionamento humano, como as relações estabelecidas entre médicos e usuários, por exemplo. Mas, como toda relação de força é uma relação recíproca entre estratégias de poder e estratégias de luta (Foucault, 1992) verificou-se, por outro lado, que a estratégia de luta dos usuários do Hospital foi realizar reclamações sobre o atendimento prestado pelos profissionais em saúde. Mesmo não sendo uma estratégia de luta organizada, ela teve como um de seus resultados que o trabalho da ouvidoria fosse desenvolvido no sentido da conscientização dos médicos sobre o direito do paciente de ser ouvido: "Na época reclamação de paciente era tabu" (HF-ouvidor, entrevista 3/99).

Assim, no caso em análise, como a relação entre médicos e usuários é intermediada pelo SUS, acontece, muitas vezes discriminação social dos pacientes. Esta foi vislumbrada, tanto em relação ao atendimento médico, como em relação ao tratamento recebido no próprio serviço de ouvidoria.

O atendimento médico discriminatório foi motivo de várias reclamações e também relatado em entrevistas, quando usuárias afirmaram que os médicos "ficaram naquela função deles ali, rindo e gozando", ou "me deixaram duas horas esperando na mesa da cirurgia com um simples avental, gelada" (HF-usuárias entrevistas 22/99, 23/99 e 26/99). Em diversas reclamações as usuárias queixaram-se do comportamento agressivo dos médicos, ao chamá-las de "gordas" "magrelas", "fiteiras" e em fazer deboche (HF-reclamações 03/91, 20/91, 04/94, 15/94, 30/94, 19/96, entre outras).

Esses relatos demonstraram que são múltiplas as práticas que asseguram a reprodução das relações de classe. Essas se efetivam no campo do simbólico e dos vínculos culturais, como o demonstrou Bourdieu, em seus trabalhos sobre a reprodução social e as práticas simbólicas de distinção (1975, 1988, 1989, 1992, 1996). No caso estudado, através do deboche, os médicos discriminaram as pacientes, ainda que para eles possa representar uma forma jocosa de conduzir o relacionamento com as mesmas. Por meio desta desvalorização da paciente demonstraram uma forma de distinção, a ponto de levá-las a registrar uma reclamação. Ao reclamarem na ouvidoria, ficou evidente, pelos seus relatos que se

efetivaram os conflitos simbólicos que conduzem à reprodução das relações de classe.

É por isso que, para usuários e instituição, as reclamações têm importância diferenciada. Para os primeiros, as reclamações são uma forma do Hospital e dos médicos terem mais responsabilidade e melhorar a qualidade de atendimento (HF-usuárias e familiares, entrevistas 22/99, 25/99, 26/99, 27/99). Para alguns representantes do Hospital as reclamações são de pequena monta, são sobre coisas simples, pequenos problemas como falta de informação ao usuário (HF-ouvidor e médica, entrevistas 4/99, 1/98). Lembremos, contudo, que as reclamações relatavam, também, problemas mais graves como os de suspeita de falhas nos procedimentos técnicos, principalmente, médicos.

Junto ao serviço de ouvidoria, os usuários sentiram a discriminação devido à dificuldade em ter alguém para atendê-los quando foram registrar a reclamação: "Não é possível que a pessoa não tenha a quem recorrer e um passa para o outro e não é comigo, não é comigo e a pessoa fique lá dentro feito um, um animal. Eu fiquei jogado feito um animal lá" (HF-familiar de usuária, entrevista 27/99).

No serviço de ouvidoria os reclamantes, algumas vezes, sentiram, desinteresse por parte do mesmo e falta de resolutividade, imputando as causas desta atuação ao fato de serem usuários do SUS. Destaque-se que, na entrevista com os usuários, foi solicitada a avaliação do trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, no seu caso. A atribuição de uma nota numérica foi feita espontaneamente por quase todos os usuários:

"Olha, avaliação nenhuma. Eu dou nota zero porque a partir dali eu não soube de mais nada. Eu acho que eu deveria ter sido procurado pelo Hospital, para, para dar um fim nisso, achar justificativas, que não teria, eles não teriam justificativas e eles também reconhecessem o erro deles né? Mas o reconhecimento do erro deles, deviam de me ressarcir desses problemas que eu tive lá" (HF-familiar de usuária, entrevista 27/99).

"Então, para o desempenho do responsável (pela ouvidoria-LHP), eu não daria. Olha! Daria 40% e ainda era o bastante" (HF-usuária, entrevista 22/99).

Uma usuária, entretanto manifestou uma avaliação positiva do serviço, com ressalvas, pelo fato de não obter resposta:

"Da ouvidoria, no Hospital Fêmeina, nota dez. No meu caso, nota dez. Agora só uma ressalva. Eles não me deram retorno. Eles não se interessaram em me dar o retorno. Não sei se eu esperei por eles ou eles esperaram por mim, mas não houve ali um acordo de ambas as partes. Ali não ficou definido" (HF-

usuária, entrevista 23/99).

O sentimento que os usuários manifestaram reforça a conclusão de que, para eles, o serviço de ouvidoria apresentou pouca resolutividade e atuou no sentido discriminatório, pelo fato de serem usuários do SUS. Essa certeza na avaliação da ouvidoria derivou da característica de sua ação ser de aplacação. Esta avaliação foi resultado não só da falta de resposta ao usuário reclamante, mas também, em relação a todo o processo desencadeado pelo serviço:

"É. Então, é aquele negócio, lidar com o público particular, que vai pagar particular, a coisa muda. Eles têm um nível de maior respeito. Também de certo a ouvidoria, mesmo os responsáveis, acham que podem ser tratados diferente, porque o SUS, o INPS paga pouco" (HF-usuária, entrevista 22/99).

De fato, entrevistados reclamantes, esposos de usuárias, afirmaram que pela forma como foram atendidos pelo ouvidor, concluíram que ele não estaria empenhado em levar adiante a investigação e resolver o problema. Levar adiante aqui não significa que não tenham sido apurados os fatos e ouvidos os reclamados, mas sim, que os entrevistados reclamantes ficaram com a sensação, de que não seria dada solução efetiva ou alteração real dos fatos que geraram a reclamação (HF-usuários, entrevistas 22/99, 26/99, 27/99).

Estas observações evidenciam que dentro da estrutura hospitalar é reproduzida, pela instituição e seus profissionais de saúde, a exclusão social a que estão submetidos os usuários do Hospital Fêmina enquanto cidadãos também excluídos na sociedade. Os usuários relataram ainda que, apesar da situação precária e de miséria em que eles, muitas vezes, vivem, médicos tiveram a coragem de propor a cobrança por seus honorários e sugerirem que os usuários vendessem sua casa para pagar os procedimentos médicos. Estes fatos foram motivos de várias reclamações, algumas das quais geraram pareceres da comissão de ética médica do Hospital, e foram mencionados, também, em entrevistas.

A diferença entre os objetivos dos usuários, ao procurar a ouvidoria, e os objetivos da instituição, dentre os quais a intenção em aplacar os reclamantes, ficou clara nas palavras de ouvidor entrevistado, quando explanou sobre as formas de respostas que ele buscava junto às chefias:

"Sempre respondiam (as chefias-LHP), às vezes no tempo pedido, às vezes fora do tempo, mas respondiam, porque eu ficava em cima, eu digo, olha aqui oh, cobra do fulano a resposta da, seja qual for a justificativa dele, eu preciso porque eu tenho que completar tudo aqui, porque eventualmente

pode isso aí evoluir para uma outra coisa, eu tenho que ter toda, não é" (HF-ouvidor, entrevista 4/99).

Esta afirmação possibilitou duas observações. Uma delas é que, se a resposta institucional foi efetiva, demonstrando a adesão das chefias ao serviço de ouvidoria, percebe-se que a resposta foi buscada pela resposta em si mesma: "seja qual for a justificativa" e não pela qualidade da mesma, o que seria atingido se o usuário fosse ouvido e a ele fosse, realmente, dado o direito à voz. Verificou-se ainda, nas entrelinhas, a preocupação dos médicos em evitar processos judiciais.

Assim, os efeitos do serviço de ouvidoria foram de propiciar, a reprodução das relações institucionais que dão aos médicos o poder na instituição. O fato do serviço ter sido pensado e implantado por gestores da área médica, bem como divulgada de forma a ganhar, em especial, a adesão dos médicos para o projeto, confirma o poder médico nos hospitais. O fato do ouvidor ser tradicionalmente da área médica indicou, também, este poder.

Os médicos aderiram ao serviço porque seria uma forma de proteção contra ações judiciais. Segundo os depoimentos colhidos, os processos judiciais continuaram a acontecer após a criação do serviço, mas em menor número. Já os demais trabalhadores aceitaram a implantação e consideram válido o trabalho desenvolvido (HF-médicos, equipe de enfermagem e recepcionistas, entrevistas 12/99, 12b/99, 14/99, 16/99 e 17/99).

Os resultados da ação da ouvidoria, na melhoria da qualidade dos serviços do Hospital, foram detectados como positivos nos raros casos em que a instituição tomou-as como forma de **consulta** aos usuários. Nestes casos desencadeou mudanças institucionais e desenvolveu estratégias de **interação** que envolveram os profissionais de saúde do Hospital.

No primeiro caso, o Hospital Fêmina implantou modificações que melhoraram o desempenho institucional e trouxeram solução ao usuário. As respostas para as quais vê-se, com mais facilidade, as soluções são as que tratavam de problemas menos complexos, mas não menos importantes. São as reclamações cujas respostas resultaram, principalmente, em: marcação de consultas ou exames extras, no caso de falha da instituição; conseguir internação e troca de médico por solicitação da usuária; entre outras. Este tipo de problema, em que foi possível à ouvidoria dar um retorno imediato ao reclamante, demonstrou em que casos o

serviço atuou de forma resolutiva e teve mais força institucional. O impacto foi verificado através das respostas efetivamente dadas aos usuários que foram quase imediatas nestes casos.

O impacto institucional e social do serviço de ouvidoria foi mais efetivo, portanto, nos casos em que houve a intermediação do ouvidor, relatando ao usuário o resultado, em termos institucionais, de sua reclamação. Isto ocorreu quando efetivou-se uma segunda entrevista com o usuário ou na redação da resposta, pelo ouvidor, relatando os procedimentos institucionais gerados pela reclamação. Este tipo de resposta foi dada em menor proporção, relativamente ao todo das reclamações registradas no serviço, e dependeu do tipo de reclamação registrada.

Daí confirmar-se que, através das reclamações, é possível identificar problemas estruturais e funcionais que afetam a relação entre os usuários e o Hospital. Por um lado, indicam se os problemas existentes são estruturais e necessitam de medidas mais amplas e de políticas de saúde para superar tais problemas. Por outro lado se são problemas funcionais e se está ao alcance do Hospital diminuir seu impacto sobre os usuários.

Resumindo, a partir dos dados pesquisados e da análise realizada afirma-se que os resultados até agora alcançados pelo serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima foram de promover estratégias de **aplacação** e **não ampliar** a voz do usuário. Dar voz ao usuário ocorreria no caso das reclamações serem levadas em conta, pela instituição, como uma forma de **consulta** dos serviços prestados por seus profissionais. Em relação aos trabalhadores em saúde as estratégias de envolvimento foram desenvolvidas buscando a sua **adesão** e o **disciplinamento** foi **punitivo** ou **justificativo**. Agindo assim, o serviço de ouvidoria caracterizou-se por uma ação **burocrática**.

Evidenciou-se que as reclamações registradas no serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima apresentam características institucionais e sociais. Embora elas sejam visualizadas pela instituição como resultantes de problemas individuais são, intrinsecamente, sociais, pois apontam para problemas que se repetiram e indicam formas constantes de interação social entre a instituição hospitalar, seus trabalhadores em saúde e os usuários que buscaram o serviço.

## **4 O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

### **4.1 O Hospital universitário na conjuntura atual**

Desde 1931, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pensava na construção de um hospital universitário. A pedra fundamental foi lançada em 1943, sendo que a construção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi iniciada no final dos anos 40. Devido à diversos problemas, que retardaram as obras, estas se estenderam pelas décadas de 40, 50 e 60. Em setembro de 1970, com o prédio já praticamente concluído, foi assinada, em âmbito Federal, a Lei 5.604, tornando o Hospital de Clínicas uma Empresa Pública de Direito Privado, vinculada ao Ministério da Educação.

No início de 1971, começaram a entrar em funcionamento alguns serviços assistenciais. Em julho do mesmo ano, o estatuto do Hospital foi aprovado e publicado no Diário Oficial da União. Em fevereiro de 1972, o ambulatório abriu as portas, com 43 consultórios e, em maio, foi inaugurada a unidade de internação do quarto andar, ala norte. A integração com a Universidade foi ampliada quando, em 1974, a Direção e a Biblioteca da Faculdade de Medicina foram transferidas para o prédio do Hospital de Clínicas. Pouco a pouco, as atividades de ensino e pesquisa foram sendo expandidas, com a abertura de novos espaços para a atuação de docentes, acadêmicos e pesquisadores.

Ao longo dos anos o Hospital de Clínicas de Porto Alegre conquistou o reconhecimento como centro de excelência e referência em saúde. Desenvolve, prioritariamente, atividades de assistência à saúde, ensino e pesquisa. Além dessas o Hospital realiza diversas atividades que o caracterizam pela preocupação em contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade. Este conjunto de características gerou o conceito de Hospital Universitário de Atenção Múltipla.

O objetivo do Hospital de Clínicas é “formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e referência e através da maximização do aproveitamento da infra-estrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla” (Hospital de Clínicas, 1998a).

O Hospital de Clínicas está classificado como hospital universitário, de administração federal indireta, vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação. Atende as mais diversas especialidades de tratamento, aspecto intrínseco à sua condição de hospital com especialidades. As mesmas encontram-se relacionadas na Quadro1 do Anexo D.

Os dados considerados relevantes para mostrar a situação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na conjuntura atual, referem-se à capacidade de seu atendimento quanto ao número de leitos, de consultórios, de trabalhadores, de internações e de procedimentos realizados. Indicam, também, a procedência do usuário atendido no Hospital. Lembrando a dinamicidade dos dados sobre a estrutura dos hospitais (capacidade de atendimento) eles foram apresentados através da média mensal demonstrando o número de funcionários e a variação conjuntural de atendimento verificada. Isso permitiu a comparação entre os períodos analisados. Esses dados foram aqui explicitados para que as reclamações possam ser compreendidas e inseridas na situação institucional do Hospital.

A área física do Hospital de Clínicas é de 92.132m<sup>2</sup> contando, no primeiro semestre de 1999, com uma capacidade operacional média mensal de 725 leitos e de 66 leitos de UTI. Para as consultas ambulatoriais programadas havia um total de 129 consultórios e dez consultórios para as consultas ambulatoriais de emergência (SAMIS, 1999b). O quadro de pessoal do Hospital de Clínicas era, em média, de 3.688 (GRH, 1999a) funcionários, dos quais 239 professores da faculdade de medicina, 20 professores da faculdade de enfermagem e 300 residentes, somando 4.248 trabalhadores em saúde no Hospital (GRH, 1999a).

TABELA 1- Estrutura de atendimento do Hospital de Clínicas– 1997-1999

<b>Leitos e consultórios</b>	<b>1997 Média mensal jan-dez</b>	<b>1998 Média mensal jan-dez</b>	<b>1999 Média mensal jan-jun</b>
Leitos-capacidade instalada	751	751	751
Leitos-capacidade operacional	725	725	725
UTIs	66	66	66
Consultórios do ambulatório	114	107	129
Consultórios da emergência	13	10	10

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão 1997, 1998d; HCPA-SAMIS, 1999b; HCPA-GRH, 1999a.

TABELA 2 - Estrutura de recursos humanos do Hospital de Clínicas – 1997-1999

Trabalhadores em saúde	1997 Média mensal jan-dez	1998 Média mensal jan-dez	1999 Média mensal jan-jun
Professores Fac. Medicina	233	237	239
Professores Fac. Enfermagem	18	20	20
Médicos residentes	300	300	300
Funcionários	3.690	3.685	3.688
<b>Total de trabalhadores em saúde</b>	<b>4.241</b>	<b>4.243</b>	<b>4.248</b>

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão 1997, 1998d; HCPA-SAMIS, 1999b; HCPA-GRH, 1999a.

No Hospital de Clínicas verificou-se que não houve diminuição na sua capacidade instalada: número de leitos, de consultórios, de trabalhadores, como ocorreu no Hospital Fêmeina. No Hospital de Clínicas estes indicadores sofreram apenas pequenas variações no decorrer do período, mantendo-se dentro de uma lógica de recuperação desta capacidade e do número de trabalhadores do Hospital.

Saliente-se o significativo aumento no número de consultórios do ambulatório, pois o atendimento nas consultas ambulatoriais diminuiu, nestes últimos três anos, tanto no que se refere a consultas programadas, que realizam-se nos consultórios do ambulatório, como na emergência. Em contrapartida, houve um acréscimo no número de internações, de cirurgias e de partos. Para ter-se uma idéia das dimensões de atendimento do Hospital de Clínicas salienta-se o atendimento ofertado pelo mesmo de 1997 a 1999.

TABELA 3- Atendimento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - 1997-1999

Atendimento nas várias modalidades	1997 Média mensal jan-dez	1998 Média mensal jan-dez	1999 Média mensal jan-jun
Consultas ambulatoriais programadas	42.558	42.516	41.108
Consultas ambulatoriais de emergência	6.289	5.670	5.459
<b>Total de consultas ambulatoriais:</b>	<b>48.847</b>	<b>48.186</b>	<b>46.567</b>
Internações	2.096	2.239	2.217
Cirurgias	2.256	2.280	2.339
Partos	312	375	394
Exames	173.511	174.651	173.733

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão, 1997, 1998d; HCPA- SAMIS, 1999b.

O aumento no número de ambulatórios do Hospital não foi suficiente, porém, para responder à procura por estes serviços especializados e a diminuição no atendimento de emergência gerou problemas. Assim, constatou-se grande demanda por atendimento nos consultórios do ambulatório e superlotação na emergência, fatos

que ocasionaram, muitas vezes, reclamações registradas por usuários junto ao sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas.

O Hospital de Clínicas atendeu, em 1999, um número significativo de usuários do SUS, recebendo, em média no período, 47.000 usuários em suas consultas ambulatoriais, sendo, aproximadamente, 90% nas consultas programadas e 10% no setor de emergência. Lembremos de que, no Hospital Fêmea, por ser um Hospital que realiza grande número de partos, este percentual chegou a 30%.

Quanto à internação, verificou-se que o Hospital de Clínicas atendeu, em 1998, em média, quase 25 mil usuários por ano, disponibilizando 91% da mesma para os usuários do SUS. Os dados sobre a internação, no Hospital de Clínicas, estão ilustrados na Tabela 4.

TABELA 4- Internação segundo tipo de convênio no Hospital de Clínicas-1997-1998

Usuários do Hospital	1997		1998	
	Ingressos	%	Ingressos	%
SUS	20.830	91.47	24.497	91.18
Convênios	1.559	6.84	2.019	7.51
Particulares	382	1.67	350	1.30
<b>Total</b>	<b>22. 771</b>	<b>99.98</b>	<b>26.866</b>	<b>99.99</b>

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão, 1997, 1998d, HCPA-SAMIS, 1999b.

Em 1998, o usuário do Hospital de Clínicas era proveniente em sua maioria, de Porto Alegre, 54%, enquanto que 31% originou-se da Região Metropolitana e 15% dos usuários eram residentes no Interior do Estado. Os dados sobre a procedência do usuário referem-se às internações, às consultas ambulatoriais programadas e às consultas de emergência.

Tomando como parâmetro as cotas de consultas ambulatoriais programadas, definidas pela Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal da Saúde, de 55% para Porto Alegre, de 30% para a Região Metropolitana e de 15% para o Interior, verificou-se que há uma correspondência entre estas e as do Hospital. Há uma maior similitude do que no caso do Hospital Fêmea, referido anteriormente. Entretanto, diferenciam-se, particularmente em relação à Porto Alegre, aos indicadores da procedência do usuário reclamante do Hospital de Clínicas, colhidos por esta pesquisa conforme será demonstrado mais adiante. A procedência do usuário do Hospital de Clínicas é apresentada na Tabela abaixo.

TABELA 5 - Procedência do usuário do Hospital de Clínicas-1998

<b>Localidade de procedência do usuário</b>	<b>1998 %</b>
Porto Alegre	53.6
Grande Porto Alegre	31.1
Interior Rio Grande do Sul	15.0
Outros estados	0.30
<b>Total</b>	<b>100.00</b>

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão, 1997, 1998d, HCPA-SAMIS, 1999b.

Além da prestação de serviços na área de assistência à saúde, o Hospital de Clínicas, sendo um hospital universitário, desenvolve intenso trabalho nas áreas de ensino e pesquisa. Serve de campo de ensino para alunos de graduação, residência médica, pós-graduação, em nível de especialização, mestrado e doutorado, possibilitando ainda a realização de estágios e intercâmbios internacionais. A atividade de pesquisa é coordenada pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação, que recebe e avalia projetos de pesquisa. São realizadas consultorias e programas de iniciação científica com alunos de graduação. O Hospital conta, ainda, com uma revista, um centro de pesquisas biomédicas e uma biblioteca setorial de medicina.

Complementa suas atividades oferecendo Programas de Atenção Comunitária dentre os quais destacam-se: Programa de Apoio Pedagógico aos Pacientes Pediátricos com Longo Período de Permanência ou Internações Múltiplas e os Grupos de Auto-Ajuda, estes abrangendo áreas como transtornos de humor, preparação para parto, cardiopatias e pneumopatias, aleitamento, mulheres com HIV+, gestante diabética, gestante adolescente, mães adolescentes, mastectomizados, fumantes, mastologia, futuros pais, psiquiatria, psicologia, neuro memória, clínica para adolescente, criança asmática e nutrição, entre outros (HCPA, 1998d). Os dados acima evidenciados demonstram a importância do Hospital de Clínicas no atendimento aos usuários do sistema único de saúde de Porto Alegre e de todo o Rio Grande do Sul, mas, sem dúvida, sua relevância está na ampla gama de especialidades oferecidas e no atendimento da mais alta complexidade, nessas

especialidades<sup>52</sup>.

A intensa procura por atendimento programado, de emergência e de internação, e o fato da capacidade estrutural (número de leitos e de funcionários, por exemplo) continuar a mesma, no período analisado, ocasionaram dificuldades para aumentar a quantidade de serviços prestados, gerando problemas funcionais internos, como a sobrecarga de trabalho dos funcionários e a superlotação do Hospital. Problemas relativos à estrutura e ao funcionamento do Hospital de Clínicas foram motivos de reclamações, registradas no sistema de ouvidoria, conforme veremos a seguir.

Dificuldades como a excessiva demanda de atendimento nos ambulatórios, a superlotação na emergência e a falta de leitos foram, também, relatados, pelos profissionais que trabalham no Hospital de Clínicas, como os maiores problemas do Hospital em 1999, época da realização da pesquisa. Estes foram decorrentes de problemas estruturais e geraram problemas funcionais. Como problemas estruturais foram citados a limitada capacidade física, número de salas, consultórios e leitos, por exemplo, e a escassez de recursos humanos do Hospital.

Muitos problemas funcionais foram, também, mencionados. Os entrevistados, chefias, médicos, enfermeiros e recepcionistas, afirmaram que a excessiva demanda pelos serviços hospitalares, ambulatoriais, de emergência e de internação, aumentaram a carga de trabalho dos profissionais, sendo uma das causas dos maiores problemas com os quais eles precisam lidar no cotidiano de seu trabalho. A situação gerava sobrecarga de trabalho e conseqüentemente estresse.

A capacidade limitada do serviço se refletia na necessidade de rapidez de atendimento. Foi assim que alguns profissionais entrevistados citaram, como problema, a morosidade de atendimento nos ambulatórios, relacionada ao treinamento de acadêmicos, mestrandos e doutorandos e à falhas da recepção no encaminhamento de pacientes. A excessiva demanda, na emergência, gerava o

---

<sup>52</sup> Em 1997 o HCPA recebeu o prêmio de Hospital Amigo da Criança da UNICEF-Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1998 recebeu certificação de adesão ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade. A adesão se deu para possibilitar um processo de auto-avaliação da instituição, segundo os critérios deste Programa. O Hospital não concorre a prêmios neste Programa. Em 1998, foi a única instituição brasileira, da área da saúde, a ganhar o Prêmio Qualidade do Governo Federal, em avaliação feita pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) (HCPA, 1998d).

cancelamento de cirurgias eletivas, em decorrência da necessidade de internação a partir da emergência (HCPA- trabalhadores em saúde, entrevistas 7/99, 8/99, 10/99, 11/99, 14/99, 16/99, 17/99; entre outras).

Os problemas listados pelos trabalhadores em saúde do Hospital de Clínicas evidenciam a situação que enfrenta o Hospital. Observe-se estes problemas citados nas palavras de alguns dos profissionais entrevistados, médicos, enfermeiros e recepcionistas, quando afirmaram:

“Olha! Eu diria assim que os, os principais problemas são aspectos funcionais. Nós temos um serviço muito bom, ele atende adequadamente, atende, corretamente, se faz uma boa medicina, mas existem dificuldades funcionais, assim que a demanda é muito grande, há dificuldades em realização de procedimentos cirúrgicos, muitas vezes por falta de leitos, como por exemplo, temos cirurgias marcadas, eletivas, marcadas com antecedência, e no dia anterior à cirurgia o paciente não pode baixar porque houve muitos casos de emergência que devem ser hospitalizados, ocupam os leitos, então isso, essa é uma grande dificuldade, assim, funcional. Eu acho que outra questão que eu sinto é em relação aos recursos humanos, principalmente da área de enfermagem. As demandas são muitas” (HCPA- equipe de enfermagem, entrevista 7/99).

“Ah! pois é. É uma agenda puxada, é que é assim, a agenda nossa, dos contratados que atendem esse tipo de ambulatório, é uma agenda independente. De repente tu chega ali, tu vais ver paciente que era para ser atendida há uma hora e são quatro horas da tarde e ela ainda não foi atendida, e aí, existe uma série de coisas. Elas esqueceram de passar o nome da paciente. É uma morosidade do atendimento, de quem está atendendo, o treinamento de acadêmicos, doutorandos, residentes” (HCPA-médica, entrevista 11/99).

“Olha, na minha área, eu acho assim, é uma área muito, como é que eu vou te explicar, como todas as áreas, tem bastante demanda de paciente. Acho que a grande causa assim de muita reclamatória, até de falta de consulta, eu acho que é o próprio sistema” (HCPA-recepcionista, entrevista 17/99).

“Eu acho assim que a equipe é boa, apesar de estar meio estressada, mas eu não noto falta de educação. O que as pessoas queixam muito é que levam muito tempo para internar. Isso é uma coisa estrutural” (HCPA-chefia recepção-entrevista 10/99).

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que, apesar do estresse resultante do tipo de trabalho e das condições atuais já mencionadas, gostam de trabalhar no Hospital e apontam o atendimento do mesmo como dos melhores. Consideram o Hospital de Clínicas como “uma ótima instituição”. Aquela médica entrevistada, que citou a morosidade, relacionando-a com o fato do Hospital de Clínicas ser um hospital escola, não questiona este aspecto, mas a demora associada à necessidade de formação profissional, onde o trabalho a ser realizado é mais discutido, explicado, orientado. Por outro lado, a mesma afirma "acho que o Hospital ainda se

torna um local diferenciado de atendimento e de aprendizado” (HCPA-médica, entrevista 11/99).

Problemas relacionados com a escassez de recursos como, por exemplo, o teto financeiro estimado pela Secretaria Municipal da Saúde não ser suficiente para pagar as despesas com os usuários do SUS, bem como a necessidade de pensar alternativas para diminuir os custos com os serviços hospitalares, foram citados por entrevistados mais diretamente ligados à administração do Hospital (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1/99).

A situação observada no Hospital de Clínicas e relatada nas entrevistas por seus trabalhadores é notícia na imprensa local, divulgada em 11 de março de 1999 com o seguinte texto:

“Emergência do Clínicas superlotada. A situação do setor de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é caótica. Na manhã de ontem havia 26 pacientes na sala de observação de adultos aguardando internação. Ao menos 10 esperavam vagar um leito há quatro dias. Na sala de procedimentos, com capacidade para 13 pacientes, havia 31, sentados em cadeiras nos corredores” (Emergência, 1999).

A situação aqui descrita, observada no Hospital e confirmada nas entrevistas realizadas, permite concluir que também o Hospital de Clínicas, assim como já foi constatado no caso do Hospital Fêmea, passa pelas mesmas dificuldades que atingem os hospitais públicos no Brasil. Os problemas de superlotação, falta de recursos para contemplar os custos efetivos com atendimento, entre outros, são agravantes que podem por em risco a qualidade de atendimento, tão buscada por seus profissionais.

Destaque-se ainda o fato de que, sendo um hospital universitário, está dependente do Ministério da Educação e da Saúde. O governo federal propôs, em 1999, uma política de cortes orçamentários para as áreas da saúde e da educação, exatamente as áreas às quais os hospitais universitários estão vinculados, podendo a mesma implicar em redução nos patamares de atendimento deste tipo de hospital aos usuários do SUS (InformAndes, 1998, p. 2; SUS, 1999, p. 19). Demonstrando como a política é instável em relação aos mesmos em outubro de 2000, porém, o Ministério da Educação desmentiu a notícia de cortes para estes hospitais e garantiu que os recursos para o Programa Interministerial de Apoio à Manutenção dos Hospitais Universitários estão previstos no Orçamento Geral da União para 2001, conforme

noticiado, pelo jornal *Adverso*, sob a manchete *Recursos de hospitais estão mantidos em 2001* (Recursos, 2000). Estas dificuldades resultaram, muitas vezes, em problemas estruturais e funcionais, motivos de reclamações registradas no sistema de ouvidoria do Hospital. É o que veremos no decorrer da explanação.

#### **4.2 1994: o contexto da decisão de centralizar o acolhimento aos usuários reclamantes**

Segundo o histórico da implantação da qualidade, divulgado pelo Ambiente de Qualidade do Hospital de Clínicas, a preocupação com a qualidade sempre esteve presente nessa instituição. O Hospital iniciou, em 1984, o planejamento estratégico, marco do que posteriormente viria a ser chamado de um “Programa de Qualidade”. Conforme o documento a “metodologia foi encarada como uma adaptação dos conceitos já utilizados no âmbito da instituição”. Durante os anos que se seguiram o Hospital, “com a participação de segmentos internos representativos, definiu o negócio, a missão, os princípios e as políticas institucionais” (HCPA, 1998b).

A partir de 1993, houve a consolidação de um programa de qualidade buscando adequar-se às características da instituição. Para tanto, foram definidas metas institucionais e a formação de grupos para Solução de Problemas. Em 1996, a partir da Proposta de Sistematização das Ações da Qualidade, o Programa foi reformulado passando a ser denominado de Programa de Melhoria da Qualidade. A estrutura do Programa é composta por um Comitê Diretivo, formado por membros da Alta Direção; Comitê Executivo, constituído de Assessores com dedicação exclusiva ao Programa, e Grupos de Trabalho e subgrupos, compostos por professores e por funcionários da instituição (HCPA, 1997; 1998a).

Fala-se, no Hospital de Clínicas, em promover um ambiente de qualidade. Observa-se, nos documentos e em entrevistas com os coordenadores do ambiente de qualidade, o que pode caracterizar a atitude crítica do Hospital com relação aos chamados Programas de Qualidade Total, adaptando-os à realidade institucional. Fala-se em programa de qualidade, ambiente de qualidade, programa de melhoria da qualidade, mas não foi constatado o uso da denominação: programa de qualidade total. São utilizadas algumas das técnicas do referido programa como o programa

**5S**<sup>53</sup>, por exemplo, mas enfatiza-se que este é uma meta institucional, dentro do Programa de Melhoria da Qualidade (HCPA, 1998b).

Não há, no Hospital de Clínicas, documentos escritos registrando a história da criação de um sistema de ouvidoria. Esta foi reconstruída a partir de documentos disponíveis e da história narrada por aqueles que acompanharam sua implantação. Através das informações colhidas, verificou-se que a criação de um sistema organizado, para receber as reclamações dos usuários, não encontrava-se claramente vinculado à idéia da criação de uma ouvidoria hospitalar, nem ao Programa de Qualidade. Este sistema foi concebido como uma estratégia de gerenciamento.

Antes de 1994 havia um grande volume de queixas o que implicava na movimentação da imprensa. Estas queixas diziam respeito às consultas ambulatoriais, principalmente à marcação de consultas, ao serviço de emergência, ao pronto atendimento e à transferência de pacientes para outros hospitais. Existiam algumas reclamações de pacientes internados, mas estas eram em menor número e podiam ser administradas caso a caso (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99).

Um dos principais problemas reclamados era a marcação de consultas. Até setembro de 1993, no Hospital de Clínicas, para marcar consultas os usuários faziam fila em frente ao Hospital. Os pacientes aguardavam na fila e, freqüentemente, era comunicado, pelo Hospital, o número de consultas ainda disponíveis nas diversas especialidades. Os usuários esperavam, ou não, de acordo com as informações divulgadas. Como a procura era cada vez maior, indivíduos aproveitavam para tirar proveito da situação, vendendo lugares nas filas para aqueles que não podiam chegar mais cedo, fatos amplamente noticiados pela imprensa, na época e, relatados pelos profissionais do Hospital (HCPA-chefia trabalhador em saúde, entrevista 3/99). Tentando acabar com as filas e com a comercialização de vagas, em setembro de 1993, o Hospital implantou um novo sistema de marcação de consultas, por telefone:

" O clima era este e mais ainda, decidiu-se na época fazer uma modificação na marcação de consultas, passando-as para marcação por telefone, e essa

---

<sup>53</sup> O nome **5S** vem de termos japoneses que iniciam com "S": Seiri (seleção), Seiton (ordenação), Seisoh (limpeza), Seiketsu (saúde) e Shitsuke (auto). No Hospital de Clínicas o Programa 5S foi definido como "um conjunto de atividades que abrange todos os setores do Hospital e visa, basicamente, à adoção de uma nova postura diante do ambiente e das rotinas de trabalho, incluindo: senso de utilização, senso de ordenação, senso de limpeza, senso de bem-estar e senso de melhoria contínua" (HCPA, 1998b).

marcação por telefone criou uma situação que fugiu um pouco do nosso controle, no que se refere a pacientes de todo Estado telefonando para cá. Parece que o Hospital ia abrir um novo tipo de consulta, quando na verdade era o mesmo número de consultas diárias, apenas para se acabar com as filas e com a comercialização de vagas nas filas. O Hospital decidiu ir mantendo as mesmas consultas, porque não tinha como aumentá-las e passar a marcação para telefone. Então o mesmo número diário de consultas que se ofereciam nas filas se oferecia por telefone. Mas isso implicou numa procura exagerada de todo o Estado, até de fora do Estado para as nossas consultas, já que era fácil pegar o telefone, pelo menos tentar, às vezes caía a ligação, mas uma boa parte das vezes, não caía e esse problema das ligações também, segundo os pacientes, os telefones nunca estavam disponíveis, foi outro motivo que nós resolvemos concentrar então no Grupo de Pacientes Externos" (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99).

Antes de ter sido pensado um sistema que organizasse as reclamações, já havia muitas reclamações dos usuários sobre o Hospital de Clínicas. O Hospital sempre preocupou-se no sentido de atender esses usuários e de ouvi-los. Porém, as reclamações eram feitas de forma dispersa, para diversos setores e profissionais do Hospital, antes do sistema ter sido instalado. Eram feitas no serviço social, na secretaria geral, no Grupo de Pacientes Externos (GPE) e através de cartas ou, pessoalmente, na vice-presidência médica ou administrativa (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99; coordenador do GPE, entrevista 5/99 e chefia trabalhador em saúde, entrevista 3/99). As pessoas não sabiam onde reclamar:

"Se cada reclamação era feita em cada serviço, então fica uma entidade muito abstrata assim. Aonde reclamar? No serviço tal. Sabe onde é que fica o serviço tal aqui no Hospital?" (HCPA-coordenador do GPE, entrevista 5/99).

As reclamações eram encaminhadas sem uma sistematização. E às vezes o paciente conseguia ser ouvido, mas às vezes a queixa ia adiante ou não, dependendo do interesse da pessoa que ouvia, se a pessoa era a pessoa mais adequada. Não havia uma sistematização e a resolutividade dessas queixas eram bem baixas (HCPA-chefia equipe de enfermagem, entrevista 8/99).

Demonstrando o procedimento anteriormente realizado, para receber as reclamações, tomou-se como exemplo o serviço social. Os pacientes procuravam muitas vezes o serviço social para fazer reclamações. Ouvi-las e encaminhá-las para a Administração Central era uma das atividades do serviço, embora não fosse sua função oficial. As reclamações dos usuários seguiam um trajeto que ia do serviço social do Hospital para a vice-presidência médica (VPM). As reclamações eram acolhidas pelo serviço social, mediante um procedimento que incluía a anotação da

reclamação, porém, o setor não analisava as reclamações para verificar seu teor e não fazia a estatística das mesmas, porque não era sua atribuição realizar esta tarefa. A seguir, enviava as reclamações para a vice-presidência médica. Ao recebê-las o diretor encaminhava-as para as chefias dos setores ou dos profissionais envolvidos.

Os problemas, portanto, se avolumavam e muitas vezes eram motivos de reclamações que caíam na Administração Central, no serviço social, no Grupo de Pacientes Externos (GPE). Muitas vezes os usuários se manifestavam sob a forma, apontada por Hirschman como sendo, de “protestos gerais” (1973, p. 16) que iam parar em lugares “menos adequados”, como por exemplo a imprensa (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99). Desse modo, antes de 1994, as reclamações, embora dirigidas para vários setores, convergiam para a administração central que era composta pelos dois vice-presidentes e pelo presidente do Hospital.

Em 1993, este fato e a produtividade do ambulatório preocupavam a direção do Hospital de Clínicas. Na ocasião, momento de implantação do programa de qualidade, a Administração Central solicitou ao GPE um estudo sobre o absenteísmo e o aproveitamento do potencial ocioso, que aparecia nas estatísticas sobre a produção ambulatorial. O documento, datado de dezembro daquele ano, versava sobre a Reestruturação Ambulatorial no HCPA. Era composto de dois tópicos: Levantamento de Problemas e, Propostas. Em relação ao usuário, o principal problema relatado, no documento, foi a dificuldade de marcação de consultas e o absenteísmo às mesmas.

Os demais aspectos mencionados remetiam à problemas internos. Entre estes, foram citados como principais: a sub-ocupação de determinadas agendas, faltas dos profissionais ao trabalho, atrasos, licenças, férias, licenças para congressos, horas extras, entre outros. Alguns poderiam ser resolvidos no âmbito dos serviços médicos especializados, outros necessitavam ser encaminhados à Administração Central como, por exemplo, quando referiam à tentativa de cobrança do atendimento médico. Foram salientados, também, a falta de indicadores estatísticos e de integração entre o Grupo de Pacientes Externos (GPE), a gerência de Recursos Humanos (GRH) e a Administração Central, para resolver problemas.

Este estudo refletia o conteúdo expresso nas reclamações e a realidade do trabalho hospitalar realizado, na época. Nesse estudo, encontravam-se implícitos os

motivos **econômicos**, **políticos** e **ético-sociais** que conduziram à organização de um sistema de ouvidoria pelo Hospital de Clínicas. Os problemas apontavam a capacidade de atendimento ofertada pelo Hospital, a dificuldade em atender à demanda crescente por consultas (econômico), para a qualidade do atendimento (político) e para questões funcionais (ético-sociais) (HCPA, 1993).

#### **4.3 A centralização do acolhimento das reclamações no Grupo de Pacientes Externos**

As circunstâncias e a solicitação do estudo, ao Grupo de Pacientes Externos, evidenciaram a intenção do Hospital em melhorar a gestão, reavaliando as falhas institucionais. Criar um sistema que centralizasse as reclamações dos usuários foi a forma encontrada, pela administração do período, para atingir esses objetivos (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99). O sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi implantado, em 1994, em decorrência dessa intenção. Foi decidido que, a partir de então, o setor denominado Grupo de Pacientes Externos acolhesse os usuários reclamantes. A reconstrução da história deste sistema revelou que ele foi, na verdade, organizado naquela data.

Relembrando, para verificar os motivos que conduziram o Hospital de Clínicas a organizar um sistema de ouvidoria, relacionamos sua criação, em âmbito macrossocial, com a crise na área da saúde, que repercutiu nos hospitais públicos, no final da década de 80. Esta criação foi relacionada, também, com a adesão do Hospital a uma das propostas nacionais para a área da saúde, **reformadora** ou **liberal** e aos princípios do SUS, que enfatizam a democratização e a desburocratização institucional.

No âmbito institucional, isto é microssocial, salientou-se a relação entre a adoção deste sistema e o alinhamento do Hospital com as novas ideologias de administração de empresas, que indicavam estratégias de gestão, tais como os programas de qualidade e as ouvidorias. Analisou-se a implantação deste sistema como um dispositivo criado para que a administração pudesse realizar uma melhor gestão. Ao tomar conhecimento das falhas institucionais, de forma organizada, a administração poderia avaliar a qualidade do atendimento. Explicitaram-se, ainda, as razões **econômicas**, **políticas** e **ético-sociais** que conduziram à organização deste sistema, neste Hospital público.

A organização de um sistema de ouvidoria, no Hospital de Clínicas, relacionava-se à crise na área da saúde pois verificou-se, como vimos, que, antes dele ter sido organizado, havia problemas indicativos dessa crise, como os de produtividade no ambulatório e queixas de usuários em relação à capacidade e à qualidade do atendimento hospitalar.

As reclamações revelavam aspectos **econômicos** da crise, pois indicavam, a necessidade de maior número de consultas públicas para atendimento aos usuários do SUS. Estes motivos, além de serem expressos nas reclamações, foram relatados por administradores e coordenadores do Grupo de Pacientes Externos (GPE), da época.

Porém, os motivos econômicos não foram, explicitados por administradores, chefias, trabalhadores em saúde da instituição, que ocupavam esses cargos no momento da realização da pesquisa. Tampouco foram citados por usuários entrevistados. Esses relacionaram, principalmente, razões **políticas** e **ético-sociais** para que o sistema de ouvidoria fosse organizado no Hospital de Clínicas. As razões apresentadas derivaram-se do tipo de problema resultante das reclamações.

As reclamações apontavam problemas de ordem funcional como, por exemplo, o mau relacionamento dos recepcionistas com os pacientes, a má disposição dos médicos em atender o paciente que chegou um pouco atrasado, ou o não comparecimento do médico para cumprir sua agenda (HCPA-coordenador do GPE, entrevista 4b/99). Havia questões mais problemáticas como queixas, em função de cobranças indevidas de alguns profissionais do Hospital (HCPA-chefia de trabalhador em saúde e coordenador do GPE, entrevistas 3/99 e 4b/99). As reclamações apontavam para a qualidade e o tipo de atendimento realizado pelo Hospital, aspectos políticos e ético-sociais da crise.

Não há documento ou discurso justificando ou argumentando em favor da organização do sistema de ouvidoria, indicando adesão a propostas sociais mais amplas. Pela análise dos documentos e pelas entrevistas verificou-se, que as razões **políticas**, que levaram o Hospital a organizar a acolhida das reclamações dos usuários, estavam relacionadas a propostas de âmbito macrossocial. Tendo sido criado como um dispositivo de gestão administrativa, o sistema foi respaldado, também, por ações e programas institucionais, entre os quais destaque-se o programa de qualidade, em implantação no Hospital.

Como estratégia de gestão, o sistema de ouvidoria foi organizado a partir de objetivos internos e externos confluentes. Os primeiros revelam as estratégias de **desburocratização** e de **democratização**, os outros reforçam as estratégias de melhoria da **qualidade**. Porém, como não foi efetivada a criação de um setor específico para ouvir as reclamações, com objetivos claramente definidos, em favor da democratização institucional, argumenta-se que, o sistema incorporou e divulgou idéias dos dois projetos em disputa na área da saúde: **liberal** e **reformador**.

O Hospital de Clínicas, sendo um hospital público, com 91% do atendimento disponibilizado ao SUS, e tendo como um de seus objetivos prestar assistência de excelência e referência e atuar no desenvolvimento da cidadania, ao instalar o sistema de ouvidoria, abrindo um canal para ouvir os usuários contemplou, ainda que de forma incipiente, idéias do **projeto reformador**, na área da saúde. Para melhorar a qualidade, ao tomar como parâmetro, ainda que crítico, as estratégias qualidade total permaneceu mais próximo do **projeto liberal**.

No que se refere à incorporação de novas ideologias gerenciais, a organização do sistema estava mais fortemente relacionada ao projeto **liberal** que propõe, com ênfase, os programas de qualidade. Assim verificou-se que, quando referido o sistema de ouvidoria, foram empregados termos e conceitos que o associavam à satisfação do cliente e à opinião do cliente como medida de qualidade. No caso do Hospital de Clínicas, diferente do Hospital Fêmima, o Programa de Qualidade antecedeu e indicou a necessidade de organizar um sistema de ouvidoria.

A opção por uma **política** de dar voz ao usuário (Hirschman, 1973) está relacionada com a proposta social **reformadora**, pois propagou o princípio de **democratização** institucional expresso, na reformulação do SUS. Expressou, também, o princípio de **desburocratização**, ao propor a organização da acolhida ao reclamante. Estes princípios não estavam evidentes, no período da organização do sistema, nem quando foram feitas as entrevistas, em 1999. Foram observados nos argumentos que enfatizavam a melhoria da gestão como objetivo desta organização. Foi assim que, embora citadas a melhoria da gestão e da qualidade, pouco foi dito sobre a relação entre ouvidoria, democratização e desburocratização.

Internamente, a acolhida organizada ao reclamante ajudaria a melhorar a administração gerencial, ao atribuir a um único setor a responsabilidade pela

recepção das reclamações dos usuários. O sistema de ouvidoria foi concebido como um dispositivo que poderia dar uma idéia das falhas e do tipo de atendimento que estava sendo prestado, verificar as causas dos problemas e avaliar se era da alçada da instituição resolvê-los (HCPA-vice-presidência administrativa, chefia trabalhador em saúde e coordenador do GPE, entrevistas 2/99, 3/99, 4/99). Organizando a acolhida aos reclamantes o Hospital, através do setor encarregado de receber este usuário, conseguiria detectar mais rapidamente os vários focos de problemas e agilizar ações para que as falhas pudessem ser corrigidas.

Depreende-se daí a intenção de **desburocratizar** a relação entre o Hospital e o usuário reclamante, facilitando sua acolhida pela Instituição. Para exemplificar a possibilidade da ouvidoria, em agilizar a resolução dos problemas relatados pelos usuários, cita-se a ausência de um profissional em seu posto de trabalho. No Hospital de Clínicas, atualmente, os serviços especializados têm o controle das suas agendas. No momento em que um profissional falte ao trabalho, seja ele contratado ou não, é da responsabilidade do serviço colocar um profissional substituto para atender aquela agenda. Este seria, portanto, um problema de resolução do próprio serviço e não necessitaria passar pela vice-presidência médica ou administrativa para ser equacionado. O direcionamento dos reclamantes para um único setor propiciou, assim, a desburocratização do acolhimento e do encaminhamento das reclamações e da solução dos problemas.

A administração central ficava com a resolução dos problemas que exigissem decisão sobre um número grande de reclamações formalizadas, a fim de que pudesse ser constatado o que estava ocorrendo e, então, tomar as medidas no sentido de sanar as dificuldades. A intenção de detectar as falhas da prestação de serviços e corrigi-las associa os objetivos institucionais internos e externos:

"Então uma decisão mais de fundo assim dependeu da reunião de um número grande de reclamações mais formalizadas, a fim de que pudéssemos ver o que estava ocorrendo e nós procurarmos então, aqui resolver" (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99).

Para atingir os objetivos externos, junto ao usuário, o setor destacado teria a responsabilidade de ouvir e encaminhar os problemas manifestados por eles. A centralização das reclamações num só setor seria uma forma de ouvir a voz do usuário. O sistema de ouvidoria constituir-se-ia, portanto, na abertura de um canal de

expressão do usuário, um local onde o mesmo teria a oportunidade de reclamar e de registrar a sua insatisfação.

Esse motivo, ouvir as reclamações dos usuários para detectar falhas, foi citado por vários profissionais mas a sua relação com o princípio, de democratização, proposto pelo SUS, foi salientada por apenas dois dos entrevistados, evidenciando que a intenção de implantar estes princípios, através de um sistema de ouvidoria, não estava plenamente configurada quando a administração optou pela centralização das reclamações. Ficou claro, também que, até o momento do término da pesquisa, não estava evidente, para alguns dos sujeitos que trabalham no Hospital de Clínicas, a possibilidade da ouvidoria relacionar-se com o princípio de democratização institucional, (HCPA-vice-presidência médica e administrativa, coordenadores do GPE e chefias de: trabalhadores em saúde, recepção e equipe de enfermagem, entrevistas 1/99, 1b/99, 2/99, 3/99, 4/99, 8/99):

“Eu não sei bem se isso vem do SUS ou de onde vem, eu não sei te dizer, mas existe uma exigência a ser cumprida aí à nível empresarial que implica em ter uma ouvidoria. De maneira que é um tipo de serviço que uma empresa teria vantagens pecuniárias inclusive, de dispor desse serviço, porque isso conta ponto aí” (HCPA- coordenadores do GPE, entrevista 4/99).

“A mola mestra da ouvidoria é atender uma demanda legítima do usuário estabelecida por lei, dos direitos do cidadão usuário do SUS, que é o de ser ouvido, encaminhadas as suas inquietações, as suas angústias, as suas reclamações em relação ao atendimento” (HCPA-chefia equipe de enfermagem, entrevista 8/99).

Atualmente, os sujeitos envolvidos na experiência com o sistema de ouvidoria apontaram diferentes objetivos, como sendo os motivos para sua organização, deixando claros os interesses diversos, existentes no âmbito hospitalar. As chefias mais próximas da administração central manifestaram, de forma mais evidente, que os demais entrevistados, razões de ordem **política** para a centralização das reclamações dos usuários do Hospital de Clínicas, em um sistema de ouvidoria.

As razões **políticas** mencionadas foram relacionadas, em primeiro lugar, à melhoria da qualidade de atendimento prestado pelo Hospital e à realização de uma melhor gestão administrativa e, em segundo lugar pouco mencionada, à democratização institucional (HCPA-vice-presidência médica e chefia equipe de enfermagem, entrevistas 1b/99 e 8/99). O primeiro objetivo relaciona-se com a política institucional de gestão e o segundo, com as políticas sociais na área da saúde

que sugerem a democratização através da participação do usuário, no controle dos serviços prestados.

As razões de ordem **ético-sociais** permitem agrupar os argumentos que relacionaram o sistema de ouvidoria à abertura de um canal para as reclamações e destacaram-no como uma forma de ouvir e dar voz ao usuário. Tornaram visível, também, o objetivo de disciplinar os trabalhadores em saúde, buscando controlar a ética profissional para um melhor atendimento ao usuário. Estas razões foram mencionadas por administradores da área médica e chefias (HCPA-vice-presidência médica, chefias de: trabalhadores em saúde, recepção e equipe de enfermagem, entrevistas 1b/99, 3/99, 8/99, 10/99). A relação da ouvidoria como um direito de cidadania, foi pouco mencionada, como já destacamos

Para os trabalhadores em saúde reclamados, os objetivos de criação de um sistema de ouvidoria por parte do Hospital foram, principalmente, de ordem ético-social: para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário (HCPA-equipe de enfermagem e recepcionista, entrevistas, 15/99 e 17/99) e pelo fato de já existirem reclamações (HCPA-médica e recepcionista, entrevistas, 11/99, 16/99).

Já para os usuários, a implantação de um sistema de ouvidoria foi atribuído ao fato de existirem muitas reclamações sobre o atendimento prestado ao público. Foi considerada também, como decorrente deste motivo, a busca da melhoria de atendimento por parte do Hospital (HCPA-usuários, entrevistas 21/99, 22/99, 26/99, 27/99). Estas razões foram classificadas, nesta pesquisa, como sendo de caráter ético-social.

Não foram ventilados motivos políticos, pelos usuários, como os de oportunizar-lhes voz como um direito de cidadania. A procura da melhoria da gestão administrativa foi citada por uma usuária entrevistada, ao mencionar que muita coisa que acontece no Hospital não chega aos ouvidos da direção e, desta forma, a ouvidoria poderia propiciar, aos administradores, um conhecimento mais preciso da realidade dos serviços prestados (HCPA-usuária, entrevista, 22/99). Não foram salientados princípios de ordem econômica nas falas dos usuários.

A criação de um serviço de ouvidoria que tivesse unicamente a atribuição de ouvir os usuários do Hospital de Clínicas chegou a ser cogitada, pela direção, naquele momento. Porém, essa possibilidade foi considerada mais complexa, devido

ao tipo de Hospital. Segundo depoimentos de chefias da época, a implantação de um serviço de ouvidoria implicaria em mudança no organograma, abertura de postos de trabalho, de cargos, ou seja, um conjunto de procedimentos que não estava na alçada do Hospital decidir e teriam que ser aprovados em Brasília. O fato de ser um hospital de administração federal indireta, vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação atrela-o a esses órgãos quanto à tomada de decisões que impliquem mudança de organograma e aumento de pessoal:

"Sim, foi pensado, mas tinha que abrir concurso, tinha que contratar pessoas, tinha que botar no organograma do Hospital e isso aí não dependia só do Hospital. É a estatal que dependia de decisão mais centralizada, não é, e o Hospital tem uma área de atuação, uma área de ação, de competência, mas nesse plano o Hospital não tem competência de decidir sozinho. O organograma do Hospital é aprovado em vários níveis, inclusive lá no Ministério da Educação, onde uma comissão inter-ministerial aprova. O Hospital de Clínicas de certa forma é uma estatal ainda, não é, portanto existe um nível de competência aqui e outro lá em cima" (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99).

O sistema de ouvidoria Hospital de Clínicas foi instalado como uma micropolítica institucional, porém o fato de não ter sido criado como um serviço que funcionasse de forma autônoma, independente de outros setores do Hospital conferiu-lhe um caráter dependente deste, em relação ao governo federal. A abordagem sobre a autonomia relativa das instituições, relativa pois implica em dependência, foi desenvolvida por Bourdieu (1992). No caso do Hospital de Clínicas esta dependência resultou na dificuldade em implantar uma micropolítica que envolvesse modificações organizacionais (organograma) e econômicas, como novas contratações ou o deslocamento funcional de profissionais de que devem cumprir determinadas funções para outras.

O atrelamento do Hospital de Clínicas, ao governo federal, mostrou como é relativa a autonomia das instituições em implantar micropolíticas institucionais. Neste caso ficou clara a correlação de forças a que a instituição está submetida. Esta correlação implica em relações de poder, como demonstrou Foucault (1995). Indicou, também, a pouca intenção política da administração do Hospital, da época, em instituir esta micropolítica de forma autônoma, para a qual poderia deslocar recursos humanos internos.

Enfim, a análise dos argumentos explicitados pelos trabalhadores do Hospital de Clínicas, incluindo-se diretores, ex-diretores, chefias e demais profissionais, como

sendo os motivos que conduziram o Hospital de Clínicas a instituir um sistema de ouvidoria apontam, ainda que de forma não explícita, para os dois projetos existentes na área da saúde. Correspondem tanto aos princípios democráticos, relacionados ao **projeto reformador**, como também à utilização, no discurso, do jargão **neo-liberal**. O primeiro projeto é expresso em termos de princípios do SUS, cidadania, direitos de usuários e a melhoria da qualidade de atendimento - já que trata-se de uma instituição pública.

O discurso **liberal** é representado pela adoção do programa de qualidade pela instituição, mesmo que seja com reservas. O uso freqüente de termos e conceitos disseminados por este programa, como os da satisfação da clientela e os termos cliente, para os usuários, e colaboradores ou clientes internos, para os trabalhadores em saúde do Hospital indicou, a adesão a estas novas ideologias e técnicas de gerenciamento. No caso da ouvidoria constatou-se que o termo utilizado para nomear os trabalhadores do Hospital e os usuários foi "cliente", como é próprio do programa de qualidade. A adoção deste conceito indica um tipo de pensamento mais identificado com uma noção empresarial, no sentido proposto, pelo projeto liberal, para o campo da saúde.

Na verdade, o Hospital de Clínicas incorporou, em primeiro lugar, as ideologias e novas propostas de gerenciamento que caracterizam o pensamento liberal, como os programas da qualidade total. Mesmo que, nesta instituição, este programa tenha sido implantado de forma cautelosa, o clima de crise da época e a difusão das idéias destes programas, fez com que se pensasse na busca e garantia da qualidade. As circunstâncias colocaram, porém, concretamente, a necessidade de acolher de forma mais organizada as reclamações dos usuários. Assim, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o programa para a qualidade conduziu à organização do sistema de ouvidoria.

#### **4.3.1 A institucionalização do sistema de ouvidoria**

Foi assim que, em 1994, a administração central do Hospital de Clínicas decidiu que o Grupo de Pacientes Externos (GPE), setor em funcionamento no Hospital desde 1987, passasse a centralizar o recebimento e o encaminhamento interno das reclamações verbais e por escrito, dos usuários, criando assim um sistema

de ouvidoria. Daquele momento em diante, o GPE passou a acolher as reclamações dos usuários externos, (aqueles que procuravam o ambulatório e a emergência), e dos usuários internos, afetos à área da internação do Hospital de Clínicas.

Ressalte-se que o GPE sempre coordenou setores e serviços ligados aos pacientes externos, daí sua denominação: Grupo de Paciente Externos. Estes serviços atendem os pacientes externos do Hospital, assim chamados para serem diferenciados dos pacientes internos.

O setor escolhido foi o GPE, porque a maior parte das reclamações eram oriundas do atendimento ambulatorial e da emergência, que está dentro da área de abrangência administrativa do GPE (HCPA-vice-presidência médica, entrevista 1b/99). De 1987 até 1990, o GPE, era responsável pelo ambulatório, pela emergência geral (cirúrgica, ginecológica, clínica e pediátrica) e pelo Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA). Depois de 1990 passa a ser responsável pelo ambulatório e pela emergência em clínica médica e clínica pediátrica. É responsável pelos médicos contratados do ambulatório e da emergência.

Em relação ao ambulatório, as atribuições do GPE são, atualmente, de "planejar, coordenar e supervisionar a distribuição e a ocupação dos consultórios e a adequação das normas gerenciais do HCPA, em consonância com as chefias de serviço", bem como coordenar o agendamento das consultas (HCPA, 1990). Há um coordenador, médico, responsável pelo GPE e auxiliado, em suas atividades, por um assessor que, na maioria das vezes, é contratado e pode ser ou não da área médica, conforme constatado.

De 1994 em diante o GPE passa a ter a incumbência de receber, também, as reclamações dos pacientes, externos e internos. Sem mudar a estrutura do serviço, passou a acumular um trabalho que exigia uma atenção especial e para a qual ele não estava, e até hoje não está, em condições de realizar: um verdadeiro serviço de ouvidoria. Este fato é reconhecido institucionalmente e sobre ele voltaremos a falar a seguir.

Após a decisão de centralização das reclamações no GPE, em 1994, os trabalhadores em saúde do Hospital foram instruídos para encaminhar os usuários a esse setor. Assim, o usuário, quando manifestava o desejo de fazer uma reclamação, era encaminhado, muitas vezes pelo próprio reclamado, para o GPE. Como o sistema

de ouvidoria foi inserido no GPE, um setor com uma estrutura e atribuições já definidas, pouco foi feito em termos de normatização do serviço.

Entretanto, algumas medidas foram tomadas, no que diz respeito aos procedimentos que deveriam ser seguidos, para o acolhimento das reclamações. Referem-se ao formulário e à rotina de trabalho a ser levado a termo pelos coordenadores do GPE. Na ocasião foi instituído um formulário próprio para as reclamações (reproduzido no Quadro 2 do Anexo D), no qual o usuário registrava sua queixa e assinava. Neste, que permanece o mesmo até a realização desta pesquisa, constam: a data e o número da ocorrência; dados pessoais do paciente como nome, endereço, telefone, idade. Especifica as áreas, ambulatório, emergência, internação e os profissionais, médicos, equipe de enfermagem, recepcionistas aos quais se dirige a reclamação. Indaga o nome do profissional, o nome do reclamante e o seu grau de parentesco com o paciente. Há ainda um espaço em branco onde é solicitada a descrição da reclamação.

Na época de implantação do sistema de ouvidoria, foi instituída uma rotina de trabalho para acolher as reclamações dos usuários do Hospital. Esta não foi formalizada por escrito e manteve-se inalterada até o momento da realização desta pesquisa. A rotina de trabalho seguida pelo coordenador do GPE foi encontrada no primeiro e único relatório, datado de 1994, e também foi descrita por entrevistados (HCPA-coordenadores do GPE, entrevistas 4/99, 4b/99, 5/99, 5b/99).

Como procedimento foi adotado que, quando o usuário reclamante chegasse ao GPE, a secretaria apresentasse ao mesmo o formulário. O usuário, algumas vezes, não quis deixar escrita sua reclamação. Com o intuito de explicar porque isso ocorria, verificou-se que estes usuários ficaram, e até hoje alguns ficam, receosos de registrarem sua queixa e não serem mais atendidos ou sofrerem tratamento discriminatório no Hospital.

A seguir, cabia à coordenação do GPE enviar uma cópia da reclamação escrita para a chefia responsável pelos setores e profissionais envolvidos para conhecimento e providências cabíveis. Até 1995 as reclamações seguiam seu curso com a assinatura do coordenador do GPE na própria reclamação. Já a partir de 1995, observou-se que foi introduzida a comunicação interna (CI) que passou a ser anexada na frente da reclamação. Os coordenadores do GPE, ou seus assessores, assinavam a

comunicação interna solicitando às chefias que se manifestassem quanto às mesmas, estabelecendo um prazo de 15 dias para as respostas.

Observou-se que o fato dos assessores serem contratados causou, algumas vezes, dificuldades de relacionamento junto a algumas chefias médicas. Estas dificuldades resultaram da hierarquia baseada na autoridade e no poder médico, conforme foi ressaltado por mais de um entrevistado e sobre a qual voltaremos a falar (HCPA-coordenadores do GPE, entrevistas 4b/99; 5b/99).

A secretária ficou encarregada de devolver as respostas aos usuários reclamantes. No caso em que a resposta, da chefia ao sistema de ouvidoria, contivesse um parecer difícil de comunicar ao usuário, como por exemplo, quando chefias afirmaram que o paciente deveria ser submetido à avaliação psiquiátrica, a secretária passava a resposta para a coordenação do GPE ou para seu assessor. Estes encarregavam-se de dar o retorno ao reclamante.

Este foi o envolvimento mais próximo ao que poderia ser considerado como a relação entre usuário e ouvidor: alguém, em nível de chefia, que justificasse o acontecimento vivido pelo primeiro. Os procedimentos aqui narrados conduziram à evidência de que, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, não existe a figura do ouvidor.

O sistema de ouvidoria, como chamaremos neste trabalho, não é reconhecido no Clínicas com esta denominação. Verificou-se que utilizando o termo ouvidoria, a maior parte dos entrevistados, trabalhadores do Hospital, inclusive em nível de chefia, afirmou não reconhecer o trabalho realizado pelo GPE como um sistema de ouvidoria. Afirmaram não ter conhecimento que o Hospital tivesse implantado esse serviço ou não o identificaram com esse nome.

O sistema é conhecido informalmente. Sabem que existe um local para o qual eles podem encaminhar os usuários que apresentam alguma queixa sobre seu atendimento no Hospital. O GPE é o setor das reclamações, um lugar onde as pessoas vão para se queixar: “Nunca disseram, definitivamente, que dentro do GPE tem uma ouvidoria. Diziam assim: ‘vai no GPE te queixar’” (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99).

Chefias também manifestaram que não reconhecem, não caracterizam o sistema como um serviço de ouvidoria ou que este não existe no Hospital de Clínicas

(HCPA-chefias de trabalhadores em saúde, da recepção e da equipe de enfermagem entrevistas 3/99, 8/99, 10/99).

Nas entrevistas com os profissionais reclamados a frase mais comumente ouvida foi "eu não conheço o sistema de ouvidoria, não com esse nome". Alguns trabalhadores reclamados, médicos e enfermeiros, não tinham conhecimento do serviço e nem mesmo sabiam que havia sido registrado queixa sobre seu desempenho (HCPA-trabalhadores em saúde, entrevistas 11/99, 12/99, 14/99, 15/99 17/99). Algumas recepcionistas afirmaram que, entre elas, denominam esta parte do GPE como o "local das reclamatórias" (HCPA-trabalhadores em saúde, entrevistas 16/99 e 17/99).

A primeira vez que foi detectado o uso do termo ouvidor, associado à função do coordenador do GPE, foi no, já citado, primeiro e único relatório, de 1994. Nas conclusões do relatório o coordenador utilizou o termo *ombudsman*, para argumentar pela necessidade de reforçar a estrutura administrativa do setor. A segunda vez, que encontrou-se a utilização do termo ouvidoria, foi em 1997.

Neste ano, o Relatório sobre a Gestão da Qualidade citou a **ouvidoria** como forma de obter resultados relativos à "**satisfação dos clientes**". O relatório referia-se à um levantamento das reclamações, registradas no GPE naquele ano, indicando a incidência de reclamações pelas especialidades médicas. Este relatório expressava as primeiras relações mais diretas entre o sistema de ouvidoria, o programa de qualidade e a ideologia liberal de pensar a ouvidoria (HCPA, 1997).

No Hospital de Clínicas, a ouvidoria passou a ser claramente definida, como uma das metas do Programa de Melhoria da Qualidade, em abril de 1998. O início desta pesquisa de campo, neste Hospital, coincidiu com o momento em que a instituição estava pensando em redefinir as metas institucionais destacando, em uma delas, o sistema de ouvidoria.

A meta institucional número 4, daquele Programa, propôs então: "aprimorar o sistema de registros da avaliação dos 'clientes' quanto aos serviços prestados" (HCPA 1998c). Como indicador de cumprimento da meta foi destacado o percentual de respostas satisfatórias, para o cliente, em relação ao total das reclamações. Registre-se que esta pesquisa contribuiu para que o Hospital tivesse um levantamento completo de todas as reclamações, até então arquivadas no sistema.

Ações deveriam ser estabelecidas no sentido de “consolidar os mecanismos de Ouvidoria, difundir os novos mecanismos de registros de reclamações e sugestões dos clientes e sistematizar o processo de acompanhamento das melhorias evidenciadas, através das reclamações e sugestões” (HCPA, 1998c). Os responsáveis por essas ações seriam a administração central e níveis gerenciais do Hospital (HCPA, 1997).

Observou-se que a meta institucional número 5 visava desenvolver pesquisa de opinião com abrangência institucional, para detectar a satisfação da clientela (pacientes, pesquisadores e alunos). Aqui trata-se das pesquisas de opinião, instrumento diferente e com objetivos distintos dos de um serviço de ouvidoria. Nas pesquisas de opinião busca-se medir o nível de satisfação do cliente. A ouvidoria é a forma de registrar a avaliação dos usuários, e não apenas a opinião sobre os serviços prestados. Depreende-se que implica, portanto, em uma forma mais aprofundada de verificação dos problemas da instituição, argumento levantado nessa pesquisa e confirmado através da análise realizada.

A inserção do sistema de ouvidoria, que por si só se constitui na prestação de um serviço diferenciado, no GPE, fez com que a atividade de ouvidoria hospitalar ficasse minimizada. Conforme as palavras de uma chefia a ouvidoria é “um primo pobre” do sistema de qualidade dentro do Hospital (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99). A ouvidoria comportaria um setor próprio, não só pelo volume de reclamações, dado o porte do Hospital de Clínicas mas, principalmente, pelo tipo de ofício que deveria ser desencadeado a partir da ação do ouvidor.

Para esta pesquisa realizou-se o levantamento das informações constantes nos formulários das reclamações de usuários, acolhidas pelo Hospital de Clínicas de 1994 a 1998, sistematizando-as a partir das categorias pré-estabelecidas no formulário e daquelas definidas especificamente para a pesquisa. É o que veremos a seguir.

#### **4.4 A caracterização do sistema de ouvidoria**

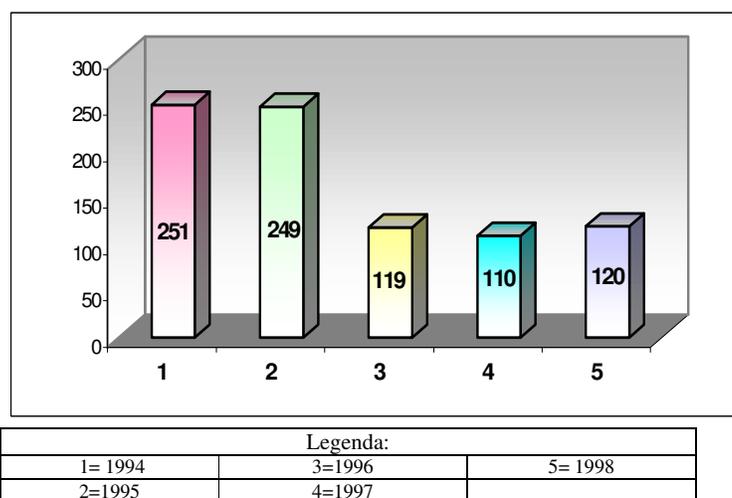
##### **4.4.1 As reclamações dos usuários**

No Grupo de Pacientes Externos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de 1994 a 1998, foram encontrados um total de 856 documentos, sendo 849

reclamações e sete elogios. Os elogios foram dirigidos tanto a setores do Hospital, como a profissionais de várias especialidades. Estes dados são mostrados na Tabela 1 do Anexo D.

Lembrando os objetivos deste trabalho, concentrou-se a atenção na análise das 849 reclamações dos usuários, sobre os serviços do Hospital, com foco no impacto do sistema de ouvidoria nas relações institucionais, destacando as relações de envolvimento e de disciplinamento. Constatou-se que o número destas reclamações foram elevadas nos dois primeiros anos, diminuindo sensivelmente de 1996 em diante. No último ano, entretanto, o número de reclamações aumentou 9% em relação ao ano anterior como pode ser visto através do Gráfico 1 e Tabela 1 do Anexo D.

GRÁFICO 1- Reclamações de usuários registradas no GPE do HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA,1998.

As reclamações registradas no sistema de ouvidoria foram inicialmente reunidas em três grupos. Algumas identificavam a área e o profissional, por serem ambos o motivo da reclamação. Outras foram endereçadas somente à área. E finalmente, havia reclamações que se dirigiam somente a profissionais. Nos três grupos, mais de uma área e mais de um profissional poderiam ser citados num único documento. Neste caso foram computados separadamente, pois considerou-se cada área e cada profissional citado como um único caso, mesmo se a reclamação estivesse registrada num mesmo formulário.

A seguir processou-se a análise detalhada das reclamações por áreas, por profissionais, por especialidades e por tipos de queixa. Esta segunda classificação fez com que o número inicial encontrado, de 849 reclamações, aumentasse e se diferenciasse em cada uma das categorias acima referidas. Convém observar que isso se deve ao fato de que o reclamante pode marcar mais de uma área, ou mais de um profissional no formulário oferecido pelo sistema de ouvidoria. Ao ler-se a reclamação é possível detectar, também, mais de uma especialidade ou tipo de queixa no documento.

Destaque-se que 881 reclamações foram dirigidas às diversas áreas do Hospital, ambulatório, emergência, marcação de consultas, recepção e internação e 671 encaminhadas aos diversos trabalhadores em saúde, médicos, equipe de enfermagem, recepcionistas e demais profissionais. Observou-se neste caso, assim como no Hospital Fêmeina, uma tendência a maior concentração de reclamações nas áreas do que nos profissionais. Quando analisadas pelo tipo de problema narrado, estrutural ou de funcionamento, as reclamações elevaram-se, sobremaneira chegando há mais de mil para as áreas e ultrapassaram o número de oitocentas reclamações relativas a profissionais, conforme veremos a seguir.

O ambulatório foi a área que recebeu maior número de reclamações, com 36% das mesmas. Cabe ressaltar que as reclamações sobre o ambulatório foram crescendo ao longo do período. No primeiro ano de organização do sistema de ouvidoria a área abarcava 20% do total de reclamações, passando a mais de 50% em 1997 e 1998.

Encontrou-se, também, um expressivo número de reclamações dirigidas à área de marcação de consultas, que totalizou 29%. Mas esta área, ao contrário do ambulatório, diminuiu seu percentual no total das reclamações. Em 1994, a área atingiu o índice máximo de reclamações, com mais de 50% das mesmas.

Lembremos que, em 1993, a Administração Central do Hospital de Clínicas solicitou, ao Grupo de Pacientes Externos, o já referido estudo visando a reestruturação do ambulatório e, em 1994 centralizou o acolhimento das reclamações dos usuários no GPE. Este fato indica o clima da época, de muitas reclamações sobre a marcação de consultas, fato denunciado pelo alto índice referido. Este percentual

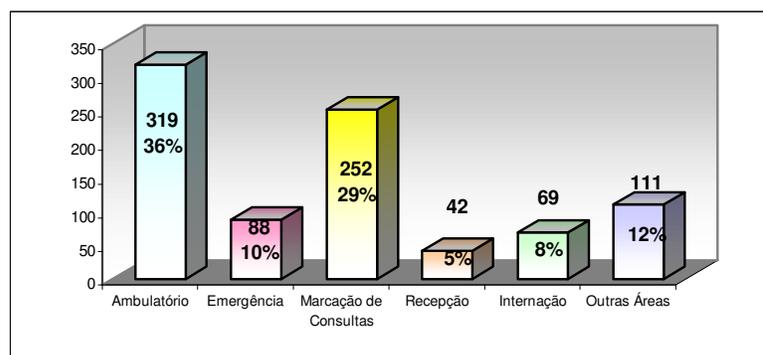
foi decaindo nos anos subsequentes, com diminuição significativa a partir de 1997, quando alcançou apenas de 3% a 4%.

Este fato deve ser explicado à luz da mudança na política de marcação de consultas, instalada pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre em 1997, quando foi criada a Central de Marcação de Consultas, conforme mencionado anteriormente e o setor deixou de existir no Hospital. As queixas que continuaram assinalando marcação de consultas passaram a referir-se, na verdade, à dificuldade em remarcar a consulta. Passaram a ser dirigidas, também, para o ambulatório. Voltaremos a este aspecto mais adiante.

A emergência, internação e “outras áreas” receberam de 8% a 12% das reclamações cada uma delas. Nesta última categoria foram agrupadas as queixas que citaram marcação de exames, laboratório, higienização, serviço social e diversas especialidades médicas, correspondendo a setores e serviços do Hospital e não à áreas básicas do mesmo.

A recepção foi a área que apresentou menor índice de reclamações do período, 5%. Destaque-se que houve dois períodos críticos para esta área, 1996 e 1998, quando os percentuais de reclamações encaminhadas à mesma chegaram a 10%. Cruzando este dado com o número de reclamações dirigidas ao profissional recepcionista, verificou-se que esta informação deve ser relativizada, pois este profissional recebeu um número expressivo de queixas, 22%, indicando que as reclamações sobre este setor tendem a se concentrar mais nos profissionais do que na área. Os dados mencionados acima podem ser visualizados no Gráfico 2 e nas Tabelas 2 e 3 do Anexo D.

GRÁFICO 2- Distribuição das reclamações por área - HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

As reclamações dirigidas aos profissionais do Hospital de Clínicas somaram um total de 671. Conforme salientamos anteriormente, comparando com o total de reclamações, por área, constatou-se que as queixas dirigidas aos profissionais foram em menor número do que as queixas em relação às áreas.

A categoria profissional mais reclamada junto ao sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas foi a dos médicos. Esta categoria foi citada em 325 reclamações o que, no conjunto dos casos analisados, equivaleu a um percentual de 49%. Lembremos que os médicos também foram os profissionais mais reclamados no Hospital Fêmina mas, neste, o percentual atinge o elevado índice de 67%.

O segundo tipo de profissional mais reclamado foi o de recepcionista. Anteriormente observou-se que o setor de recepção apresentou um baixo número de reclamações. Porém, detalhando a informação em relação aos profissionais, verificou-se que 22% de todas as reclamações do período foram dirigidas aos recepcionistas. A maioria dos profissionais recepcionistas reclamados estavam afetos ao ambulatório, daí explicar-se, também, a concentração de reclamações nesta área, e não na área da recepção. Constatou-se, com mais frequência, os usuários reclamantes assinalarem a área do ambulatório e a recepcionista. Com menos frequência assinalaram a recepção e a recepcionista, mas podia-se observar, na descrição da queixa, que relatavam fatos ocorridos no ambulatório.

A terceira categoria de profissional mais reclamada, com 14% das queixas, foi a de secretários e administrativos, destacando-se maior concentração em 1994. Observou-se que, quando foram citados estes profissionais, os reclamantes o fizeram intencionalmente, dirigindo-se aos administradores do Hospital, a quem encaminhavam sugestões ou solicitavam providências. Geralmente envolviam dificuldades em marcar consulta. Lembremos do clima, da época, de redefinição no sistema de marcação de consultas no Hospital de Clínicas. Estas reclamações, dirigidas aos secretários e administrativos, aconteceram quando usuários tentavam marcar consulta há muito tempo (por exemplo, há seis meses sem sucesso), recorrendo assim à instâncias superiores, na esperança de que a administração geral resolvesse o problema.

Exemplos de reclamações, citando os últimos profissionais mencionados, ocorreram quando usuários, em 1994, pediram a volta do sistema antigo de marcação

de consulta, logo após a mudança para o sistema de marcação por telefone (HCPA-reclamações 63/94 e 84/94, ambas de julho do ano referido, entre outras). Há também relatos de relacionamentos conflituosos e suspeitas de procedimentos técnicos incorretos, mas em menor proporção. Uma reclamante, ao registrar a reclamação, dirigida à administração, lembrou a população usuária do Hospital, que é de periferia, explanando problemas como se fosse porta-voz dessa população, lembrando as desigualdades de atendimento em saúde a que está submetida sua classe social.

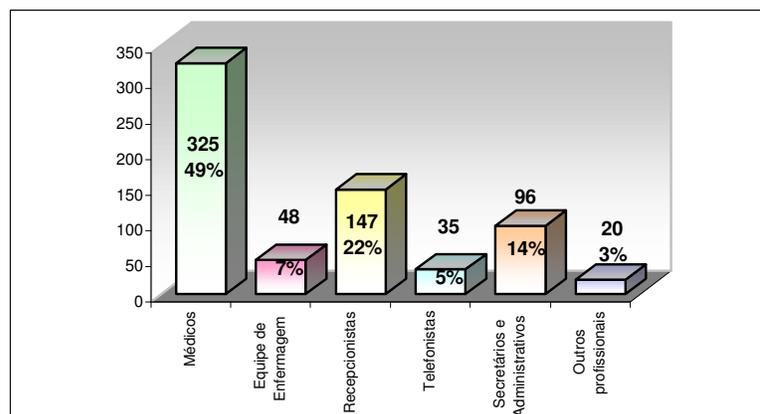
Destaque-se o pequeno número de reclamações, 7%, dirigidas à equipe de enfermagem. Quando comparada com o Fêmima, onde esta equipe recebeu percentualmente o dobro de reclamações, isto pode ser explicado pela qualificação profissional desta equipe, pois há a atuação direta dos professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em nível de chefia e, portanto, na orientação dos profissionais e dos alunos que fazem parte de sua formação neste Hospital. A diferença pode também dever-se ao fato de que, no Hospital de Clínicas há maior número de profissionais enfermeiros, enquanto que no Hospital Fêmima este o número é menor, encontrando-se um grupo maior de técnicos e auxiliares de enfermagem.

O grupo com menor proporção de reclamações, 5%, foi o de telefonistas. As reclamações sobre estes profissionais concentraram-se nos três primeiros anos do período analisado. De fato, esta era a categoria mais exposta na tarefa de marcação de consultas por telefone e o elevado número de reclamações nesta área atingiu também este profissional. A partir de 1997 as reclamações dirigidas a estes profissionais diminuíram, pois a Secretaria da Saúde do Município passou a agendar a primeira consulta e as reconsultas são feitas através de encaminhamento efetivado pelos serviços.

Na categoria “outros profissionais” encontram-se as reclamações nas quais os usuários citaram: segurança, supervisor de baixa, ascensorista, funcionário de limpeza, fisioterapeuta, coletador, entre outros, ou mencionaram simplesmente funcionário, sem discriminar a função. As referências a esses profissionais estão pulverizadas nas reclamações, não apresentando uma freqüência maior que imponha

uma categorização separada. Os dados comentados estão expressos no Gráfico 3 e nas Tabelas 4 e 5 do Anexo D.

GRÁFICO 3-Distribuição das reclamações por profissional – HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Analisou-se, também, as reclamações pelo tipo de problema narrado. Estas foram classificadas conforme denunciasses problemas referentes à estrutura e ao funcionamento do Hospital e foram distribuídas pelas diversas áreas e por seus profissionais. Como já dissemos, as reclamações elevaram-se, consideravelmente, quando especificadas de acordo com esta tipologia. Cruzar os dados referentes à estrutura, funcionamento, áreas e profissionais do Hospital de Clínicas possibilitou ampliar a explicação sobre os problemas decorrentes do tipo de atendimento, que fez com que os usuários se dirigissem ao GPE para registrar reclamações, bem como acompanhar os procedimentos internos de ação do sistema de ouvidoria.

Em relação à estrutura de atendimento do Hospital de Clínicas as reclamações referiram, como principal queixa, o tempo de espera para conseguir a primeira consulta e a reconsulta. Verificou-se que as reclamações, foram encaminhadas em maior número às áreas das quais, principalmente à marcação de consultas. Este problema ocorreu, com mais frequência, nos três primeiros anos de funcionamento do sistema de ouvidoria e praticamente desapareceu no final do período devido à interferência da Central de Marcação de Consultas da Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

A análise mais cuidadosa dos fatos demonstrou, que este problema tornou-se interno ao Hospital, pois a demora em conseguir consulta expressa-se, agora, na demora em conseguir uma reconsulta. Explica, também, o deslocamento das

reclamações que, inicialmente incidiam sobre a área da marcação de consultas, para a área do ambulatório. Estes fatos foram destacados nas reclamações e nas narrativas de usuários reclamantes do Hospital. Como exemplo, cita-se uma reclamação que informa sobre este problema estrutural, pois há um longo tempo de espera, 3 meses, para conseguir a reconsulta:

“Pacientes com solicitação de EN (Encaminhamento-LHP) para PROTHUM-Tratamento do Humor-, desde 18.8 foram informados que viessem em data de 29.9 para marcar. No dia receberam a informação que seriam liberados 10 atendimentos, sendo que foram liberados só 6. Hoje, dia 27.10 retornaram para tentar marcar ficando desde às 7 horas e 30 minutos para aguardar na fila. Às 16 horas e 30 minutos foram informadas que seriam liberadas 8 fichas. Solicitam o número de fichas marcadas hoje e providências para que consigam marcar direto, uma vez que o médico que as encaminhou é da psiquiatria” (HCPA-reclamação 86/97; 2 usuárias assinam).

Este exemplo é ilustrativo, também, do problema funcional de falhas na prestação da prestação dos serviços. Este problema foi reclamado, quando o usuário permanecia longo tempo esperando para ser atendido no Hospital, neste caso, das 7h30min da manhã até 16h 30min da tarde.

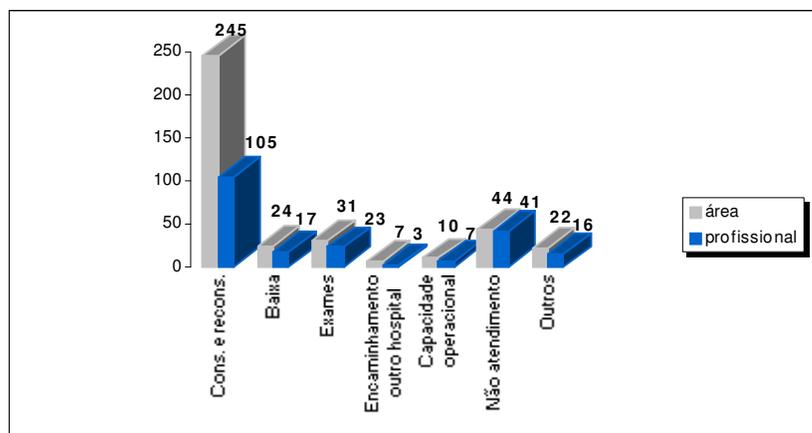
O segundo tipo de problema estrutural destacado é o não atendimento ao usuário. Neste caso, conforme foi observado, as reclamações foram dirigidas tanto aos profissionais como às áreas. Isto porque, nesta categoria, foram computados o não atendimento por atraso do paciente ou atraso por motivo que fugia à alçada do profissional evitar, como um procedimento técnico mais demorado que o previsto, impossibilitando, assim, o atendimento ao paciente nesse dia e horário.

Este problema remeteu para a questão estrutural da elevada demanda por serviços de atendimento médico no Hospital de Clínicas. No caso de atraso de pacientes, estes relataram, muitas vezes, que chegaram de 5 a 15 minutos de atraso e não foram mais atendidos. Este ponto foi motivo de recorrentes reclamações sobre determinada especialidade do Hospital (a fisiatria), principalmente nos últimos anos, pois o serviço passou a não tolerar mais atrasos de pacientes, decorrente da excessiva procura por esta especialidade. O usuário, por sua vez, expressa suas dificuldades, no sistema de ouvidoria, com esperança de ser atendido enquanto ainda está dentro do Hospital:

“Paciente com cinco minutos de atraso não sendo atendido. Aguarda providências pois vem com a filha em cadeiras de rodas” (HCPA-reclamação 82/98).

Os demais problemas estruturais, reclamados no sistema de ouvidoria, em menor proporção, foram resultantes do tempo de espera para realizar e obter resultados de exames e para conseguir baixa hospitalar. Os dados referidos acima podem ser vistos no Gráfico 4 e nas Tabelas 6, 7 e 8 do Anexo D.

GRÁFICO 4- Distribuição das reclamações por estrutura, área e profissional do HCPA -1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

As reclamações relatando problemas de funcionamento do Hospital de Clínicas foram em número bem mais elevado, quando comparadas às reclamações que descreviam problemas do tipo estruturais. Constatou-se que áreas e profissionais apresentaram, praticamente, o mesmo tipo e quantidade de reclamações, com leve tendência das áreas serem mais citadas. Três problemas foram igualmente apontados, pelos usuários do Hospital de Clínicas, como recorrentes e mencionados, cada um deles, em aproximadamente, 30% das reclamações: falhas nos procedimentos técnicos, falhas no relacionamento humano e falhas na presteza dos serviços.

Os problemas apontados pelas reclamações de usuários do Hospital de Clínicas, relativos à falhas nos procedimentos técnicos, indicaram a área do ambulatório como a mais reclamada, seguida da emergência e da internação. Os profissionais mais reclamados foram os médicos, que tiveram 66% (123 de 185) de reclamações nesta categoria. Diferente do Hospital Fêmea, no qual este tipo de reclamação remetia a problemas de procedimentos médicos, no Hospital de Clínicas as queixas, sobre as falhas nos procedimentos técnicos, referiram-se a qualidade do atendimento sobretudo no que diz respeito à pontualidade ou ao não comparecimento do profissional no dia e hora agendada para consulta incidindo, desta forma, em

maior número sobre o ambulatório e os médicos, conforme o exemplo narrado por um usuário:

“Foi marcada uma consulta para o dia 01.12. e não fui atendido. Foi remarcada esta consulta e novamente não fui atendido por não comparecimento do médico. Aguardo providências” (HCPA-reclamação 112/98).

O segundo problema de funcionamento do Hospital de Clínicas remeteu à falhas no relacionamento humano. Neste, caso o ambulatório, os médicos e os recepcionistas receberam maior número de reclamações. Estas dizem respeito, principalmente, à falhas no relacionamento profissional-paciente. Algumas vezes os usuários relataram que sentiram-se humilhados pelo tratamento recebido dos médicos.

Em relação aos recepcionistas, relataram tratamento agressivo, grosseiro, descortês, como é o caso exemplificado a seguir. Cabe destacar que a maior frequência deste tipo de reclamação, principalmente em relação aos recepcionistas, foi recorrente na especialidade de fisioterapia.:

“Quero por meio desta demonstrar minha indignação contra a forma de tratamento aos pacientes, utilizado pelas moças da recepção, que ao invés de tratar com carinho as pessoas, mesmo por essas estarem enfermas, tratam de forma rude e agressiva deixando transparecer toda a sua limitação como profissional e ser humano demonstrando o seu baixo nível de instrução” (HCPA-reclamação 93/98).

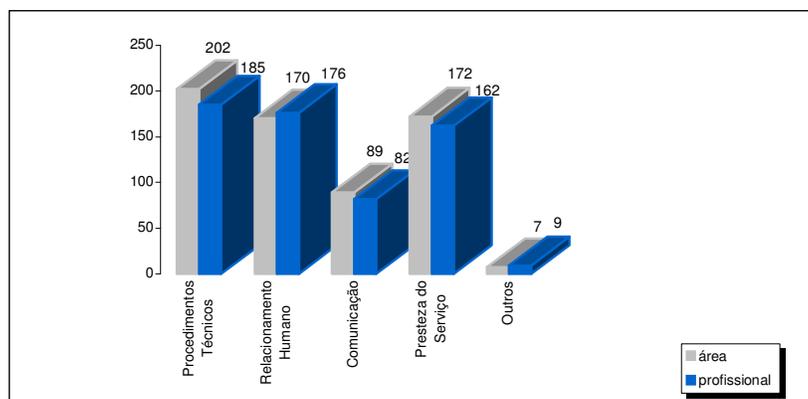
As reclamações decorrentes de falhas na prestação dos serviços também foram mais concentradas no ambulatório e com relação aos médicos. Relatavam situações do tempo de espera para os usuários serem atendidos ou referiam-se, em menor número de casos, à cirurgias agendadas e desmarcadas. Conforme exemplo já citado anteriormente, foi comum observar casos em que os usuários do Hospital de Clínicas relataram que aguardaram consultas por turnos inteiros, manhãs ou tardes ou, ainda, durante todo o dia, sem que fossem informados do que estava acontecendo. Às vezes saíam, sem consultar, após a longa espera:

“No dia 18 de junho nos dirigimos até a zona X no ambulatório. [...] Aguardamos a tarde inteira e não fomos atendidas. Pedimos explicação e fomos informadas que o nome de minha mãe, Cecília, havia sido anotado, no prontuário de atendimento, como Terezinha. Remarcamos a consulta para 07 de agosto, viemos na hora marcada e às 17 horas disseram que não seríamos mais atendidas” (HCPA-reclamação 71/98).

Problemas funcionais semelhantes aos três descritos acima representaram 90% das reclamações, registradas pelos usuários do Hospital de Clínicas no sistema

de ouvidoria. Em menor número registrou-se reclamações sobre falhas de comunicação. Estes dados são apresentados no Gráfico 5 e nas Tabelas 9, 10 e 11 do Anexo D.

GRÁFICO 5- Distribuição das reclamações por funcionamento, área e profissional do HCPA -1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Os dados da pesquisa revelaram que os principais problemas de estrutura e funcionamento, reclamados pelos usuários do Hospital de Clínicas, no sistema de ouvidoria, indicaram dificuldades estruturais decorrentes da capacidade de atendimento, isto é, elevada demanda, bem como dificuldades funcionais, decorrentes de falhas no atendimento prestado pela instituição e seus profissionais. As queixas concentraram-se no ambulatório, nos médicos e nos recepcionistas.

Em relação à estrutura, os principais problemas foram as dificuldades em conseguir consulta e reconsulta, bem como aqueles decorrentes do não atendimento ao usuário. Os problemas de funcionamento foram resultantes de falhas nos procedimentos técnicos operacionais, de falhas de relacionamento humano e de falta de agilidade na prestação dos serviços.

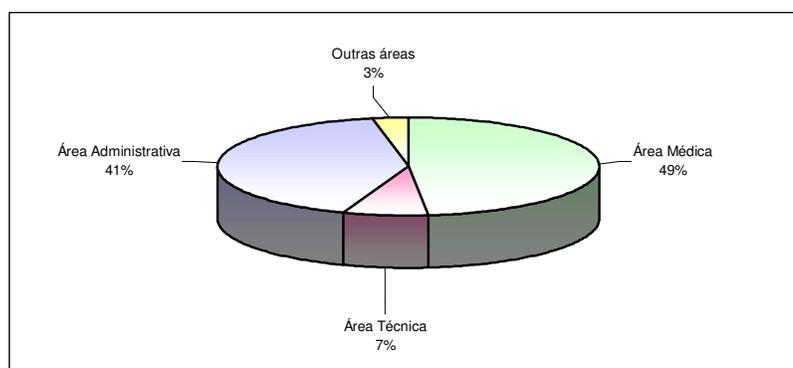
A especialidade mais reclamada foi a ginecologia e obstetrícia. A segunda especialidade mais reclamada foi a oftalmologia (ver Tabela 24 do Anexo D). A concentração das reclamações na especialidade de ginecologia e obstetrícia permite deduzir que esta é uma especialidade com características particulares de alta demanda, atendimento, relacionamento e conflitos, gerando, por isso, um maior número de reclamações. Este dado é confirmado na comparação com o Hospital Fêmina, destinado ao público feminino.

Comentando as três grandes áreas que compõem um hospital: médica, técnica e administrativa, e tomando como base de referência as reclamações encaminhadas aos profissionais que atuam nas mesmas, verificou-se que a área médica é a mais citada nas reclamações encontradas no sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, concentrando 49% das queixas. Este aspecto é coincidente com as reclamações analisadas no Hospital Fêmima, porém, neste último atinge o elevado percentual de 67%.

A área administrativa, onde estão incluídos os profissionais recepcionistas, secretários, administrativos em geral e telefonistas apresentou também elevado índice de reclamações, absorvendo 41% das mesmas. Registre-se ainda o diminuto número de reclamações dirigidas à área técnica do Hospital, onde está incluída a equipe de enfermagem, que recebeu, em todo o período, apenas 7% do total das reclamações.

Destaque-se, também, que, no caso do Hospital de Clínicas, diferente do caso do Hospital Fêmima, a área médica e a área administrativa dividem entre si a concentração das reclamações. Os dados mencionados podem ser observados no Gráfico 6 e na Tabela 12 do Anexo D.

GRÁFICO 6- Distribuição das reclamações pelas áreas médica, técnica e administrativa do HCPA -1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

#### 4.4.2 Os usuários reclamantes

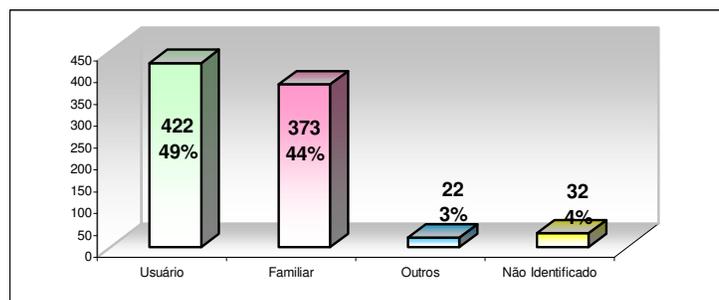
Neste tópico caracteriza-se o usuário reclamante do Hospital de Clínicas. Através das entrevistas verificou-se que ele não reconhece o sistema de ouvidoria como um serviço específico, criado com a finalidade de acolher suas queixas. Os

usuários só descobrem a possibilidade de registrar uma reclamação quando, sentindo-se prejudicados com o serviço prestado pelo Hospital, procuram alguém para manifestar sua inconformidade e são então informados de que existe um local para receber estas reclamações. Os usuários reclamantes chamaram-no de setor, seção ou local de reclamações.

Aqueles que desejaram registrar uma reclamação foram encaminhados pelo setor de informações do Hospital ou por profissionais, como recepcionistas ou médicos. Muitas vezes, os próprios recepcionistas reclamados encaminharam os usuários para que pudessem manifestar o descontentamento. Este assunto voltará a ser abordado quando mostrarmos o envolvimento e o disciplinamento dos usuários, através do sistema de ouvidoria.

O usuário do Hospital de Clínicas, em proporção de 49%, registrou uma reclamação no sistema de ouvidoria em seu próprio nome. Dividiu, porém, essa preocupação com seus familiares, pois foi constatado que 44% dos reclamantes eram familiares do usuário e registraram a queixa em nome daquele. Como o formulário, formatado pelo Grupo de Pacientes Externos em 1994, prevê a informação “grau de parentesco” com o paciente, verificou-se quem falou em nome do paciente quando o mesmo não pode fazê-lo. Estes dados são apresentados no Gráfico 7 e na Tabela 13 do Anexo D.

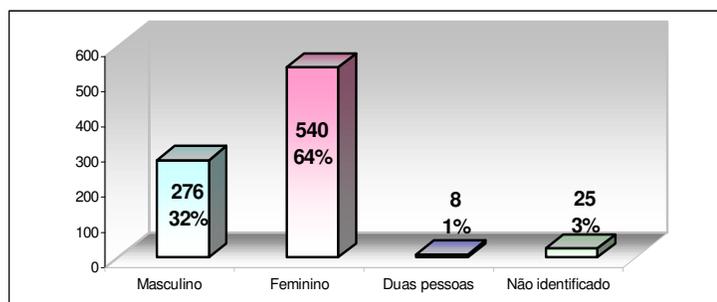
GRÁFICO 7- Distribuição das reclamações pelo tipo de usuário reclamante do HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Os dados demonstraram que, em sua maioria, 64%, foram mulheres a registrar a reclamação, enquanto 32% dos homens assim o fizeram. As mulheres dirigiram-se com mais freqüência ao sistema de ouvidoria para reclamar de fatos decorrentes da capacidade e do tipo de atendimento do Hospital, conforme observado no Gráfico 8 e na Tabela 14 do Anexo D. As mulheres reclamantes foram principalmente a própria usuária, bem como as mães de pacientes, suas filhas e, em menor proporção, a nora dos pacientes. Os homens que reclamaram foram o usuário, o pai de pacientes, o esposo ou o noivo de pacientes.

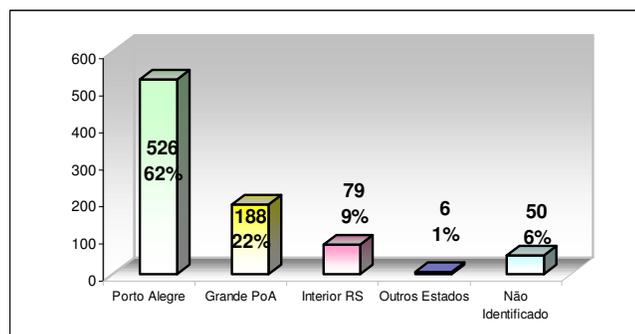
GRÁFICO 8-Distribuição das reclamações por sexo do usuário reclamante do HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA,1998.

Quanto a sua origem, o reclamante era oriundo de Porto Alegre em 62% dos casos. Em 22% das reclamações os usuários eram provenientes da Grande Porto Alegre. Dos usuários vindos do interior do Estado, para receber atendimento no Hospital de Clínicas, 9% registraram queixas. Com origem em outros estados do Brasil, encontrou-se 1% dos usuários, e em 6% dos casos não foi possível detectar a procedência dos mesmos. Os dados referidos encontram-se explicitados no Gráfico 9 e na Tabela 15 do Anexo D.

GRÁFICO 9-Procedência do reclamante do HCPA-1994-1998

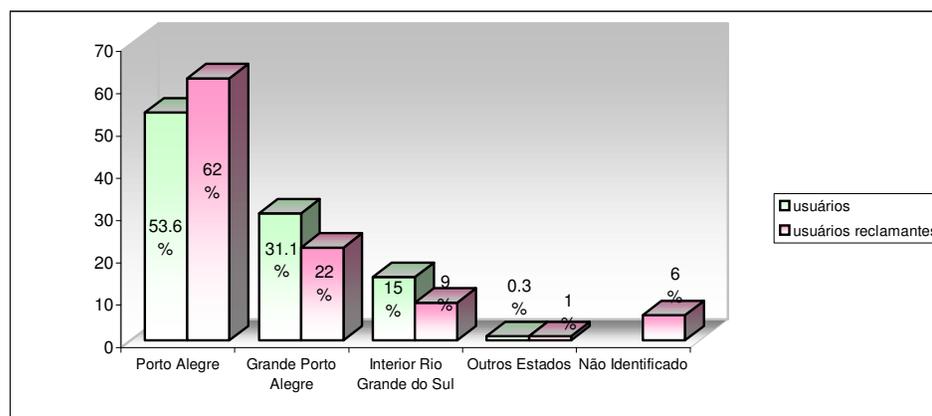


Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Destaque-se que os dados da procedência do usuário reclamante do Hospital de Clínicas diferenciaram-se das cotas de consultas ambulatoriais programadas, definidas pela Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal da Saúde, que são de 55% para Porto Alegre, de 30% para a região metropolitana e de 15% para o interior. Comparando estes dados com os dados da procedência dos usuários do Hospital de Clínicas, 53%, 31% e 15% respectivamente, observou-se que os usuários de Porto Alegre dirigiram-se com mais frequência ao sistema de ouvidoria para registrar sua reclamação, enquanto que, o usuário da grande Porto Alegre e do interior do estado foram os que menos registraram reclamações.

Como é o usuário de Porto Alegre que costuma procurar mais os serviços do Hospital, poderia parecer “natural” que este também, em proporção bem mais elevada que os usuários de outras localidades, se dirigisse ao sistema de ouvidoria para registrar suas reclamações. Porém, este fato não foi confirmado pelo caso do Hospital Fêmeina, onde 54% dos usuários são de Porto Alegre e 56% dos usuários reclamantes também o são. A comparação entre o usuário do Hospital de Clínicas e o usuário que registrou reclamações no sistema de ouvidoria é demonstrada no Gráfico que segue.

GRÁFICO 10-Procedência do usuário e do usuário reclamante do HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Através das entrevistas, realizadas nas casas dos usuários, foi possível conhecer e descrever, com mais riqueza de detalhes, as características do usuário reclamante do Hospital de Clínicas. Segundo as características sócio econômicas colhidas, nas entrevistas e observadas nos locais de moradia, foi possível agrupá-los em quatro tipos de usuários. Um grupo situava-se na faixa de renda entre 2 a 3 salários mínimos, com primeiro grau incompleto. Pelo texto da reclamação, verificou-se, em alguns casos, condições de escrita quase de analfabetismo. Moravam em condições de habitabilidade bastante precárias, pois as casas eram de madeira de sobras de outras construções, com um só ambiente, localizadas em estradas sem calçamento. Algumas não possuíam rede de saneamento básico, como é o caso da usuária residente na Estrada do Lami, ou moravam em lugares de difícil acesso como a usuária da Lomba do Pinheiro.

O segundo grupo de reclamantes, situou-se numa faixa de renda entre 7 e 9 salários mínimos. Neste caso, incluíam-se aposentados e funcionários públicos estaduais como, por exemplo, professores estaduais. Estas características variadas fizeram com que, neste grupo, fossem encontrados usuários com primeiro grau incompleto, no caso de aposentados, e com terceiro grau completo. É a situação de professores da rede pública do Estado. Estes usuários moravam em apartamentos em bairros centrais e bem localizados na cidade como, por exemplo, Jardim Botânico e Santa Cecília. Alguns eram alugados e bastante modestos, expressando maiores dificuldades econômicas, como a habitação de uma professora da rede estadual.

Outros, no entanto eram amplos, fruto da situação anterior, quando morava com o cônjuge, como o exemplo de uma senhora aposentada.

Outro grupo apresentou uma renda entre 10 a 15 salários mínimos. Neste grupo todos declararam ter o segundo grau completo e profissões que incluíram técnico administrativo, auxiliar de enfermagem e técnica em enfermagem. Esta última era trabalhadora em saúde do próprio Hospital de Clínicas e registrou sua reclamação como usuária, já que era atendida através do convênio para funcionários. Os usuários entrevistados, deste grupo, moravam em blocos de apartamentos de habitação popular, construídos segundo o modelo do Banco Nacional da Habitação. Alguns moravam em casas construídas em vilas populares, com condições de infraestrutura básica, porém, casas, pequenas, escuras e úmidas.

Um quarto grupo declarou situar-se na faixa de renda entre 15 e 20 salários mínimos. Com curso superior incompleto ou completo trabalhavam como técnicos em empresas particulares. Residiam em bairros centrais, como por exemplo Azenha e em apartamentos com condições de infraestrutura completa.

Todos os entrevistados trabalhavam, com exceção de uma senhora aposentada e de uma dona-de-casa. Possuíam, também, vínculo empregatício com carteira assinada, com exceção de professor estadual, onde não há carteira de trabalho.

O que unificou as diferentes categorias sócio-econômicas, de usuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi o fato de buscarem atendimento como pacientes do SUS, com exceção da funcionária do próprio Hospital. Estes dados foram trazidos à tona e comentados para que se pudesse conhecer os usuários do Hospital, fora do âmbito hospitalar, em suas condições econômicas e sociais, como local de moradia, renda e vínculo empregatício.

Pode-se assim, conhecer o cenário mais amplo, a partir do qual o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas acolheu as reclamações de usuários sobre qualidade da prestação de seu atendimento. Os próximos tópicos versarão sobre o impacto desta acolhida aos usuários e o registro de suas reclamações pelo sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O impacto será avaliado em termos de envolvimento e de disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde da instituição, analisado a seguir.

#### **4.5 A informação e a aplacação como estratégias de envolvimento e o disciplinamento dos usuários reclamantes**

O **envolvimento** dos usuários reclamantes do Hospital de Clínicas, através do sistema de ouvidoria, foi desencadeado quando a administração central decidiu acolher suas reclamações, organizando um sistema de recepção centralizado no GPE. A centralização significou, também, o **disciplinamento** da conduta dos reclamantes pois, a partir daí, o sistema de ouvidoria passou a orientá-los na formalização de suas queixas. Para o usuário, o envolvimento começou quando sentiu-se atingido na qualidade de seu atendimento e procurou um local para ser ouvido e manifestar suas dificuldades: em agendar consultas; em não ser atendido devido à ausência do profissional, principalmente dos médicos, no local e hora da consulta agendada; na demora em ser atendido, após passar o turno ou o dia inteiro sentado nos bancos de espera, existentes nos corredores, em frente aos ambulatórios e na descortesia de atendimento, por parte de recepcionistas e médicos. O disciplinamento começou quando o usuário buscou este canal institucional aberto para ouvi-lo e foi orientado quanto ao registro da reclamação.

O acolhimento dos usuários reclamantes, por parte do Hospital de Clínicas, foi analisado a partir das estratégias de envolvimento e de disciplinamento anteriormente descritas. Relembrando, o **disciplinamento** foi estudado verificando-se como o sistema de ouvidoria organizou o recebimento das reclamações, orientando a conduta dos reclamantes, de que forma organizou a investigação das reclamações e a solução dos problemas reclamados. O **envolvimento** foi analisado tendo em vista as formas como a instituição acolheu as reclamações e respondeu aos usuários. Os tipos de **envolvimento** definidos foram a **informação**, a **aplacação** e a **consulta**. As categorias de disciplinamento e de envolvimento foram apresentadas na metodologia deste trabalho.

Como vimos, a intenção do Hospital de Clínicas de organizar o recebimento das reclamações, centralizando a recepção aos usuários em um só setor, deveu-se ao desordenado trânsito que os reclamantes percorriam antes de 1994, para se fazer ouvir dentro da instituição. Até 1994, as queixas eram feitas de forma dispersa no âmbito do Hospital, em qualquer setor, e dirigidas a qualquer profissional, mas, em geral, eram encaminhadas, pessoalmente, pelos usuários, ao diretor médico do

Hospital. Não havia uma sistemática unificada no recebimento, encaminhamento e solução dos problemas trazidos pelos reclamantes. Naquela data, o elevado número de reclamações, que atingia, como verificamos, principalmente o setor de marcação de consultas e dificultava a gestão administrativa, fez com que a direção decidisse organizar, racionalmente, o recebimento das reclamações e a reação institucional às mesmas.

No Hospital de Clínicas, observou-se que uma das estratégias de disciplinamento, instituída a partir da organização do sistema de ouvidoria, se manifestou na orientação da conduta dos reclamantes. A estratégia utilizada foi encaminhá-los ao Grupo de Pacientes Externos. O encaminhamento se efetivou, muitas vezes, através dos próprios trabalhadores em saúde da instituição. O usuário foi orientado a procurar o GPE para fazer sua reclamação por recepcionistas do ambulatório, alguns envolvidos na reclamação, ou por pessoas encontradas no corredor, como médicos e seguranças:

“Quem me encaminhou foi um médico. Uma pessoa vestida de branco. É, eu reconheci que era médico. Eu disse assim ‘sabe aconteceu um negócio assim, assim e eu quero fazer uma reclamação’. Aí ele me levou, me levou até a porta do local” (HCPA-usuária, entrevista 25/99).

Uma reclamação, relatando falhas no relacionamento humano, exemplifica o encaminhamento feito pela própria reclamada. A usuária queixou-se que a recepcionista estava nervosa e tratava mal as pessoas. O que teria levado a usuária a dirigir-se ao setor de reclamações foi uma atitude desta recepcionista, com relação a um senhor do interior, a quem dirigiu-se usando palavras ásperas, dizendo: “será que tu não está entendendo, vou ter que te explicar de novo”. A recepcionista já tinha usado o mesmo tipo de procedimento com a filha da reclamante. Através de entrevista, verificou-se que esta foi uma das situações em que a própria recepcionista encaminhou a reclamante:

“Ela, ela mesma, a própria moça, quando eu pedi para ela que fosse um pouquinho mais paciente com esse senhor, uma pessoa do interior, ele não tinha condições de entender as palavras dela. E ela disse: ‘se tu não está satisfeita, tu vai até o setor tal e reclama’. E aí que eu descobri até que se podia reclamar e fui para lá” (HCPA- reclamação 91/98 e entrevista 26/99).

Evidenciando a unificação da ação institucional de encaminhamento dos reclamantes estes foram, também, instruídos a ir ao GPE, após dirigirem-se até o

setor de informações, na entrada do Hospital, e lá receberem a orientação sobre o local de acolhimento das reclamações:

“Eu perguntei na entrada. Perguntei nas informações se existe um local para reclamar. Onde tem aquele guichêzinho ali, tem um cantinho. É, lá na frente. Aí ele me disse, ‘pegue ali, dobre a primeira, em frente tem uma porta e ali se reclama’. O próprio setor de recepção do hospital” (HCPA-usuária, entrevista 22/99).

Caracterizando o pouco envolvimento dos usuários do Hospital de Clínicas com o sistema, verificou-se que eles não reconheceram o serviço prestado, no momento da reclamação, como um serviço de ouvidoria. Este fato não é de se estranhar, pois, como vimos, há o próprio desconhecimento interno do serviço como tal. Os usuários não sabem o nome do setor para onde foram encaminhados, quando solicitaram a alguém informações sobre a possibilidade de reclamar. Não reconheceram o GPE como um sistema de ouvidoria e nem mesmo como “Grupo de Pacientes Externos”. Fizeram a reclamação no que consideraram ser o “local, a seção, o setor das reclamações”. Descreveram-no e indicaram sua localização como uma sala no canto do corredor sem lembrar, porém, o nome:

“Eu não me lembro. Eu entro assim pelo ambulatório, passo naqueles guichês de vidro, em seguida que termina aquele guichê, tinha um guichezinho assim para dentro, tem uma porta e dentro dessa porta tem um guichezinho. Tem uma porta e tem um guichê assim para dentro. A gente passando por ali não reconhece. Eu reconheço, hoje reconheço porque aquela pessoa me encaminhou até ali dentro” (HCPA-entrevista 25/99).

No GPE, os reclamantes são recebidos pela secretária. É praxe o reclamante relatar, para a secretaria, o que o levou ali. Em algumas ocasiões alguém, que os reclamantes identificaram como uma supervisora, ouviu-os e encaminhou-os para a secretária. Também foram relatadas situações em que os usuários reclamantes chegaram ao setor, bastante agressivos, atemorizando os profissionais que os acolheram.

Houve casos em que o usuário, ao chegar no GPE para reclamar, pensasse em desistir de fazê-lo por escrito. Mas, após relatar verbalmente o ocorrido para a secretária, esta incentivou-o a registrar sua queixa. A tentativa de desistência foi gerada por medo de represálias, conforme observou-se no texto de uma reclamação, escrita pela secretária do GPE, onde estava anotado que a reclamante, uma senhora de 75 anos, “pede providências, no sentido do atendimento melhorar e que ela não

seja prejudicada no atendimento” (HCPA-reclamação 7/98). Segundo relato da própria reclamante:

“Aí quando eu cheguei lá, eu disse, acho que eu vou deixar. Diz ela: ‘não, mas o que houve’? Aí eu falei para ela. E ela disse: ‘não senhora, vamos fazer, sim’ ” (HCPA-entrevista 27/99).

Esta situação foi trazida à tona pois permitiu concluir que, diferente do Hospital Fêmeina, o Hospital de Clínicas não implantou o agendamento como forma de dissuadir os usuários de efetivarem suas reclamações. Ao contrário, não só recebeu todos aqueles que procuraram o sistema de ouvidoria, como incentivou-os a narrar a queixa e anotou todas as reclamações. Agindo assim, e somente em relação a esta forma de tratamento do usuário, esteve mais próximo da atuação de uma ouvidoria do tipo **eficaz**, pois estimulou o usuário a deixar registrada a sua reclamação. Porém, esta atuação não foi característica predominante do sistema de ouvidoria.

Ao contrário, as estratégias institucionais de envolvimento dos usuários com o Hospital, a partir do sistema de ouvidoria, caracterizaram-se principalmente, por relações de envolvimento do tipo **informação** e **aplacação**, caracterizando a atuação da ouvidoria do tipo **ineficiente** e **burocrática**, respectivamente.

Na primeira estratégia de envolvimento, a de **informação**, verificou-se que a acolhida aos usuários, pelo sistema de ouvidoria, foi uma forma da instituição informar-se e procurar minimizar alguns dos problemas decorrentes da estrutura e de problemas funcionais que estavam ocorrendo no Hospital. Embora a estatística das reclamações registradas não tenha sido realizada pelo sistema de ouvidoria, a acolhida às mesmas forneceu, ao Hospital, uma noção aproximada dos problemas recorrentes. Possibilitou, também, algumas soluções pontuais, dependendo do tipo de problema apontado nas reclamações. Esta pesquisa, porém, realizou o detalhamento estatístico para o conhecimento da situação e foram estes dados empíricos que serviram de suporte concreto para as afirmações que seguem.

Ao chegarem no Grupo de Pacientes Externos, os usuários foram orientados em suas condutas para preencherem o formulário de reclamações. A secretária apresentava aos reclamantes o formulário criado para a anotação das informações. Eles preenchiam o formulário ou, caso solicitassem, a secretária anotava sua

reclamação. Como vimos, o formulário foi padronizado quando foi instalada a centralização do recebimento das reclamações.

A atuação **burocrática**, no acolhimento ao usuário é reconhecida institucionalmente:

“Essa pessoa é encaminhada para a secretária. As pessoas chegam e a secretária oferece um papel, no geral eles ficam bastante irritados. Eu sinto isso. Eles não gostam disso. Eles sentem a coisa, bom, mais uma burocracia. Isso não vai dar em nada. A secretária fica sabendo, que a pessoa quer fazer uma reclamação. A secretária solicita: ‘o senhor vai fazer por escrito?’ Fornece o papel para a pessoa, a pessoa tem que descrever qual é o problema, se identificar, identificar a área ou a pessoa de quem esta reclamando e escrever ali o acontecido. Depois se informa para a pessoa que o reclamado tem 15 dias de prazo, para responder” (HCPA-chefia, entrevista 5b/99).

Notou-se que a acolhida das reclamações, através de um sistema organizado de recebimento, não implicou, no Hospital de Clínicas, em apagar as impressões e manifestações que foram verbalizadas pelos próprios usuários. Quando não foram estes que fizeram a redação da reclamação de próprio punho, ela foi anotada pela secretária, também à mão, e era fiel à narrativa feita pelo usuário. Desta forma, foram encontrados textos com redações simples, com menos termos do jargão médico. Estes foram mais utilizados nas respostas.

Isto deveu-se, também, ao tipo de reclamações, que no Hospital de Clínicas, versaram, em sua maioria, sobre dificuldades em conseguir consulta e reconsulta e falhas nos procedimentos técnicos. Estas últimas, como vimos, referiam-se com mais frequência à ausência do profissional em seu posto de trabalho, do que a possíveis erros médicos. Em relação a este procedimento afirma-se que o Grupo de Pacientes Externos, agindo enquanto sistema de ouvidoria, respeitou a identidade dos reclamantes, deixando que eles relatassem com suas palavras a situação problemática.

Findo esse procedimento, o usuário era informado de que seria dado um encaminhamento a sua queixa e um retorno, a ele, sobre a investigação realizada. Iniciava-se, nesse momento, a estratégia de disciplinar o encaminhamento da investigação das reclamações.

Após receber o usuário e anotar sua reclamação, a secretária informava a coordenação do GPE de seu teor. A seguir tirava fotocópia da mesma e a enviava ao serviço mencionado na reclamação, precedida de uma Comunicação Interna (CI),

assinada pela coordenação do GPE. Se todos os usuários reclamantes foram recebidos pelo sistema de ouvidoria, nem todas as reclamações foram encaminhadas para investigação.

Este fato ocorreu com maior intensidade em 1994, no início de implantação do sistema, quando o principal problema era a marcação de consultas ambulatoriais programadas. Naquele ano, 20% das ocorrências registradas tiveram o encaminhamento de “arquivar a reclamação”. Não encaminhando as reclamações, o sistema de ouvidoria atuou, nestes casos, reforçando unicamente, a estratégia de **disciplinamento** de seu recebimento. A estratégia de **envolvimento** dos reclamantes desencadeada, com o arquivamento da reclamação foi do tipo **informação**. O Hospital, ao ouvir os usuários com o objetivo apenas de informar-se dos problemas institucionais, não encaminhou as reclamações pois não havia solução possível frente à elevada demanda por consultas.

O arquivamento ocorreu em menor número, em relação ao total das reclamações, mas agindo assim o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas atuou de forma **ineficiente**. Esta forma de atuação foi verificada, também, em relação às respostas aos usuários. Desta questão trataremos a seguir.

As estratégias de envolvimento, consideradas como **aplacação**, evidenciaram-se no início da organização do sistema pois, ao acolher as reclamações, a instituição pretendeu evitar que fossem parar em lugares “menos adequados”, como por exemplo a imprensa, conforme vimos anteriormente em narrativa de gestores do sistema. No decorrer do trabalho do sistema de ouvidoria, o envolvimento do tipo aplacação foi mantido, devido à sua atuação, com baixo poder de resolução e pouca força institucional.

Pode-se afirmar que o sistema de ouvidoria disciplinou a investigação das reclamações porque a maioria delas foram encaminhadas para averiguação, por parte das chefias. A forma de encaminhamento, porém, foi típica da atuação de uma ouvidoria **burocrática**, pois o repasse de “papéis” marcou fortemente sua performance. O sistema de ouvidoria recebeu as reclamações, tirou fotocópias das mesmas, anexou uma CI, encaminhou o documento para as chefias apurarem os fatos e solicitou que respondessem ao serviço. Algumas chefias corresponderam às

expectativas do sistema de ouvidoria, outras não, conforme veremos ao analisarmos a receptividade das mesmas ao sistema.

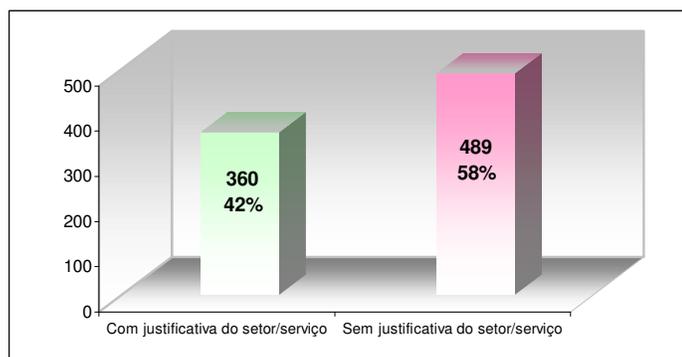
As estratégias de envolvimento dos reclamantes, no sentido da **informação** e da **aplacação**, evidenciaram-se, também, nas respostas a estes usuários. A análise quantitativa e qualitativa das respostas, fornecidas pelas chefias ao sistema de ouvidoria e deste ao usuário, permitiram reafirmar esta argumentação. Após o encaminhamento das reclamações para que as chefias dos serviços e os profissionais envolvidos tomassem conhecimento e realizassem averiguações, a não devolução dos documentos, por parte das chefias ao sistema, foi maior do que sua devolução.

Encontrou-se 58% de documentos “sem resposta” do setor ou serviço reclamado à ouvidoria. Como não continham explicações, sobre os procedimentos tomados a partir das reclamações, caracterizaram estratégias de envolvimento do tipo **informação**. Este item agrupa as reclamações arquivadas, as sem registro de encaminhamento, por parte do sistema de ouvidoria, e aquelas sem resposta das chefias às solicitações do sistema de ouvidoria (47%).

A falta de resposta dos setores e serviços, ao sistema de ouvidoria e deste ao usuário reclamante, possibilitou-nos afirmar que a ouvidoria atuou como uma ouvidoria **ineficiente** em 58% dos casos. Nesses casos, envolveu o usuário ouvindo-o e acolhendo a reclamação, apenas para **informar-se** dos problemas institucionais.

Nas demais reclamações, 42%, em que as chefias ou profissionais responderam à ouvidoria, esta, por sua vez, repassou ao usuário a resposta recebida das chefias, agindo de forma **burocrática**. A expressão destas conclusões está no Gráfico 11 e na Tabela 16 do Anexo D.

GRÁFICO 11- Resposta Institucional ao reclamante do HCPA-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos, 1998.

Quando houve respostas aos usuários, verificou-se que eram fotocópias das respostas das chefias ou profissionais e, limitavam-se a reproduzir os procedimentos internos desencadeados a partir da reclamação. As respostas aos usuários indicaram estratégias de **aplacação**, pois continham justificativas do ocorrido ou informavam a aplicação de normas disciplinares de rotina.

Quando analisou-se a qualidade das respostas que foram encaminhadas pela ouvidoria para os usuários reclamantes, foi possível comprovar a atuação **burocrática** do sistema. Isso porque, exceto em 4% das reclamações, para as quais a ouvidoria deu resposta na hora, com relação às demais, o sistema cumpriu a tarefa principal de encaminhar a reclamação para as chefias, solicitar a investigação dos problemas registrados e repassar as informações aos usuários, sem intermediá-las. Avaliando a qualidade das respostas, verificou-se que estas relatavam justificativas dos procedimentos que envolveram a reclamação ou a aplicação dos dispositivos disciplinares de rotina na instituição.

Estes dados não comprovam porém, com precisão, qual a proporção de respostas efetivamente encaminhadas aos usuários. O sistema de ouvidoria informou que sempre respondeu ao usuário, mesmo quando não recebeu resposta das chefias. Ao concluir o registro da reclamação, a ouvidoria comunicava ao usuário que a resposta estaria a sua disposição dentro de quinze ou vinte dias.

O retorno da resposta ao usuário ocorreu de várias formas: por telefone, correio ou pessoalmente. O telefone foi utilizado para comunicar o teor da resposta ou informá-lo de que a mesma já estava a sua disposição. Foram também enviadas fotocópias das respostas, através do correio ou repassadas diretamente, no caso do usuário voltar ao serviço em busca da solução.

Estes procedimentos foram confirmados em entrevistas com usuários (HCPA-usuários, entrevistas 21/99, 22/99, 25/99, 26/99). Como nem todas as respostas ficaram registradas e como alguns usuários reclamantes, quando entrevistados, afirmaram que não a haviam recebido (HCPA-usuários, entrevistas 24/99, 27/99), não há como avaliar este dado de forma mais conclusiva. Ele serve, porém, para uma reflexão por parte do serviço e da instituição sobre o trabalho já realizado feito e aquele que será ainda.

A estratégia de envolvimento, através da resposta **burocrática**, ficou evidente nas palavras de uma usuária reclamante e é exemplar desta situação. A reclamação foi sobre a ida da usuária até o ambulatório do Hospital, por três vezes consecutivas, não conseguindo consultar pelo não comparecimento do médico residente, ao local de trabalho. Relatou que, após esperar mais de três horas, foi avisada que o médico não se encontrava. Assim como ela, várias pessoas aguardavam para consultar com o mesmo. Sentindo-se desrespeitada a usuária foi fazer a reclamação. Considerou-se injustificada, pois afirmou que as regras, para a instituição e para os usuários, não são iguais, tendo em vista que ela, se necessitar faltar, deve avisar o Hospital com 24 horas de antecedência.

A resposta - uma justificativa escrita - que lhe foi posteriormente remetida por correio continha um atestado de frequência do médico a um curso de aperfeiçoamento. A usuária, mesmo tendo recebido a resposta declarou-se insatisfeita com a mesma, pois afirmou que seu problema não fora resolvido. Ela não era contra o fato do médico fazer um curso, ao contrário, reconhecia a importância da atualização profissional. Queria, porém uma solução, como o cumprimento da agenda por outro profissional, quando um médico não pudesse comparecer ao trabalho, principalmente em se tratando de uma falta programada como a exemplificada. Ao ouvir a usuária comentar as formas de resposta percebe-se como ela sentiu-se e como supôs que seria consultada podendo dar opinião para a solução do problema:

“ Eu acho que foi uma forma debochada deles entrarem em contato comigo. Eles deveriam, eu acho que eles deveriam ter entrado em contato comigo, pedir para eu comparecer lá e discutir. Tipo assim, então vamos te trocar de equipe. Só que eu acho que eles simplesmente me deram um atestado de que o rapaz estava num curso. Eu não estou questionando fazer curso ou não fazer curso, se especializar ou não se especializar. Eu estou questionando que eu assumi um compromisso com a entidade Hospital de Clínicas e eu cumpro com isso aí e eu sou responsável e eu quero ter uma contrapartida nisso aí também” (HCPA-usuária, reclamação 53/98 e entrevista 25/99).

A usuária manifestou, embora de forma inconsciente, o que poderia ser considerado como tarefa de um serviço de ouvidoria **eficaz**. Ouvir o usuário como um cidadão, respeitá-lo em seu direito de ter um atendimento qualificado investigando, com maior eficiência, as suas reclamações e, principalmente, incorporando sua contribuição para a solução dos problemas institucionais.

Do ponto de vista desta análise, importa ressaltar que, em relação às reclamações que não foram respondidas pelas chefias, não houve empenho da ouvidoria em buscar a explicação dos acontecimentos. Assim, é possível afirmar que, neste caso, a ação desencadeada pelo sistema de ouvidoria foi, principalmente, de **informação** já que não buscou respostas para 58% das queixas e deixou de encaminhá-las, com explanação dos acontecimentos, ao usuário.

Porém, no que tange às respostas ao usuários, a atuação do sistema de ouvidoria, foi considerada, também, de **aplacação** dos problemas institucionais pois os ouvidores manifestaram que o sistema sempre respondeu ao reclamante, mesmo sem respostas das chefias. Neste caso, a resposta foi de que “não havia, ainda, resposta”.

Quando recebeu resposta das chefias ou profissionais e no intuito de dar retorno ao reclamante, o sistema de ouvidoria envolveu o usuário de forma **burocrática**, ao repassar a cópia das respostas formuladas. Ao obter resposta das chefias o sistema simplesmente repassou-as ao reclamante. Agiu de forma burocrática aplacando mais uma vez a voz do usuário, o que ficou demonstrado pela qualidade das respostas as suas reclamações.

Isso indicou a estratégia de aplacação dos conflitos institucionais pois fornecendo resposta ao usuário, a instituição demonstrava sua preocupação em apaziguar sua relação de conflito com o Hospital. Agindo desta forma, não envolveu os usuários através das estratégias de **consulta**. Não tomando suas reclamações como consulta, não ampliou sua voz e não oportunizou, através desse dispositivo, as soluções de seus problemas.

Resumindo, verificou-se que o sistema de ouvidoria **disciplinou**, de forma burocrática, o encaminhamento e a investigação das reclamações dos usuários, estruturando as formas de repasse e solicitação de investigações, por parte das chefias envolvidas. O serviço instalou-se como tecnologia de poder disciplinar pois organizou, especialmente, os usuários reclamantes no âmbito do Hospital de Clínicas.

Atuou como tecnologia de si ao aplacar os reclamantes com relação aos serviços e normas do Hospital, procurando desenvolver a identidade dos usuários com o atendimento prestado pela Instituição e com as práticas dos profissionais em

saúde. Isso se concretizou quando recebeu todos os usuários, anotando todas suas reclamações e comunicando-lhes as respostas institucionais recebidas. Foi assim que os entrevistados afirmaram a boa acolhida no sistema.

Mas como a ouvidoria não organizou um sistema mais eficaz de resposta aos usuários reclamantes, e não realizou a intermediação entre a voz institucional e a voz dos usuários, não conseguiu atingir plenamente esta identidade, tornando-se ineficiente. Daí resultou que alguns usuários não receberam as respostas ou sentiram-se desrespeitados com as mesmas.

Destaque-se, portanto que, quanto ao **envolvimento** dos usuários, verificou-se que o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas atuou, principalmente, de forma **ineficiente** e **burocrática**. Ineficiente quando não buscou responder, aos usuários, àquelas reclamações que não retornaram dos serviços e setores, ou o fez de forma precária. Burocrática quando não intermediou as investigações e não devolveu aos usuários respostas qualitativas, limitando-se a repassar os documentos como “papéis” burocráticos.

A atuação deste sistema, envolvendo os usuários sob a forma de **consulta**, foi apenas verificada pontualmente, quando resolveu os problemas registrados, agindo assim como uma ouvidoria do tipo eficaz. Este tipo de ação se efetivou, principalmente, quando a ouvidoria providenciou consultas extras e reuniões com as chefias dos serviços reclamados, para discutirem o problema e acharem, juntos, uma solução.

Desta forma, pode-se concluir que o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas desenvolveu estratégias de disciplinamento e de envolvimento dos usuários reclamantes. Após analisá-las, apresenta-se, a seguir, as relações de envolvimento e de disciplinamento institucionais, isto é, àquelas desencadeadas entre a instituição e seus profissionais em saúde.

#### **4.6 A integração passiva como estratégia de envolvimento dos trabalhadores em saúde**

Estratégias de envolvimento dos trabalhadores em saúde do Hospital de Clínicas não foram formuladas, como objetivo institucional, quando foi organizado o sistema de ouvidoria. Elas foram desencadeadas no decorrer do trabalho levado a cabo pelo sistema. Resultaram de ações que visavam atingir os objetivos de acolher

as reclamações como forma de melhorar a gestão administrativa e avaliar a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

O envolvimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas com o sistema implantado para organizar as reclamações de usuários, e que chamamos de sistema de ouvidoria, foi avaliado em dois aspectos: como os trabalhadores foram envolvidos na comunicação da decisão de organizar o sistema de reclamações e, após a instalação do sistema, como foram envolvidos nos procedimentos de investigação e respostas solicitadas pelo mesmo para efetivar seu trabalho. Para compreender o **envolvimento** dos trabalhadores utilizamos as categorias de **integração passiva**, **adesão** e **interação**.

#### **4.6.1 O envolvimento na organização do sistema**

Como não foi criado oficialmente um serviço de ouvidoria, a decisão de centralizar as reclamações também não foi amplamente divulgada entre os trabalhadores do Hospital de Clínicas, em 1994. Os profissionais que se envolveram diretamente na tarefa de pensar a centralização das reclamações, que já ocorriam em número considerável no Hospital, foram, como vimos, as chefias da administração central. A partir do documento solicitado ao Grupo de Pacientes Externos, sobre a Reestruturação Ambulatorial no HCPA, a administração central foi envolvendo chefias médicas, principalmente os coordenadores do GPE, para verificar a possibilidade de assumirem a tarefa de receberem as reclamações.

O GPE foi escolhido, como anteriormente narramos, por ser o setor que coordenava às áreas envolvendo pacientes externos. Estava afeto, portanto, às áreas mais reclamadas, na época, a marcação de consultas e o ambulatório. A primeira era reclamada em relação à dificuldade, dos usuários, em marcar as consultas ambulatoriais programadas e, a segunda envolvia, além desses, outros tipos de problemas, como os de relacionamento, por exemplo.

Foi levantado também, como argumento, para que acolhesse os reclamantes, o fato de seu coordenador estar acostumado a ouvir, por ser proveniente da especialidade em psiquiatria. A comunicação de que o GPE deveria acolher as reclamantes foi feita, de forma direta, pela vice-presidência médica ao coordenador do setor, indicando-o como o local para onde seriam encaminhadas as reclamações:

“Não, não sei se outros profissionais foram consultados, eu acho que foram, alguns que se recusaram e a coisa acabou lá no GPE por uma solicitação direta do vice presidente médico ao coordenador do grupo, acertando a passagem para lá” (HCPA-chefia, entrevista 4/99).

“Então, não foi uma coisa muito difícil assim, acho que a tomada de decisão da vice-presidência: o GPE está implantado dentro do ambulatório, tinha um coordenador que era uma pessoa acostumada a ouvir. Fui comunicado de que a direção estava pensando em colocar ali o recebimento das reclamações e achei bom, achei que fosse mesmo a função” (HCPA-chefia, entrevista 4b/99).

Verificando o envolvimento das chefias no novo processo, constatou-se que o documento de Reestruturação Ambulatorial no HCPA referiu a necessidade de maior integração dos serviços e das chefias para um melhor funcionamento do ambulatório ressaltando, que muitos serviços médicos não conheciam o GPE. Falava-se da importância da participação das chefias e em co-gestão do ambulatório:

“A participação dos serviços é fundamental na co-gestão do Ambulatório. Deverá ocorrer um acompanhamento gerencial constante e permanente: assim se poderá minimizar os diferentes problemas que aparecem nas estatísticas de produtividade” (HCPA, 1993).

Percebeu-se, porém, que a integração das chefias, no que concerne ao novo sistema implantado, não foi feita. Algumas chefias da área da recepção, que trabalhavam mais próximas ao GPE, foram comunicadas, na época, da decisão de centralização das reclamações nesse setor. Esta comunicação foi feita apenas para informá-las e aponta para um envolvimento que se dá sob a forma de **integração passiva** de seus profissionais, neste programa institucional.

Entretanto, a maioria das chefias entrevistadas, dos serviços afetos ao ambulatório, não chegou a ser comunicada. Algumas ficaram sabendo apenas quando receberam, pela primeira vez, a Comunicação Interna (CI) informando que havia reclamações sobre o serviço. Ao serem indagados de como tomaram conhecimento do sistema de ouvidoria afirmaram:

“Através de comunicação interna, que são os sistemas normalmente utilizados no hospital. Todas as chefias do serviço recebem comunicação interna” (HCPA- chefia, entrevista 7/99).

Os depoimentos colhidos nesta pesquisa reforçam a conclusão de que a decisão de organizar o sistema de ouvidoria, foi gerencial e poucos foram envolvidos nela. A estratégia, no sentido de buscar a adesão de profissionais à implantação do sistema envolveu, talvez, umas cinco ou seis pessoas. Neste caso, podemos considerar que a administração comunicou e justificou a implantação do novo

processo. Não houve, portanto, uma estratégia planejada de envolvimento de todos os trabalhadores na decisão de centralização das reclamações no GPE.

Em relação aos trabalhadores em saúde do Hospital, apenas alguns deles, principalmente seguranças e aqueles que trabalhavam na recepção do Hospital, foram comunicados pelas respectivas chefias sobre a nova sistemática relativa ao acolhimento das reclamações. Isso porque orientariam usuários reclamantes e como setores estratégicos foram comunicados, na época, no sentido do novo encaminhamento dos mesmos. A comunicação a estes setores e trabalhadores efetivou-se sob a forma de **integração passiva**, pois não houve justificativa informando o porquê da decisão de encaminhar os reclamantes ao GPE:

“Olha eu tenho a impressão que assim formalização interna não deve ter havido. O que havia é uma informação assim informal, para todo mundo, o setor de segurança que também era o alvo de reclamações e era um local em que as pessoas iam reclamar, foi informado. Então o setor administrativo, de segurança, os porteiros, a gerência do Hospital foi informada para canalizar para o GPE as reclamações” (HCPA- chefia, entrevista 1b/99).

Para os demais trabalhadores em saúde não houve comunicação interna, formal, participando a decisão de padronizar o encaminhamento dos usuários reclamantes. Este aspecto evidencia que, do ponto de vista institucional, não ocorreu nem mesmo uma integração passiva destes trabalhadores. Não havia necessidade de informar aos demais profissionais o que estava acontecendo, já que apenas o direcionamento dos reclamantes estava mudando.

As chefias e os trabalhadores em saúde do Hospital ficaram sabendo, do novo encaminhamento dos reclamantes, através de uma divulgação que se processou de forma “natural”. Segundo alguns dos entrevistados o encaminhamento das reclamações revelava, por si só, de onde vinham as solicitações de investigação - do GPE. O trabalho se divulgava pela sua própria natureza (HCPA-entrevistas 4/99, 4b/99, 7/99, 8/99, 10/99). Não foi pensada, portanto, a necessidade de envolver mais intensamente as chefias e os trabalhadores na nova proposta de ouvir as reclamações dos usuários:

“Olha eu acho que do ponto de vista de comunicação, eu acho que não foi feita. Mas a própria natureza desse tipo de serviço fez com que imediatamente houvesse uma divulgação sabe, a coisa se divulga por si mesma, na medida em que havia um certo número de reclamações diárias que nunca diminuiu assim de meia dúzia todo dia, por escrito. De maneira que rapidamente a divulgação se fez por si mesma, em pouco tempo todo mundo sabia da onde vinham as reclamações que eram enviadas para os

outros serviços” (HCPA-chefia, entrevista 4/99).

Alguns dos profissionais em saúde reclamados e entrevistados, recepcionistas, médicos e enfermeiros, não reconheciam o GPE como uma ouvidoria, embora soubessem que funcionava como um local para receber reclamações (HCPA-entrevistas, 11/99, 14/99, 17/99). Outros trabalhadores, também recepcionistas, médicos e enfermeiros reclamados e entrevistados desconheciam o próprio fato do GPE ser um setor de acolhimento das queixas dos usuários:

“Olha, eu conhecia já o Grupo de Pacientes Externos e depois fiquei sabendo também do serviço, que a gente diz das reumatórias, nunca de ouvidoria. E depois a gente ficou sabendo, pela chefia, que existia o serviço. Chegou na reunião e a gente ficou sabendo do serviço” (HCPA-recepcionista, entrevista 17/99).

Alguns não sabiam, nem mesmo, que havia sido registrada uma reclamação contra sua atuação profissional (HCPA-médica e enfermeiro, entrevistas 12/99 e 15/99). Ficaram sabendo no momento da entrevista. Ao mostrar desconhecimento reforçam o argumento de que muitos profissionais não conhecem o sistema de ouvidoria do seu próprio local de trabalho:

“Não sabia de nada, nunca fui comunicada” (de que havia reclamação em seu nome-LHP) (HCPA-médica, entrevista 12/99).

“E se existe esse serviço e se chama Ouvidoria, acho uma falha que o retorno não venha prá nós. Então, se foi, se bem que essa situação eu conhecia assim, não sei como é que funciona com os demais, com as demais queixas, se tem um retorno até, a pessoa né, teria tido alguma atitude inadequada assim. A mim nunca chegou nada (HCPA-enfermeiro, entrevista 15/99).

A análise das formas de envolvimento das chefias e dos profissionais em saúde do Hospital de Clínicas permitiu-nos concluir que a administração central do Hospital e o GPE não envolveram os trabalhadores em saúde em seu trabalho, no que diz respeito ao sistema de ouvidoria aos usuários reclamantes. Nos casos em que o fez, isso ocorreu através de uma **integração passiva**. Esta estratégia de envolvimento foi desencadeada em relação aos trabalhadores do serviço de recepção, comunicando-os, pois encaminhariam os reclamantes ao setor. Porém a maioria dos trabalhadores do Hospital ficou sabendo do sistema quando ocorreu uma reclamação que envolvia seu serviço, no caso das chefias, ou seu desempenho, no caso dos profissionais. Alguns, mesmo reclamados, desconheciam a existência da reclamação e do serviço prestado pelo GPE.

Isso é explicado, em grande parte, porque a centralização das reclamações não se constituiu em um projeto claramente pensado e implantado com fins de democratização tanto em relação aos trabalhadores quanto aos usuários. Permite-nos compreender, também, a pouca força institucional que o sistema de ouvidoria tem no Hospital de Clínicas, verificado através do escasso envolvimento das chefias e dos profissionais no trabalho realizado pelo sistema, como veremos a seguir.

#### **4.6.2 O envolvimento com o trabalho do sistema de ouvidoria**

Para analisar o envolvimento dos trabalhadores em saúde com o trabalho desencadeado pelo sistema de ouvidoria tomou-se como parâmetro, como já mencionamos anteriormente, dois aspectos a serem desvelados no processo. De um lado, buscou-se entender como a ouvidoria realizou seu trabalho, ou seja, quais os dispositivos que utilizou para encaminhar, solicitar investigações para as reclamações e discutir soluções com as chefias e profissionais.

Por outro lado, analisou-se como repercutiram as solicitações de investigação da ouvidoria, ou seja, como foram envolvidos chefias e profissionais: se as reclamações foram consideradas pertinentes, se resultaram em mudança de comportamentos profissionais e se as respostas foram qualificadas. Considerou-se como indicadores empíricos os procedimentos desencadeados pelo sistema de ouvidoria, tais como o encaminhamento das reclamações, o tempo de resposta à solicitação da ouvidoria e a qualidade das respostas institucionais.

No momento em que foi organizado o sistema de recebimento das reclamações no GPE, foi definido o formulário para o usuário preencher com sua queixa. Fotocópias das queixas passaram a ser encaminhadas para as chefias, precedidas de uma CI onde lia-se: DE: GPE - PARA: ...(setor ou serviço reclamado) e a data seguida do texto: “solicitamos a gentileza de esclarecer a reclamação em anexo, incluindo a gentileza de nos enviar o devido esclarecimento num prazo de até 15 dias. Atenciosamente, (assinatura e carimbo)”. As CIs eram assinadas pelo coordenador do GPE ou por seu assessor. Seguir o percurso do encaminhamento e das respostas possibilitou a apreensão das formas como a ouvidoria envolveu os profissionais do Hospital em seu trabalho, bem como, se estes foram efetivamente envolvidos pelo sistema.

Constatou-se que, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o sistema de ouvidoria procurou envolver diretamente, em seu trabalho, principalmente as chefias e em menor grau os profissionais. A estratégia de envolvimento foi a de encaminhar as reclamações para esses profissionais. Do total de reclamações registradas na ouvidoria, a grande maioria, 88%, foi encaminhada para as chefias dos serviços aos quais se relacionavam as queixas. Este alto percentual denota a estratégia da ouvidoria em envolver as chefias, buscando sua **adesão** ao trabalho realizado encaminhadas ou, em conjunto, ao profissional e à chefia. O encaminhamento de reclamações diretamente ao profissional ou envolvendo, conjuntamente, chefias e profissionais foi inexpressivo.

Isso não significa que a chefia não solicitou que o profissional justificasse o acontecimento para ela. Significou sim que, em alguns casos, mais exatamente em 6% das reclamações, as chefias fizeram o próprio profissional justificar, por escrito, suas explicações sobre o acontecimento. Estes dados demonstraram a modalidade como o sistema envolveu e disciplinou os trabalhadores em saúde do Hospital, através das chefias. Reforçam a conclusão de que, segundo o entendimento do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, a responsabilidade de justificar os procedimentos investigados e tomar as medidas cabíveis, para o disciplinamento dos trabalhadores, ficou, realmente, à cargo das chefias. Permitem, também, afirmar que a hierarquia foi seguida.

Algumas reclamações ficaram a cargo do próprio sistema, que teve de resolver seu destino. Assim, verificou-se que 6,5% destas foram arquivadas pelo responsável pelo sistema de ouvidoria e 4,5% não apresentavam registro de encaminhamento. Somadas as duas categorias, constatou-se um percentual não desprezível, 11%, de reclamações não encaminhadas. Estas corresponderam, na sua maior parte, ao problema de marcação de consultas, verificado de forma acentuada nos primeiros anos de funcionamento do sistema. Ao analisar as queixas daquele período constatou-se que, devido à repetição do teor das queixas e frente à incapacidade do Hospital de resolver o problema, o representante da ouvidoria indicava, imediatamente, o arquivamento, ou, não mais as encaminhava ao respectivo serviço. Estes dados estão explicitados no Gráfico 12, adiante apresentado, e nas Tabelas 17 e 18 do Anexo D.

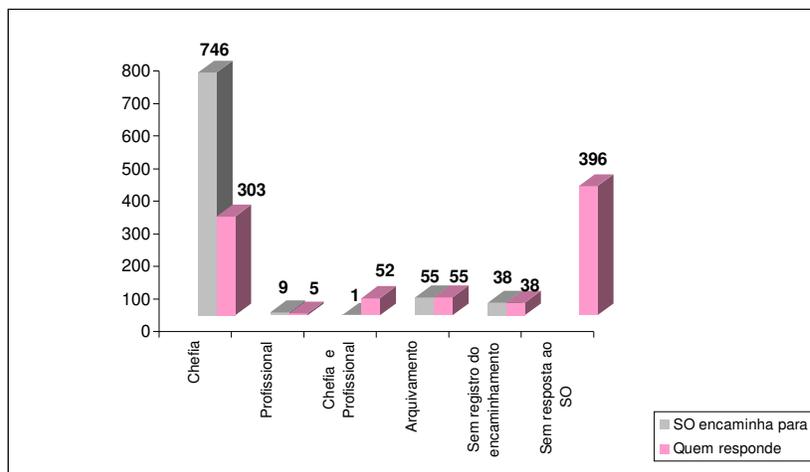
O encaminhamento das reclamações, para as chefias, foi feito de forma **burocrática** e o envolvimento das chefias, pelo sistema, foi **ineficiente**. Uma das evidências do caráter burocrático do trabalho realizado e da ineficiência em conseguir envolver as chefias em seu trabalho foi a resposta destas ao sistema.

Quando se analisou o envolvimento das chefias com o trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, constatou-se que apenas 36% destas responderam à solicitação de investigação por parte do sistema. Somando este percentual com as respostas que envolveram o profissional e a chefia, 6%, o mesmo elevou-se para 42%. Deste fato podemos extrair duas conclusões. Uma delas é que houve pouca **adesão** das chefias ao trabalho desenvolvido pela ouvidoria. Elas foram envolvidas de forma passiva.

A outra é que embora, tenha sido constatado um número inexpressivo de encaminhamentos dirigidos, ao mesmo tempo, para a chefia e para o profissional as respostas, dos serviços ao sistema de ouvidoria, evidenciaram que 6% das chefias fizeram o profissional justificar seus atos, por escrito. Encaminharam a resposta do profissional e a sua resposta - como chefia - para o sistema de ouvidoria. Fizeram assim com que o profissional fosse envolvido também, publicamente, na responsabilidade pelo problema que gerou a reclamação, junto ao sistema.

Caracterizando o envolvimento das chefias com o trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, definido como de integração passiva, verificou-se que um total de 47% não respondeu à solicitação, de investigação, encaminhada pelo sistema. Apenas receberam as reclamações e informaram-se dos problemas institucionais. Este percentual foi acrescido em 11% quando se agregou a ele as reclamações cujo destino foi assumido pelo próprio sistema. São aquelas reclamações anteriormente já apontadas sob os rótulos de “arquivamento” e “sem registro de encaminhamento”. Assim, o percentual de reclamações catalogadas como “sem resposta” apresenta o elevado percentual de 58%. Os dados comentados acima constam do Gráfico 12 e das Tabelas 17 a 20 do Anexo D.

GRÁFICO 12 - Procedimento Institucional: encaminhamento das reclamações e respostas das chefias ao Sistema de Ouvidoria do HCPA -1994-1998



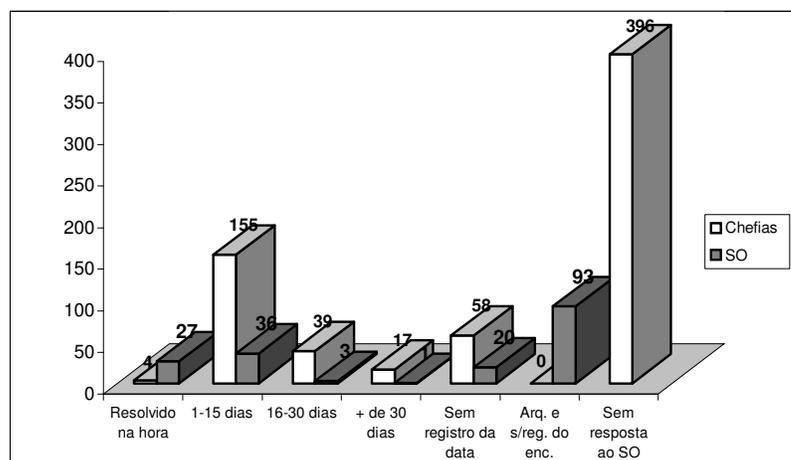
Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

O tempo que as chefias e os profissionais levaram para dar resposta, ao sistema de ouvidoria, foi mais uma evidência da **integração passiva** com que foram envolvidos os trabalhadores em saúde do Hospital, neste trabalho, atestando, mais uma vez, a sua atuação **ineficiente** para envolvê-los em sua proposta. Reafirma, ainda o encaminhamento **burocrático** das reclamações.

Estas, ao serem enviadas para as chefias eram acompanhadas da Comunicação Interna (CI) que estabelecia o prazo de 15 dias para o retorno das respostas. Analisando este indicador, nos documentos reclamatórios, verificou-se que, considerando todo o período analisado, 26% do total de reclamações foram respondidas dentro desse prazo. Estas representaram 4% dos casos que tiveram uma solução quase imediata através da atuação, principalmente, da própria ouvidoria e 22% de respostas que retornaram das chefias e dos profissionais.

É assim que, tomando como parâmetro as 273 reclamações respondidas pelas chefias, das quais foram excluídas aquelas respondidas pelo próprio sistema, observou-se que 58% das mesmas, 159 reclamações, foram resolvidas na hora ou retornaram dentro do prazo normatizado pelo sistema de ouvidoria. Este dado permitiu concluir que aquelas chefias que encontravam-se mais receptivas ao trabalho de ouvidoria procuraram cumprir as normas estipuladas pelo sistema, como pode-se ver no Gráfico 13 e nas Tabelas 21 e 22 do Anexo D.

GRÁFICO 13- Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao Sistema de Ouvidoria do Hospital de Clínicas-1994-1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

Analisando-se a atuação da própria ouvidoria, na resolução dos problemas trazidos pelos usuários, verificou-se que esta foi mais intensa no início de organização do sistema e dependeu do tipo de problema para o qual pode dar resposta quase imediata e satisfatória. Este aspecto foi evidenciado cruzando os indicadores do tipo de problema reclamado, o prazo de resposta do sistema ao reclamante e o ano em que o sistema de ouvidoria teve maior poder de resolvê-los. O ano de maior ação institucional da ouvidoria foi 1994 quando solucionou, de forma quase imediata, o problema de marcação de consultas, conseguindo uma consulta extra.

Lembremos que este foi um ano de mudança na rotina de marcação de consultas no Hospital de Clínicas, para o sistema de agendamento da consulta por telefone. Esse foi um período de redefinição não só institucional como de implantação do SUS, implicando na transição para novas formas de marcação de consulta e gerou, naquele ano, um grande número de reclamações. Este fato, pela sua indefinição, possibilitou ao sistema de ouvidoria dar resposta mais resolutiva ao usuário.

Esta consistiu em conseguir consulta-extra, quase imediata para 8% dos casos. A resposta a essas reclamações expressavam, textualmente, que havia sido “marcada uma consulta-extra”, e as datas das reclamações e das respostas indicaram a presteza na resolução do problema.

Importa ressaltar que, mesmo sendo um percentual baixo de resolução, frente ao grande número de reclamações do período, este foi o ano de maior impacto do sistema, quanto à solução do problema, durante todo o período analisado. Em contrapartida foi o ano, também, em que o sistema arquivou 22% das reclamações índice muito mais elevado do que sua capacidade de resolver esse tipo de questão (ver Tabela 22 do Anexo D).

A conclusão sobre o impacto da atuação da ouvidoria, quanto ao período e o tipo de problema, foi reforçada quando se analisou a categoria “resolvido de 1-15 dias”. Verificou-se uma forte tendência da ouvidoria tentar resolver e dar uma resposta de forma autônoma ao usuário. Isso ocorreu no primeiro ano de implantação do sistema, quando a ouvidoria e as chefias resolveram o mesmo número de reclamações neste prazo.

Quando analisou-se o tipo de reclamações, para as quais o sistema respondeu neste prazo, encontrou-se queixas relatando as dificuldades em marcar consultas, como já vimos e, também, falhas nos procedimentos técnicos, devido à ausência do profissional ao trabalho ou na presteza do atendimento. Assim, o sistema basicamente agendou consultas-extra e encaminhou para atendimento em determinada área do Hospital, principalmente quando a falha foi reconhecidamente institucional, como no caso do não comparecimento do profissional ao seu posto de trabalho.

Em relação ao tipo e à qualidade das respostas devolvidas ao sistema de ouvidoria pelas chefias, observou-se que a maioria justificava o acontecimento. As justificativas foram feitas quando os fatos narrados remeteram a problemas estruturais e funcionais decorrentes, da capacidade e das falhas de atendimento.

As respostas davam explicações relatando, por exemplo, o número insuficiente de consultas ambulatoriais, o tempo de espera para marcar cirurgias, devido à falta de leitos para internação ou o tempo de espera para realizar exames, devido a problemas técnicos dos equipamentos. Esclareciam, também sobre os atendimentos não efetivados pela ausência de profissionais no local de trabalho e sobre falhas no relacionamento entre profissional e usuário.

Os problemas de relacionamento entre profissionais e usuários, justificados pelas chefias, ocorreram entre recepcionistas, em maior número, mas também entre

médicos e equipe de enfermagem. O profissional foi identificado e foi justificado o problema relatado na reclamação. Muitas vezes, nestes casos, foi o profissional que justificou sua atuação e não raro estabeleceu-se um diálogo, mesmo que por escrito, bastante contundente entre profissionais, principalmente médicos e usuários, relacionando o sistema de saúde.

Como exemplo desse diálogo cita-se uma queixa que referia uma forma deseducada do médico dirigir-se aos familiares do paciente para prestar informações sobre a sua saúde. O médico respondeu dizendo que o familiar foi grosseiro também. Contextualizando, verificou-se que este fato ocorreu na área da emergência e que o médico justificou o incidente, atribuindo a responsabilidade à falência do sistema de saúde.

Esta queixa é exemplar quanto a outro aspecto importante a ser ressaltado, observado em diversas reclamações: ao ler as reclamações e as respostas percebe-se que é freqüente apontarem para situações “ beco sem saída” pois praticamente fica a palavra de um contra a palavra do outro, a do reclamante e a do profissional (HCPA-reclamação 51/98).

Foram também justificadas a atuação de profissionais, principalmente da área médica e de enfermagem, no caso, por exemplo, de faltas ao trabalho. Muitas delas traziam, anexado, um atestado através do qual o profissional justificava sua ausência. Lembremos de que uma justificativa deste tipo, falta de um profissional ao trabalho por estar participando de congresso, foi comentada por uma usuária reclamante como sendo insatisfatória.

Em menor número as respostas informavam sobre a aplicação de medidas disciplinares legais, tais como a advertência. Esta forma de disciplinamento punitivo, a advertência, foi mais freqüentemente utilizada pelas chefias da recepção, especialmente quando se tratou de mau atendimento, por parte de profissionais recepcionistas, aos usuários. As estratégias de disciplinamento dos trabalhadores em saúde serão abordadas no próximo tópico.

As justificativas, que invocaram mais diretamente o cumprimento das normas de rotina, ocorreram em menor número e foram utilizadas para responder às reclamações que envolveram procedimentos técnicos, quando esses referiram a

qualidade de atendimento. Foram encaminhadas, em maior número, pelas chefias de serviços das especialidades médicas e de enfermagem.

As normas foram salientadas, principalmente, quando questionados os procedimentos técnicos médicos ou da equipe de enfermagem. Nestes casos, as justificativas descreviam os procedimentos adotados, sendo anexados os boletins de atendimento dos pacientes. Esses procedimentos foram mais praticados pelo setor da emergência, dado o caráter de rapidez no atendimento prestado por este setor e de desconhecimento entre profissional e paciente, envolvidos na situação. Em caso de dúvida, o usuários reclamavam e eram esclarecidos:

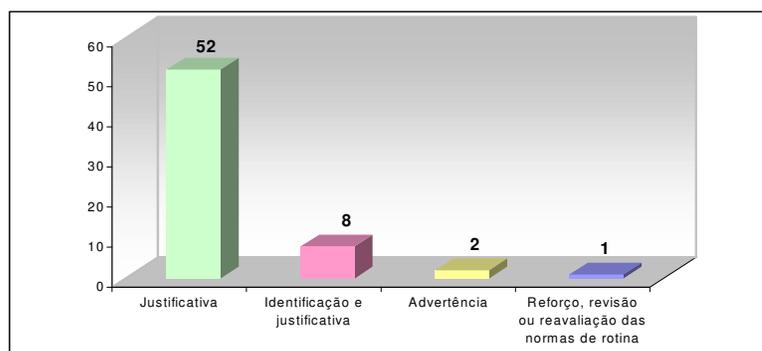
“Os atendimentos do serviço [...] conforme rotina estabelecida era de [...]” (HCPA-reclamação 54/98).

“O paciente [...] foi submetido à cirurgia e quando de sua avaliação [...]” (HCPA-reclamação 62/98).

“A paciente [...] está no Hospital desde [...] para tratamento de [...] acontecendo múltiplas recidivas.” (HCPA-reclamação 78/98).

As diferentes formas de respostas devolvidas pelas chefias ao sistema de ouvidoria e indicadoras do tipo de envolvimento dos profissionais com o sistema, foram evidenciadas a partir da análise de todas as reclamações, mas para expressá-las recorreu-se à contagem das 120 reclamações, referentes ao ano de 1998. Assim, constatou-se que foram justificadas 82,5% das reclamações 63 respondidas neste ano. Em 13,0% delas foram identificados os profissionais e justificadas as reclamações, em 3,0% houve advertência ao profissional e em 1,5% houve revisão, reavaliação ou foram reforçadas as normas de rotina. Estes dados estão expressos no Gráfico 14 e na Tabela 23 do Anexo D.

GRÁFICO 14 - Qualidade das respostas ao Sistema de Ouvidoria do Hospital de Clínicas – 1998



Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

O procedimento institucional descrito acima permitiu afirmar que, quanto ao **envolvimento** dos trabalhadores em saúde do Hospital, a ouvidoria caracterizou-se por ser do tipo **ineficiente**, já que 58% das reclamações permaneceram sem resposta institucional. Tal fato ocorreu devido à falta de **adesão** das chefias e profissionais ao processo de ouvir as reclamações dos usuários. A ouvidoria não promoveu estratégias de adesão das chefias e profissionais, mesmo porque não havia um projeto para tal. Atuou, assim, de forma ineficiente.

O primeiro ano de organização do sistema de ouvidoria foi o ano em que impactou de forma mais decisiva na resolução de problemas explanados pelos usuários. Nos anos seguintes, não ampliou sua capacidade de atuação, mas restringiu-a ainda mais. Atuou de forma cada vez mais burocrática, apenas repassando as reclamações. Em 42% dos casos recebeu respostas, mas as repassou burocraticamente aos usuários, através de fotocópias e, na maioria das vezes, as respostas não eram qualificadas, no sentido da resolução dos problemas apresentados.

A falta de resposta ao sistema de ouvidoria é reconhecida por algumas das chefias e explicada, por uma delas a partir das características burocráticas do trabalho desenvolvido pelo setor encarregado das reclamações:

“Algum caso eu demorei, perdi o papel e como ninguém me cobrou, eu não achei nada; eu não achei grave; então, não deixaram claro se era da minha equipe ou não, e aí extraviou, porque veio assim um papelzinho, um xerox, à mão, que é o que eles fazem e vem essa CI, amarelinha, e aí quando eu me lembrei já tinha passado de 15 dias, mas aí eu achei e respondi. Mas não existe um controle, um protocolo de entrega e um protocolo de recebimento de entrega. Então, faz com que o chefe até incida em inadimplência na entrega” (HCPA-chefia, entrevista 10/99).

Nestes casos, como a ouvidoria esperou pela resposta das chefias e dos profissionais e não interferiu mais energicamente para recebê-la e acompanhar a solução dos casos narrados pelos usuários, seu trabalho permaneceu no limiar da **ineficiência** e da **burocracia**.

A falta de adesão ao trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria foi causado, por um lado, pelo fato de o sistema de ouvidoria não promover estratégias que envolvessem, nos seus propósitos, os trabalhadores em saúde do Hospital, incluindo as chefias. Por outro lado indicou o caráter burocrático do sistema, pois foram respondidas apenas 42% das reclamações. Destas, 26% foram “resolvidas na hora ou

num prazo de “1 a 15 dias”, sendo que 82% foram respondidas sob a forma de justificativa do problema ocorrido.

O relato desta situação se faz necessário para respaldar a afirmativa de que há uma maior autonomia e poder das chefias em relação ao setor administrativo do hospital, representado pelo sistema de ouvidoria. Atestou, também, o poder que os chefes de serviço, professores, têm na instituição, tema que voltaremos a abordar ao analisarmos os efeitos institucionais do sistema de ouvidoria.

Os dados demonstraram que há pouca valorização do trabalho desempenhado pelo sistema, fato que fica evidenciado pelo baixo número e pela escassa qualidade das respostas devolvidas ao mesmo. Contradizendo as práticas acima desvendadas, as chefias afirmaram considerar as reclamações pertinentes e declararam sempre responder ao sistema de ouvidoria, com exceção da chefia da área da recepção, na entrevista acima transcrita. Porém, os entrevistados mais diretamente ligados ao sistema de ouvidoria, isto é, os coordenadores deste sistema, confirmaram a falta de respostas das chefias às solicitações de investigação.

#### **4.7 O disciplinamento dos trabalhadores em saúde**

A organização do recebimento das reclamações dos usuários em um sistema de ouvidoria, por parte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, funcionou como um dispositivo **disciplinar**, embora não tenha sido planejado como tal. Ao acolher as queixas, o sistema unificou a linguagem institucional, propiciando o disciplinamento do encaminhamento do usuário.

O sistema de ouvidoria localizou, também, os serviços e setores problemáticos do Hospital e identificou e disciplinou os trabalhadores em saúde, envolvidos em prováveis falhas, decorrentes do atendimento prestado. O disciplinamento dos trabalhadores reclamados foi analisado através de três formas de ação institucional: não aplicar medidas disciplinares ignorando o fato que causou a reclamação, disciplinar através de medidas punitivas e disciplinar através de treinamento ou de um processo de educação.

A uniformização da linguagem institucional foi instituída, como vimos, para disciplinar os trabalhadores no sentido de encaminharem os usuários reclamantes ao

Grupo de Pacientes Externos, quando quisessem manifestar uma queixa. Esta uniformização, não atingiu, na época, todos os trabalhadores.

O disciplinamento iniciou, para alguns deles, quando foram comunicados de que haveria um local específico para receber os usuários reclamantes. Estes funcionários, da recepção e da segurança do Hospital, eram pessoas fundamentais no encaminhamento desses usuários e, portanto, era necessário disciplinar suas condutas para que realizassem corretamente esta nova forma de encaminhamento. Estava sendo traçado um procedimento institucional unificado:

“Então o setor administrativo, de segurança, os porteiros, etc. a gerência do Hospital foi informada para canalizar para o GPE as reclamações” (HCPA-chefia, entrevista 1b/99).

No decorrer do período analisado o disciplinamento dos trabalhadores, no sentido do encaminhamento do usuário, foi efetivado. Muitas vezes foi o próprio reclamado que orientou o reclamante a procurar o GPE. Verificou-se que os diferentes tipos de profissionais do Hospital, principalmente recepcionistas, assim o fizeram. Como exemplo cita-se o caso, narrado anteriormente, de uma recepcionista que, quando reclamada, encaminhou a usuária ao GPE. Relembrando, a reclamação era sobre falhas no relacionamento humano e a usuária, quando entrevistada, explicitou que a recepcionista indicou-lhe que deveria procurar o GPE.

Em relação ao conflituoso relacionamento humano, as recepcionistas reclamadas, ao serem entrevistadas, disseram que, muitas vezes, sentem-se pressionadas pela excessiva demanda de consultas no ambulatório conjugado com um atendimento mais lento, pela característica de hospital-escola, do Hospital de Clínicas. Analisando as circunstâncias que envolveram reclamante e reclamada, na situação descrita, verificou-se que a consulta estava três horas atrasada e havia pressão psicológica no ambiente, fato corroborado por ambas:

“E, algumas vezes, eu tenho acho que umas 60 pessoas em minha volta querendo informações, todos perguntando a mesma coisa, assim que tenho de atender os médicos, a recepção, o telefone, e estava sobrecarregada mesmo. E o atendimento foi lento, realmente, o pessoal lá de dentro não estava atendendo rápido e, porque claro, tinha muita gente mesmo” (HCPA-recepcionista, entrevista 16/99).

O fato de ter sido a própria reclamada a encaminhar a usuária não indicou, porém, uma conscientização da importância da reclamação como possibilidade de democratização institucional. A maneira como se dirigiu à usuária: “E ela disse: ‘se

tu não estás satisfeita, tu vais até o setor tal e reclama” (HCPA-usuária, reclamação 91/98 e entrevista 26/99), explicita os conflitos e as formas simbólicas indicativas de distinção e de exclusão social, desveladas à luz da análise teórica proposta por Bourdieu (1989,1992, 1996).

Os conflitos discriminatórios se manifestam em relação aos usuários do SUS, devido ao fato da usuária ser atendida pelo sistema público, portanto, sem ônus para o paciente. O comentário da recepcionista insinua que este usuário não teria o direito de reclamar. A situação estava tensa pois era agravada pela quantidade de pacientes a serem atendidos. Mesmo que praticar a exclusão não seja intenção deliberada de seus protagonistas, o fato foi evidenciado, também, em outras reclamações, a ponto de ser mencionado em resposta de uma chefia:

“[...] Outrossim, informamos que os funcionários administrativos não fazem qualquer distinção entre as pessoas” (HCPA-chefia recepção, resposta à reclamação 12/98).

A relação de conflito se efetivou, como outras tantas ocorridas no Hospital, caracterizando interesses específicos. A usuária esperava um atendimento cortês e com presteza. Já a funcionária sentia-se sobrecarregada, tratando a usuária de forma grosseira, não só no atendimento como também no encaminhamento que fez ao GPE. Registra-se que este procedimento não corresponde à intenção de instalar um sistema de ouvidoria para dar voz ao usuário e buscar, assim, soluções para a melhoria da qualidade de atendimento do Hospital.

Organizar o sistema de ouvidoria foi, também, uma estratégia de disciplinamento dos trabalhadores em saúde, no sentido da adequação de suas condutas às normas e rotinas do Hospital. O documento de dezembro de 1993, elaborado pelo GPE, sobre a Reestruturação Ambulatorial no Hospital de Clínicas, foi revelador no sentido de deixar em evidência a necessidade de disciplinamento dos trabalhadores em saúde, decorrente da perspectiva de reestruturação do ambulatório. Como vimos o documento tratava de problemas e apresentava propostas.

Um dos problemas mencionados foi o da produtividade do ambulatório. Para alterar a situação, o documento referiu a necessidade de uma “profunda mudança de comportamento e de comprometimento” que deveria partir dos próprios serviços. Foi enfatizada a necessidade de revisar os níveis de produtividade e, para tal, uma das

medidas sugeridas foi que as chefias dos serviços participassem, através um de acompanhamento gerencial constante e permanente, da gestão do Ambulatório:

“Embora existindo uma boa dose de receio, até porque não conhecemos os problemas e os detalhes minuciosos que envolvem cada serviço que atua no ambulatório, mesmo assim gostaríamos de salientar e enfatizar que uma profunda mudança de comportamento e de comprometimento deverá partir dos próprios serviços que são na verdade o elo principal e a peça fundamental da cadeia que envolve todo o sistema assistencial” (HCPA, 1993).

As propostas reivindicavam a atuação mais decisiva das chefias na solução dos problemas do ambulatório porque parte deles, citados no documento, eram, como vimos, problemas internos que envolviam os trabalhadores em saúde, tais como falta ao trabalho, atrasos, licenças, férias, licenças para congressos e horas-extras (HCPA, 1993). Esses problemas eram reclamados pelos usuários e exigiam uma atuação mais decisiva dos serviços, pois a eles competia responder pela “realização das agendas marcadas” (HCPA, 1990).

Foi lembrada, na ocasião, a necessidade de “retomar as advertências, por escrito, aos pacientes e funcionários que não comparecem às consultas ou estudar outras formas de limitar os faltosos” (HCPA, 1993). Um sistema de ouvidoria auxiliaria na retomada das advertências pois o acolhimento centralizado das reclamações facilitaria, para as chefias, a identificação dos profissionais reclamados e o ajustamento de suas condutas às rotinas do Hospital.

De fato, ao ser formalizado o acolhimento das reclamações no GPE, foi instituído o formulário para ser preenchido por parte do reclamante. Ao solicitar que este preenchesse o nome da área reclamada, o tipo de profissional e, ainda, o nome do mesmo, tornava mais fácil a sua identificação. Quando não diretamente nomeados na reclamação, muitos profissionais foram identificados pelas chefias, quando estas desencadeavam o processo de investigação. O sistema de ouvidoria propiciou, às chefias dos serviços, um documento escrito que lhes dava maior poder de prova sobre determinados comportamentos inadequados de funcionários, como os da recepção por exemplo:

“Eu acho válido que o paciente, que o familiar, se expresse. Eu estimo que ele faça isso, porque é um aprendizado. E é muito mais fácil eu conversar com meu funcionário com algum documento do que eu conversar de boca, parece que a gente está inventando. Então, eles se queixam, eu oriento a fazer por escrito, que eu mesmo vou receber e vou tratar de resolver a justificativa, porque, daí, desencadeia um processo interno, na minha área,

não sei como funciona nas outras. Eu recebo a CI, eu converso ou já conversei com o paciente, ou senão só estou com o documento. Se eu converso com o paciente antes, eu peço para o paciente registrar que é um documento que eu tenho contra o funcionário. Se não quer registrar, ou não tive a oportunidade de falar com ele, eu recebo o documento, converso com o funcionário igual, e uso aquele documento como um indicador de que a coisa não tá bem e aí dou o retorno. Então, é assim que eu faço” (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99).

Mesmo sem ter se constituído em um projeto elaborado deliberadamente com objetivos disciplinares, estavam dadas as condições concretas para que a centralização das reclamações no GPE funcionasse como estratégia de disciplinamento dos trabalhadores. O sistema de ouvidoria permitiria, como de fato o fez, o conhecimento e o exame minucioso dos problemas que envolviam o ambulatório e seus trabalhadores.

Ao localizar, a partir das reclamações, os serviços e setores problemáticos e identificar os envolvidos em prováveis falhas, decorrentes do atendimento prestado, o sistema de ouvidoria forneceu base para as chefias aplicarem os dispositivos disciplinares legais de rotina no Hospital de Clínicas. Possibilitou, assim, a organização de um sistema de registro permanente, “anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber” (Foucault, 1992, p. 106).

A forma como foi feito o encaminhamento das reclamações é indicadora das possibilidades disciplinares, a partir do sistema. O GPE, ao receber uma reclamação, remetia-a para as chefias dos serviços para que elas procedessem às investigações e relatassem os resultados:

“Sempre (investigávamos as reclamações-LHP), a gente saía atrás do profissional ou do serviço ao qual se referia à reclamação, a gente sempre encaminhava uma CI, relatando e encaminhando ao serviço a reclamação. A gente fazia uma CI expondo à chefia do serviço e ela depois reencaminhava a solução ou explicação, a justificativa do que tinha ocorrido” (HCPA-chefia, entrevista 4b/99).

As estratégias de disciplinamento dos trabalhadores em saúde ficaram explícitas quando se acompanhou o resultado do procedimento do sistema de ouvidoria, ao encaminhar os documentos reclamatórios para as chefias. Estas verificavam o teor das reclamações, identificavam os profissionais reclamados e

desenvolveram três estratégias de disciplinamento: não disciplinar, disciplinar de forma punitiva e justificativa ou disciplinar, treinando e educando os trabalhadores.

Considerou-se que não houve a ação de disciplinamento, aos trabalhadores reclamados, em 58% das reclamações para as quais não houve respostas por parte das chefias à ouvidoria. Saliente-se que é um percentual elevado se considerarmos os objetivos de acolher as reclamações dos usuários com a intenção de melhorar a qualidade de atendimento. Isso reafirma, mais uma vez, o trabalho ineficiente e contemporizador do sistema implantado.

Com relação àquelas reclamações, para as quais o sistema obteve respostas, encontrou-se indicativos de que foram aplicadas medidas de disciplinamento sobre trabalhadores em saúde. A principal medida de disciplinamento adotada foi a aplicação do dispositivo disciplinar de advertência verbal. Os trabalhadores foram, também, orientados em relação à condutas específicas para os cargos que ocupavam. Foi constatado que os funcionários da recepção foram os mais atingidos por tais medidas.

A advertência verbal foi evidenciada em respostas das chefias sobre as medidas tomadas no caso de mau relacionamento entre usuários e profissional, decorrente de atrito entre ambos. Para ilustrar cita-se o exemplo de resposta da chefia:

“Comunicamos que a funcionária X foi advertida verbalmente quanto à reclamação enviada, pois não é este o perfil de funcionário que desejamos em nossa Instituição”(HCPA-chefia recepção, resposta à reclamação 90/98).

A aplicação de advertência escrita e as punições disciplinares, como suspensão e demissão foram mencionadas pelas chefias, quando entrevistadas, como dispositivos disciplinares legais e utilizados institucionalmente, porém, com menos frequência:

“Então, sempre atendo as duas partes, converso e se eu achar que tem alguma coisa séria a gente acaba advertindo verbalmente. Isso se for algo grave, ou alguma reincidência. Por escrito também é comum. Se a gente sabe que a pessoa tem um problema e muitas vezes foi transferido de uma área para outra e continua apresentando, a gente adverte a primeira vez, a segunda vez, até dar uma suspensão, ou demitir. Essas medidas são mais ou menos o padrão do Hospital. Tu adverte uma vez, adverte duas, tenta descobrir, tenta investigar. A pessoa, a gente tenta encaminhar para outra área para ajudar. Mas tem pessoas, assim, que não estão motivadas para o trabalho. Então, a gente acaba demitindo mesmo” (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99).

Entretanto, nos arquivos do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, não foi constatada nenhuma ação disciplinar que envolvesse suspensão ou demissão, a partir das reclamações efetuadas pelos usuários. Os entrevistados reclamados não narraram, também, a aplicação deste tipo de disciplinamento.

Verificou-se que, a partir da investigação desencadeada pelo sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, ocorreu a orientação dos funcionários da recepção quanto a condutas específicas. Esta orientação deu-se no sentido de reforçar o cumprimento das normas por parte desses funcionários. A prática de orientar o trabalhador foi narrada nas entrevistas tanto por chefias como por reclamados. Foi evidenciada, também, nas respostas anexadas pelas chefias às reclamações, que foram devolvidas ao sistema de ouvidoria:

“Salientamos que os funcionários administrativos são treinados em técnicas de atendimento ao público, bem como possuem conhecimento das rotinas e fluxo do hospital. [...] De qualquer forma, a funcionária foi reorientada e acompanhada nas suas rotinas” (HCPA-chefia recepção, resposta à reclamação 12/98).

“Não, não nenhuma área que eu trabalhei. Eu nunca tive assim, uma advertência, nunca tive punição, nada. Claro, elas sempre conversam com a gente: ‘Ah! vocês procuram isso e tal’, o melhor. Inclusive, a gente está fazendo umas reuniões de atendimento ao paciente. Então, isso a gente faz em torno de melhorar, mas nem sempre a gente consegue” (HCPA-recepcionista, entrevista 17/99).

O depoimento da recepcionista remete para outra prática disciplinar institucional promovida em menor escala: as estratégias de treinamento e de educação dos trabalhadores em saúde. Estas práticas são corriqueiras na instituição. Com a pesquisa evidenciou-se, porém, que algumas foram desencadeadas a partir do acolhimento das reclamações. Também verificou-se que estratégias de treinamento foram mais comuns na área administrativa, principalmente na recepção, enquanto as de educação caracterizaram a área médica.

Em reuniões dos funcionários com as chefias da recepção, foram analisadas as práticas que resultaram em reclamações, algumas das quais acolhidas pelo sistema de ouvidoria. Casos mais graves, de relacionamento, eram comentados, mas os envolvidos não eram mencionados. Se fosse um caso mais rotineiro comentavam a reclamação, referiam a pessoa envolvida, explicitavam as rotinas e as formas de tratamento ao paciente:

“Na maioria das vezes, na sexta-feira a gente tem reunião, reunião entre a turma do ambulatório para discutir o que aconteceu, quais são os pontos

positivos e negativos o que foi mudado, o que vai ser mudado, a rotina, essas coisas assim” (HCPA-recepcionista, entrevista 16/99).

Os fatos narrados acima indicaram que houve treinamento, para os funcionários do setor da recepção, no qual foram incluídos comentários sobre as formas de tratamento reclamadas por usuários. Em relação aos médicos, evidenciou-se que as reclamações foram encaradas como forma de orientação de condutas e de aprendizagem.

A orientação de condutas ocorreu de forma mais individual, quando tratou-se de procedimentos técnicos médicos decorrentes da qualidade de atendimento. Neste caso o médico foi chamado, geralmente era residente, e a ele foi explicado o procedimento a ser adotado.

A aprendizagem foi coletiva quando envolveu a discussão de casos clínicos. Como as reclamações sobre procedimentos técnicos, dirigidas aos médicos, pouco referiram dúvidas dos reclamantes sobre casos clínicos esta estratégia, embora habitual na instituição, foi menos utilizada como decorrência de reclamações acolhidas na ouvidoria.

Isto porque, como vimos, os reclamantes referiram problemas de dificuldade em conseguir consultas, de pontualidade ou de não comparecimento do profissional no dia e hora agendados para a consulta e, para estes casos, não houve um processo de educação coletiva dos médicos. A repercussão do trabalho da ouvidoria em seu caráter educativo mostra-se no depoimento a seguir:

“Nós temos é discussão de casos médicos em que entram esses problemas também, tipos de reclamações. Mas não que haja uma reunião específica para tratar desse tipo de problema, até porque eles são eventuais, eles não são tão freqüentes. Mas como eu te disse isso aqui é um aprendizado. No momento que se chama um residente, coloca o tipo de reclamação, se discute, representa uma maneira de se corrigir para o futuro diante de situações semelhantes” (HCPA-chefia médica, entrevista 9/99).

As estratégias de disciplinamento dos médicos deixaram à mostra a desigualdade de tratamento em relação aos funcionários da recepção. Em relação aos médicos a aplicação das normas disciplinares de punição, através da advertência verbal, escrita ou da suspensão, praticamente não figurou. Reconhecendo a diferença do tipo de problemas reclamados, conforme a categoria profissional, o disciplinamento desigual quando tratou-se de um mesmo tipo de problema, causa inquietação. Esta estranheza justifica-se nos casos de falta de pontualidade, da

ausência do profissional médico no local de trabalho ou de problemas de relacionamento médico-paciente. As chefias médicas argumentaram em favor de outro disciplinamento, o de orientação e de educação, e não através das formas punitivas:

“Não é que nós fazemos aqui uma, uma coisa no aspecto de punição, absolutamente não, não é por isso. Nós orientamos, chamamos a atenção, poderia ter sido feito assim, saber ouvir as pessoas e nesses hospitais como o nosso em que há muito trabalho, há muita solicitação, às vezes, fica difícil a pessoa assoberbada de trabalho ter uma resposta adequada. Então essa reflexão de sentimentos, a pessoa ouvir a reclamação ou da maneira que responde é extremamente importante. Então essa é, é um ato assim, é uma coisa que nós sempre chamamos a atenção que é um, tipo assim, é um procedimento médico: entender as dificuldades, é o paciente que está doente, é o familiar que tá preocupado. O médico tem os seus problemas, tem as suas, situações emocionais, mas nesse momento ele tem que ser especialmente médico e entender, e procurar assim, de uma maneira adequada, assim social, procurar responder às questões ou às indagações das pessoas” (HCPA-chefia médica, entrevista 9/99).

Resumindo, a partir das respostas devolvidas ao sistema de ouvidoria e anexadas nas reclamações, foi possível distinguir os diferentes tipos de disciplinamento existentes no âmbito Hospitalar. Constatou-se que, as formas de resposta características da área médica e da equipe de enfermagem, foram as justificativas. A aplicação dos dispositivos disciplinares de rotina foi praticada mais frequentemente pelas chefias da recepção, portanto, afeto à área administrativa.

É compreensível que diferentes serviços e setores tenham normas e orientações de condutas específicas. Porém, um mesmo tipo de reclamação, como por exemplo, a de agressividade ou grosseria no tratamento dado ao usuário, recebeu dispositivos disciplinares distintos, quando dirigidos a um profissional da área médica ou a um trabalhador da área administrativa.

O profissional da área médica foi aconselhado a ouvir os pacientes. O profissional da recepção recebeu advertências. O disciplinamento, nestas duas áreas, levou a estratégias diferenciadas de treinamento e educação. O treinamento foi característico da área da administração, enquanto que os processos de educação foram mais característicos da área médica e de enfermagem.

Confirma-se que os trabalhadores ligados à hierarquia médica e à hierarquia administrativa são submetidos a formas diferenciadas de disciplinamento. Estas indicam estruturas diferentes de poder e revelam o poder médico existente no

Hospital.

#### **4.8 A atuação ineficiente e burocrática do sistema de ouvidoria**

Os **efeitos** do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas foram analisados a partir de seu impacto institucional e social. Relembrando, verificou-se sua contribuição em reforçar ou alterar o **poder** de forças sociais e institucionais, na área da saúde. Para tanto, os efeitos do sistema foram analisados a partir dos objetivos de sua implantação e da promoção de estratégias de envolvimento e de disciplinamento de seus trabalhadores e usuários reclamantes.

Um dos objetivos de implantação do sistema de ouvidoria foi o de organizar o acolhimento das reclamações do Hospital. A decisão de implantação desse sistema foi tomada e efetivada pela Administração Central do Hospital não decorrendo da imposição de políticas oficiais. Tampouco foi instalado a partir de um projeto de poder claramente definido, embora caracterizando-se como uma micropolítica institucional.

Isto fica às claras quando entrevistados recorreram ao argumento da dependência do Hospital, em relação ao Governo Federal, como justificativa para não ter sido criado um setor específico para o recebimento das reclamações. Tratando-se de uma empresa pública de administração indireta, com capital exclusivo da União, a administração central do Hospital de Clínicas argumentou pela dependência do Governo Federal para implantar um novo serviço que constasse do organograma e que implicasse na criação de novos cargos e funções.

A opção do Hospital de Clínicas pela implantação do sistema em um setor que já tinha outras atribuições fez com que ele apresentasse aspectos controversos na realização de seu trabalho e atuasse de forma pouco consistente, gerando efeitos sociais e institucionais também contraditórios.

Um dos **efeitos sociais**, aquele que afetou ao mesmo tempo usuários e trabalhadores em saúde, independente de serem reclamantes ou reclamados, foi a divulgação de idéias e a promoção de estratégias relacionadas aos projetos sociais, **reformador e liberal**, na área da saúde. Como o Hospital não se posicionou por um destes projetos sociais mais amplos, não disseminou apenas um dos dois. Divulgou algumas das idéias e práticas dos dois projetos, ainda que de forma inexpressiva.

As idéias e práticas do projeto **liberal** estavam presentes, na instituição, antes da implantação do sistema de ouvidoria. Se efetivaram através da adoção do programa de qualidade, em 1993. Estes programas indicam, como vimos, colher a opinião dos cliente para satisfazê-los. Apontam, também, para a possibilidade de implantar ouvidorias ou serviços de atendimento ao consumidor (SAC), como efetivamente ocorreu em empresas privadas, no Brasil. O programa de qualidade do Hospital foi implantado sob a denominação de Programa de Melhoria da Qualidade mostrando a tentativa de adequar esse programa à realidade institucional.

Porém, o programa de qualidade foi de tal forma absorvido que, quando referido o sistema de ouvidoria, a utilização de expressões como “a satisfação do cliente”, que caracterizam a ideologia liberal desses programas, indicou a ambigüidade do posicionamento do Hospital em aderir a apenas um dos projetos. Tanto foi assim que, muitas vezes, programa de qualidade e ouvidoria não foram relacionados ou, quando o foram, este chegou a ser caracterizado como o primo pobre do programa de qualidade:

“Não vejo. Acho que são duas coisas individuais. Mas eu não vejo como uma coisa planejada, mentalizada para isso. Acho que acabou servindo durante um tempo, foi a única alternativa, e agora faz parte do Programa de Qualidade, mas não, não vejo. Sabe porque eu digo isso? Porque é muito, como eu falei, é um rascunho, é muito amador, amadora a questão da Ouvidoria, e se tentasse um Programa de Qualidade, tem que ser uma coisa mais... Até pelo próprio documento. Como eles encaminham para nós e como eles encaminham para o paciente, então, é muito amador. Já os outros Programas de Qualidade são mais elaborados, há equipes que coordenam, e *folders*, e uma estrutura e eu acho que ele é um primo pobre do programa” (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99).

O Hospital de Clínicas organizou a acolhida aos reclamantes em 1994 quando a agenda, na área da saúde, era a implantação plena dos princípios do SUS. O fato de ser um hospital público, atendendo os usuários do SUS, fez com que o Hospital de Clínicas também procurasse adequar-se a esses princípios. Ter oportunizado, ao usuário, um canal para ouvir sua voz e sistematizar sua acolhida trouxe uma abertura do Hospital aos princípios de **democratização** e de **desburocratização**, presentes no projeto reformador e na Lei do SUS.

Dar voz ao usuário reclamante, democratizando as relações entre estes e a instituição, propiciou ao Hospital tomar conhecimento de suas falhas e verificar a qualidade do atendimento realizado por seus profissionais. Possibilitou tomar

conhecimento dos setores e serviços mais problemáticos do Hospital e dos profissionais que não cumpriam as normas de rotina ou não apresentavam conduta de acordo com o perfil de profissional pautado pelo Hospital:

“Salientamos que a funcionária está ciente do perfil do funcionário para o nosso serviço, que não se enquadra dentro de sua conduta” (HCPA, chefia recepção, resposta à reclamação 91/98).

Organizando o sistema de ouvidoria o Hospital propiciou, também, um acolhimento menos burocratizado ao reclamante, visto que ele passou a ser orientado, no encaminhamento de suas reclamações, de forma mais unificada, institucionalmente. Contribuiu, dessa forma, para melhorar a gestão administrativa pois desafogou a direção do Hospital do encargo de receber reclamações de problemas que poderiam ser resolvidos de forma descentralizada. Como exemplo citam-se a marcação de consultas, o cumprimento das agendas e o acompanhamento das atividades funcionais dos trabalhadores em saúde, como faltas, atrasos, entre outros.

O sistema permitiu mais agilidade no recebimento e encaminhamento dos usuários reclamantes. Esta afirmação tem como parâmetro o que acontecia antes do sistema ter sido organizado. Comparativamente com o período em que não havia sido implantado esse sistema, a ouvidoria agilizou a investigação das reclamações e possibilitou, também, mais transparência interna sobre alguns dos problemas existentes no Hospital. A narrativa abaixo ilustra essa comparação:

“Passou a existir mais agilidade. Porque antes o paciente reclamava tanto no GPE, que eles também reclamavam ou na Vice Presidência Médica, para onde ia a maioria das reclamações mas, na maioria delas, não havia solução, eram perdidas as reclamações. No momento em que começou a, começou a funcionar esse sistema de ouvidoria, as soluções começaram a ser encaminhadas e lógico, que o paciente se beneficiou disso aí” (HCPA-chefia, entrevista 4b/99).

A **democratização** e a **desburocratização**, embora não explicitamente definidos como princípios institucionais, relacionaram a implantação do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas ao projeto **reformador** e aos princípios disseminados pelo SUS. Caracterizaram a importância social da ação de organização do sistema de ouvidoria, pois propiciou maior participação e controle dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado.

O fato de ter desburocratizado a acolhida ao reclamante não significou, porém, que a ouvidoria não tenha desenvolvido um trabalho internamente

burocratizado, como de fato aconteceu. Analisando o trabalho atual do sistema de ouvidoria, alguns trabalhadores em saúde, hoje nos cargos de chefias, caracterizam-no pela falta de agilidade e pelo excesso de burocracia (HCPA-chefias, entrevistas 5/99, 5b/99, 10/99).

Os **efeitos institucionais** da organização do sistema de ouvidoria resultaram das relações que se estabeleceram entre o Hospital, os usuários e os trabalhadores em saúde. Estas relações contribuíram, muitas vezes, para manter e, em outras, para questionar a estrutura de poder existente no Hospital, demonstrando a existência de interesses diferenciados por parte desses agentes sociais. Indicaram relações de poder e de exclusão social, que vigoram na sociedade e estão presentes no âmbito hospitalar.

Um dos resultados significativos da implantação do sistema de ouvidoria, no que concerne à estrutura de poder existente no Hospital, foi sua contribuição para um questionamento e não propriamente para uma alteração desta. Ao propiciar maior participação e controle do usuário sobre o atendimento hospitalar, comparado com o período anterior a 1994, o sistema de ouvidoria contribuiu para tornar exposta, embora de forma muito incipiente, a correlação de forças existentes no Hospital.

Ao viabilizar um canal para a expressão destes interesses, foi aberta a oportunidade de **democratização** de poder. Este aspecto foi evidenciado na narrativa de entrevistados quando afirmaram que, antes do sistema, os usuários tinham receio de reclamar, com medo de sofrerem represálias e não serem mais atendidos no Hospital.

A organização do sistema afetou as relações institucionais vigentes porque atuou **envolvendo** e **disciplinando** os **usuários** e os **trabalhadores em saúde**, nos quais incluem-se as próprias chefias. Em relação a estas, constatou-se que a ouvidoria questionou a estrutura de poder pois algumas reclamações e o envio, por parte da ouvidoria, da solicitação de investigação gerou constrangimentos. Estes foram relatados por mais de um entrevistado:

“Ah, muitas vezes eu fui abordada por pessoas que haviam sido reclamadas, que havia queixas contra elas, seu procedimento, seu serviço etc. ‘Ah, porque tu fizestes, porque tu me mandasses essa carta, porque tu fizestes isso comigo?’” (HCPA-chefia, entrevista 5b/99).

Internamente o sistema de ouvidoria, mexeu na estrutura de poder, pois intimou chefias e profissionais a responderem justificando suas ações. Muitas vezes,

a ouvidoria recebeu reclamações relacionadas a pessoas que eram hierarquicamente superiores aos seus. Este aspecto é reconhecido institucionalmente:

“[...] o Hospital lida com a Universidade, com o professor da Universidade. Então é muito difícil o encaminhamento de algumas questões, um contratado bater de frente com um professor. Mas na maioria dos casos assim, a gente tinha um convívio muito cordial com os professores da faculdade, com os chefes de serviço, que é o que a gente mais lida lá, e são a maioria deles” (HCPA-chefia, entrevista 4b/99).

Porém, como o sistema não atuou mais eficazmente, na prática, o questionamento à estrutura de poder foi pouco efetivo. As chefias que não se submeteram a este questionamento responderam de uma forma muda: não enviando respostas ao sistema de ouvidoria. Faltou respaldo institucional para que a ouvidoria se impusesse como um poder junto a outros poderes, dentro do Hospital.

Considerando o tipo de atuação, **ineficiente e burocrática**, que caracterizou o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, ao promover as estratégias de **envolvimento** e de **disciplinamento**, verificou-se que a maior parte de suas ações contribuiu para manter inalteradas muitas das relações institucionais vigentes. Contribuiu para reforçar o **poder** de forças já existentes no Hospital, no caso, poder médico-hospitalar.

Isso porque a estratégia de **disciplinamento** dos **usuários** reclamantes consistiu em organizar a sua acolhida, orientando-os quanto à conduta para concretizar sua queixa contra o Hospital. Promoveu estratégias para disciplinar o encaminhamento das reclamações fazendo-as chegar até as chefias.

Em relação às estratégias de **envolvimento** dos **usuários**, estas consistiram na **informação** e na **aplacação**. No primeiro caso, acolheu o reclamante para informar-se dos problemas do Hospital. Como esta era a meta principal, a informação bastava e não atuou de forma mais decisiva na busca da resposta ao problema relatado.

O envolvimento dos usuários com o trabalho realizado foi pouco efetivo e apontou formas de exclusão social, vigentes na sociedade e reproduzidas no âmbito hospitalar. Realmente, o indicador mais sensível deste envolvimento, a resposta às reclamações, demonstrou que a maioria destas, 58%, não foram respondidas. A ouvidoria alegou, como motivo para isso, a falta de resposta das chefias. Este tipo de atuação da ouvidoria foi classificada como permanecendo no nível de **informação**. O sistema ouviu as reclamações dos usuários basicamente para tomar conhecimento das

falhas institucionais.

O sistema de ouvidoria atuou de forma a aplacar a relação entre a instituição e os usuários nas demais reclamações. As estratégias de **aplacação** consistiram em ouvir os usuários reclamantes, repassar para as chefias os documentos com o registro das reclamações e enviar as respostas das chefias para os usuários. Não se empenhou em verificar se a resposta estava de acordo com as expectativas do usuário.

O envolvimento dos **trabalhadores** em saúde caracterizou-se pela promoção de estratégias de **integração passiva** e de **adesão**. A direção do Hospital não envolveu os trabalhadores em saúde na implantação do programa, pois não comunicou-os da mesma. Integrou passivamente apenas aqueles que informou sobre a nova rotina relativa ao encaminhamento dos reclamantes.

No desempenho de seu trabalho, a ação mais freqüente do sistema de ouvidoria, envolvendo os profissionais em seu trabalho, foi o procedimento de enviar e solicitar investigações. Este procedimento, porém, foi feito de forma burocrática, através de uma CI de encaminhamento de um setor do Hospital para outro. Encaminhou 89% das reclamações (88% para as chefias e 1% diretamente para os profissionais) para averiguação, tentando, através desse procedimento conquistar a adesão dos trabalhadores da instituição.

Assim procedendo, conseguiu a adesão de apenas 42% das chefias e dos profissionais. Estes foram receptivos ao sistema de ouvidoria. Chegou-se a esta conclusão quando analisadas as respostas que retornaram e o tempo que demoraram para este retorno, incluídas aquelas investigadas e respondidas pelo próprio sistema.

Em relação aqueles profissionais dos quais conseguiu a adesão, esta foi mantida de forma burocrática, como pode observar-se pelos procedimentos de encaminhamento e de resposta às solicitações do sistema. As chefias, ao receberem as reclamações, investigaram e responderam burocraticamente. As respostas continham justificativas dos procedimentos adotados pelos serviços, setores e profissionais reclamados, que resultaram na queixa. Informaram, também, a aplicação dos dispositivos legais institucionais.

A ouvidoria conseguiu integrar, de forma passiva, 47% dos profissionais de saúde do Hospital. Para estes, receber a CI significou apenas serem comunicados do problema reclamado, já que os mesmos não responderam à investigação solicitada. A

falta de respostas ao sistema exemplificou o trabalho ineficiente da ouvidoria em conseguir a adesão da maioria dos profissionais ao seu trabalho.

As estratégias de **disciplinamento** dos trabalhadores reclamados se efetivaram pois, através do acolhimento das queixas, foi possível verificar setores e serviços problemáticos identificar os profissionais que incorreram em problemas de conduta. A partir dessa identificação foram desencadeadas ações de orientar a conduta dos reclamados punindo-os ou justificando os procedimentos. Em relação aos trabalhadores o sistema propiciou, também, um disciplinamento do seu comportamento. Estes profissionais relataram que, depois de terem recebido a primeira reclamação passaram a ter mais cuidado em suas condutas profissionais:

“A gente sempre muda, não é. Eu acho que a gente sempre aprende, seja com uma reclamação, seja com, qualquer outra coisa, uma situação diferente que aconteça. Eu acho que a gente sempre aprende e às vezes assim, até porque de repente eu estou lá sozinha, um monte de paciente, um monte de coisa para fazer ao mesmo tempo e, lá, às vezes sem querer a gente é seco demais com o paciente ou sei lá, rude até demais com eles, mas, nada assim que, eu pelo menos, da minha parte, nunca fiz nada que pudesse prejudicar um paciente. Isso aí não, mas a gente sempre aprende sim, aprendi. Eu espero que sempre para melhor” (HCPA-recepcionista, entrevista 17/99).

Concluiu-se assim, que, no que se refere à promoção de estratégias de disciplinamento e de envolvimento dos usuários reclamantes e dos trabalhadores em saúde, o sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas atuou como uma ouvidoria **ineficiente e burocrática**.

Dentro da instituição, um número significativo de chefias também considerou o trabalho da ouvidoria ineficiente e burocrático. Quando avaliaram seu desempenho ou quando sugeriram mudanças na sua forma de atuação, foram utilizados termos indicando que a ouvidoria “não deveria varrer a sujeira para debaixo do tapete, acomodar a situação, ser válvula de escape, aliviar pressão, enviar CIs mecanicamente, tipo faz-de-conta, e atuar como colchão d’água ou como uma forma de dissimular problemas” (entrevistas 1b/99, 2/99, 3/99, 4/99, 5/99, 10/99).

Falávamos, no início deste trabalho que o poder da ouvidoria estaria, entre outros fatores, associado aos limites que a instituição, na qual está inserida, lhe impõe. Um deles expressa-se na dificuldade em obter resposta às suas ações. No caso do Hospital de Clínicas isso ficou evidente. A ponto da instituição, através da fala de seus sujeitos, reconhecer os limites que estabeleceu para seu próprio sistema de ouvidoria.

Os **efeitos** do sistema de ouvidoria foram percebidos de formas diversas pela instituição, pelos trabalhadores em saúde e pelos usuários, indicando os interesses e conflitos divergentes que se estabeleceram no âmbito hospitalar, e a posição estrutural a que os diversos grupos pertencem. Do ponto de vista do Hospital, representado pelas falas das direções e ouvidores, ouvir os usuários possibilitou detectar falhas institucionais que afetavam o seu atendimento e trabalhar no sentido de saná-las.

A implantação de um sistema de ouvidoria teve, porém, efeitos positivos e negativos, os quais se manifestaram no trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuaram no sistema. Um dos aspectos positivos foi a concentração do recebimento das reclamações em um só setor, o Grupo de Pacientes Externos. Esta medida foi importante, tanto para a instituição como para os usuários, pois organizou o acolhimento das queixas. Outro aspecto positivo a ser salientado é que o GPE passou a ter um maior reconhecimento institucional dentro do Hospital.

Saliente-se, do ponto de vista deste trabalho, que foi o GPE que se fortaleceu e não um sistema de ouvidoria. Cabe fazer esta ressalva pois o GPE tem funções internas, como coordenar o ambulatório e a emergência, mais amplas, não sendo um setor do tipo serviço de atendimento ao consumidor (SAC) ou uma central de atendimento ao consumidor (CAC), que outras empresas tem. O GPE se fortaleceu pois ficou mais conhecido internamente:

"Eu acho que foi uma vantagem concentrar num setor também por vários motivos, num sentido, do lado dos pacientes reclamantes, sabendo que tinham um lugar para reclamar. E, por outro, do lado do Hospital ter pessoas que iam se tornando experientes no trato dessas coisas para tentar dar uma satisfação emocional para o paciente" (HCPA-chefia, entrevista 1b/99).

Outra evidência positiva da organização do sistema de ouvidoria foi que a centralização das reclamações, no GPE, propiciou a melhoria da prestação de serviços dos setores sob sua coordenação, principalmente do ambulatório. Esta melhoria foi decorrente, muitas vezes, da constatação de problemas, trazidos pelos usuários. Lembre-se que a emergência, também coordenada pelo GPE, caracteriza-se pela dificuldade de previsibilidade, e que a internação foi pouco afetada por reclamações registradas pelos usuários no sistema de ouvidoria:

"Além da gente conseguir encaminhar várias soluções, conseguir detectar vários focos, porque existiam serviços-problema dentro do Hospital e que eu acredito que hoje não existam mais. Então, eu acho que tudo isso foi muito

bom e o ambulatório começou a funcionar bem melhor, depois disso aí” (HCPA-chefia, entrevista 4b/99).

Se, por um lado, divulgou o trabalho do GPE, por outro lado, este setor ainda assim, permanece desconhecido internamente como o local que se caracteriza por um sistema de ouvidoria e, externamente, não é reconhecido como local de reclamações. Este fato é reconhecido institucionalmente e foi manifestado em várias entrevistas:

“Na verdade, não existe a ouvidoria, não é, não existe a ouvidoria. É um rascunho de ouvidoria” (HCPA-chefia recepção, entrevista 10/99).

“A resposta que veio para mim foi a seguinte. Veio lá da, ah, eu não sei o que é GPE” (HCPA-usuária reclamante, entrevista 25/99).

A influência do sistema de ouvidoria na melhoria do atendimento ambulatorial foi importante mas não suficiente. Os dados empíricos mostraram que ainda há problemas a serem resolvidos nos serviços ambulatoriais. Se, por um lado, verificou-se que o número de reclamações registradas pelo GPE diminuiu ao longo dos anos, por outro lado as queixas, em relação ao ambulatório, aumentaram.

O impacto positivo do acolhimento centralizado das reclamações, quando confrontado com os dados levantados na pesquisa, permitiu salientar aspectos contraditórios no trabalho desencadeado pelo sistema de ouvidoria. Um deles remeteu ao fato de que a melhoria do relacionamento com as chefias não significou o desaparecimento das dificuldades atestado pela falta de resposta, das chefias, para grande parte das reclamações.

A falta de resposta das chefias remeteu à estrutura de poder existente no Hospital. Esta, distribuindo os profissionais em vários níveis hierárquicos, conforme as profissões, cargos e funções faz com que as competências sejam bem definidas. Há ainda a hierarquização de profissões, típica na área da saúde, onde médicos, equipe de enfermagem e profissionais administrativos têm poderes diferenciados. Nesta área, o saber soma-se ao poder. O saber-poder cria uma hierarquização dentro da mesma categoria e entre elas (Carapinheiro, 1998). É assim que médicos professores, diferenciam-se dos demais, contratados e residentes. Médicos em geral estão em hierarquia superior aos demais profissionais. Enfermeiros-professores estão em escala superior aos demais profissionais da equipe de enfermagem. Esta equipe divide-se ainda em enfermeiros, técnicos e auxiliares.

Este sistema de poder foi expresso na relação com os usuários e trabalhadores em saúde, bem como em relação à hierarquia funcional e profissional existente

dentro do Hospital. Em relação aos trabalhadores em saúde, a hierarquia aparece em estratégias de disciplinamento diferenciadas. Para os profissionais administrativos a disciplina se efetivou sob a forma de advertências. Para os profissionais da área médica as estratégias contemplaram justificativas dos fatos ocorridos. Em relação a algumas chefias o poder manifestou-se ao não responder ao sistema de ouvidoria. Expressou o poder do silêncio e a impotência da ouvidoria em exigir respostas.

Em relação aos usuários a concentração do poder em determinadas categorias profissionais materializou-se na desvalorização da reclamação. Ao não respondê-la ficou reforçada a exclusão social a que estão submetidos a maioria dos usuários do SUS. Notou-se em algumas respostas, com as quais as chefias justificam procedimentos, a referência aos pacientes como tendo problemas psicológicos e sendo agressivos (reclamação 25/97). Neste caso, como ocorreu também no Hospital Fêmeina, a chefia sugere avaliação psicológica do paciente.

Realmente uma dose de agressividade, por parte dos usuários, foi constatada através da análise da descrição de muitos dos acontecimentos. Porém, a referência ao estado emocional dos pacientes é uma forma de tentar desqualificar reclamações e justificar a falta de resposta, por parte das chefias. O sistema de ouvidoria nada fez nesses casos e agindo assim atuou como um sistema ineficiente, não se constituindo em um canal para ouvir o usuário e democratizar as relações no âmbito hospitalar:

“Daí então eu acho que isso é um veículo, necessidade psicológica que os usuários devem ter. Mas não pode ficar só nisso, porque aí pode parecer cínico, não, não é só isso. Isso aí, uma parte dessas reclamações também são aceitas e podem ser depois analisadas e servindo de estímulo para modificações no atendimento” (HCPA-chefia, entrevista 1b /99).

Algumas chefias, porém, aderiram mais fortemente à proposta de ouvir o usuário. Para elas, e isso foi expresso em uma resposta a um usuário reclamante, ouvi-lo foi importante, institucionalmente. Pode-se caracterizar esta reclamação como um exemplo de **consulta** da instituição aos usuários. No entanto, elas são quantitativamente pouco expressivas em relação ao universo das reclamações. Após comunicar o resultado da investigação a chefia expressou:

“Agradecemos a informação, pois através dela podemos avaliar funcionários que não estão respondendo ao padrão de atendimento exigido por este serviço” (HCPA-chefia recepção, resposta à reclamação 90/98).

Os usuários avaliaram o sistema de ouvidoria afirmando sua importância para melhorar o atendimento e para agilizar consultas. Afirmaram que é uma forma de

resolver algumas questões que parecem pequenas. Enfatizando sua importância os usuários salientaram, porém, a qualidade da resposta como um dos pontos críticos de atuação do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas (HCPA-usuários, entrevistas 21/99, 22/99, 25/99). A qualidade significava a explicitação da resolução dos problemas mencionados:

“Para mim foi excelente, só faltando assim, foi ótimo o atendimento, só faltando uma resposta” (HCPA-usuária reclamante, entrevista 21/99).

“Quanto a questão do serviço de ouvidoria eu acho que é eficiente. Funcionou, eu recebi resposta. Mas o problema, que era o que tinha que ser resolvido, não o papel. Isso aí não interessa. o que não funcionou foi a resolução do problema” (HCPA- usuária reclamante, entrevista 25/99).

Conforme vimos, o sistema de ouvidoria relatou que sempre responde ao usuário sobre o resultado da reclamação, mesmo em caso de silêncio das chefias em responderem às suas solicitações. Porém, para o usuário uma resposta relatando as dificuldades do Hospital e das providências tomadas não é eficaz, pois não demonstra a resolução do problema. Ele não quer a resposta no papel, quer a resposta em atos. Com a primeira forma de resposta, seria apenas respeitada a condição básica do cidadão em ser ouvido e em ficar sabendo que sua reclamação foi tomada, pela instituição, como fonte de informação sobre os problemas institucionais. A qualidade da resposta, que é um fator determinante, na atuação do sistema de ouvidoria deixou, como vimos, a desejar.

Esta pesquisa contribuiu para materializar o que era reivindicado por chefias, trabalhadores e usuários: ouvir os sujeitos inseridos na história da ouvidoria do Hospital de Clínicas, evidenciando sua concepção do que seria uma ouvidoria eficaz. A pesquisa demonstrou uma realidade que todos desconheciam na sua integralidade, constituindo-se num canal de expressão dos conflitos e interesses diversos existentes na instituição. Na concepção destes:

“Na ouvidoria, não tá definido o papel, não tá definido o responsável, a qualidade do trabalho da ouvidoria. Então a Ouvidoria é um rascunho de uma Ouvidoria. Então, eu acho que falta nessa Ouvidoria, uma orientação melhor. As pessoas têm que, antes de escrever no papel, têm que ser ouvidas, para que possam ter uma idéia clara do que elas vão se queixar e ver se a coisa é fruto, é necessário, é objeto de uma reclamação ou não” (HCPA- chefia recepção, entrevista 10/99).

A reivindicação de uma atuação mais efetiva, por parte do sistema de ouvidoria, unificou a linguagem de chefias, trabalhadores em saúde e usuários.

Acolhendo as reclamações como forma de consulta o sistema deveria ouvir para solucionar os problemas institucionais.

Na percepção dos envolvidos com o sistema, este teria de ter autonomia e ser uma presença forte dentro da instituição. O ouvidor teria de ser alguém que faz uma crítica interna. Teria de ser autônomo, independente, com mandato e não sujeito a represálias (HCPA- administradores, coordenadores do GPE, entrevistas 1/99, 5/99; 5b/99). Foi sugerido, também que este passasse pelos serviços do Hospital, que sentasse e conversasse com as pessoas para sentir, de perto, os problemas institucionais (HCPA-chefia, trabalhadores em saúde e usuário, entrevistas 5b/99, 12/99, 22/99). Ressalte-se que esta foi, também, uma sugestão manifestada em entrevistas feitas no Hospital Fêmina.

A partir dos dados pesquisados e da análise realizada, pode-se afirmar que os resultados, até agora alcançados pelo sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas se efetivaram no sentido de **informação** e da **aplacação** dos **usuários** reclamantes. Possibilitou à instituição ouvir o usuário, mas **não ampliou sua voz**, o que ocorreria no caso das reclamações serem levadas em conta como uma forma de **consulta** dos serviços prestados pela instituição, através de seus profissionais. Em relação aos **trabalhadores** em saúde o **envolvimento** foi de buscar sua **adesão**, mas apenas **integrou-os passivamente** pois não obteve sucesso em conseguir a adesão da maioria dos trabalhadores em saúde. As chefias que tiveram seus serviços ou profissionais reclamados abstiveram-se de responder ao sistema, em grande parte. Desta forma, o sistema de ouvidoria caracterizou-se por uma ação **ineficiente e burocrática**.

Com esta pesquisa foi possível mostrar, que as reclamações, registradas no sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas, têm relevância institucional e social. Embora apareçam e sejam tratadas, muitas vezes, como problemas individuais e até psicológicos são, na sua essência, sociais. Relataram problemas que continuaram, ao longo dos anos, mantendo formas recorrentes de interação social entre a instituição hospitalar, seus trabalhadores em saúde e os usuários que buscaram a ouvidoria hospitalar.

### **Considerações finais: o impacto da opção por ouvidorias hospitalares**

Se ao encerrarmos este trabalho elucidamos o tema que nos propusemos a estudar e assim compreendemos uma prática, significa que atingimos nosso objetivo. Significa, por outro lado, que a meditação sobre o tema recomeçará, no momento de apresentá-lo ao público. A partir desse instante, novas reflexões se agregarão e irão enriquecer as práticas que explicamos sob determinada ótica.

O tema ouvidorias hospitalares, que ora trouxemos à tona, foi analisado a partir de um olhar e um ouvir sociológicos que indicaram formas possíveis de interpretação da realidade. A pesquisa sobre o impacto da instalação de ouvidorias em dois hospitais públicos de Porto Alegre permitiu ligar os elos de uma prática que, à luz de interpretações teóricas especialmente construídas para tal, possibilitou uma explicação sociológica. Esta entende as reclamações como sociais e não individuais e, portanto, relaciona o indivíduo ao social e liga os sujeitos à suas histórias.

A atual realidade na área da saúde, no Brasil, exacerbou o modelo hospitalocêntrico. Em decorrência, o hospital, como centro deste modelo, constitui-se em um local privilegiado para o estudo de relações institucionais que se efetivam nesta área. O final da década de oitenta caracterizou-se por uma ampliação no patamar democrático, com a nova Constituição e, na área da saúde, com a lei que implantou o SUS. Os hospitais, devido à crise pela qual passavam e frente aos novos ventos que sopravam, passaram a adotar novas formas de gerenciamento. Constituir ouvidorias hospitalares foi uma delas.

Neste estudo, o olhar sobre ouvidorias hospitalares focalizou-as como dispositivos institucionais, isto é, micropolíticas, ponderando sobre seu impacto nas dimensões individual, institucional e social. Cogitamos que ouvidoria, mais do que uma simples medida gerencial, implicava em novas formas de **envolvimento** e de **disciplinamento** dos usuários e dos trabalhadores em saúde.

Desvelamos que a opção pela voz, **ouvir é dar voz**, poderia ter, entre outras, duas concepções: uma **liberal** e outra **reformadora**. Devido ao caráter mercadológico, a proposta **liberal** entende as relações sociais como relações entre mercadorias, pois seu objetivo é o lucro e a produtividade. Estas idéias, próprias das empresas liberais, fizeram com que algumas aderissem à implantação de ouvidorias como parte dos programas de qualidade total. Adotaram mecanismos de consulta ao

“cliente” para que pudessem, a partir de suas opiniões, pensar medidas que visassem à sua satisfação. Associando a implantação de ouvidorias na área da saúde à esta concepção **liberal** argumentou-se que, dar voz permite um **controle individual** dos serviços prestados, uma forma de gerenciamento do conflito, visando a satisfação individual e qualificando os procedimentos institucionais.

A segunda concepção, **reformadora** e democratizante, ganhou contornos mais definidos na época de discussão da reformulação do sistema de saúde. Foi defendida pelo projeto da reforma sanitária, daí seu nome. Indicou princípios, posteriormente incorporados pelo SUS, que implicaram em avanços democratizantes na área da saúde. Associando a implantação de ouvidorias à esta concepção pensou-se que dar voz seria permitir exercer um direito de cidadania, um **controle social**, na direção da igualdade e da equidade no que tange à distribuição e à qualidade dos serviços em saúde. Mais tarde, a implantação da proposta reformadora indicou a necessidade de sua própria radicalização, como expresso em *Reforma da reforma* de Gastão Wagner de Sousa Campos (1992).

Estas concepções estavam presentes em muitos hospitais, em particular nos hospitais públicos estudados. Por um lado, adotavam a ideologia liberal, fruto do pensamento predominante no campo médico, oriundo das concepções do modelo médico (Menendez, 1978). Este modelo, fundado na concepção de medicina clínica curativa difunde a lógica de mercado de distribuição e oferta dos serviços de saúde.

Por outro lado, enquanto instituições públicas os hospitais estudados apresentavam em alguns momentos um funcionamento burocrático, característica cunhada historicamente nos serviços públicos de saúde no Brasil. Deveriam, porém, adequar-se aos princípios do SUS: democratização, desburocratização e participação popular.

Verificamos que ao implantar a ouvidoria os hospitais não optaram claramente por uma das concepções e demonstraram uma ambigüidade de atuação, no que diz respeito à relação instituição-usuário. A aplicação dos princípios do SUS se efetivou, porém, associada ao pensamento liberal.

A predominância do modelo liberal manifestou-se nos dois casos estudados. Num deles a ouvidoria favoreceu a implantação do programa de qualidade total (Hospital Fêmeina). No outro, foi o programa de qualidade instalado que acenou para

a necessidade da ouvidoria (Hospital de Clínicas). Em ambos a ouvidoria permaneceu subsumida a estes programas, a ponto de ser considerada “o primo pobre” do programa para a qualidade.

Dentro de princípios mais liberais que democratizantes as ouvidorias deixaram as reclamações dos usuários ficar empoeirando nas prateleiras, até que esta pesquisadora, alguém de fora da instituição, resolveu tirar a poeira dos arquivos e colocar esta prática em observação. Assim, fizemos um mapeamento das reclamações e seguimos o percurso que indicava o impacto das ouvidorias nas relações institucionais.

Descobrimos que as ouvidorias hospitalares foram implantadas como uma das formas com que os hospitais podiam auscultar os “dizeres” sobre a qualidade de seu atendimento. Constituía-se, portanto, em modalidades institucionais para verificar as suas falhas. Estas falhas indicavam problemas estruturais e de funcionamento. Os primeiros apontavam para dificuldades em conseguir a primeira consulta e a reconsulta, cuja solução não estava na alçada da instituição. Este aspecto ultrapassa os limites dos hospitais, denotando a dificuldade de acesso ao sistema de saúde por parte dos usuários do SUS, dada à elevada demanda por esses serviços e a limitada capacidade de oferta instalada.

Os problemas de funcionamento remetiam para os procedimentos técnicos, principalmente médicos, de relacionamento e de comunicação. Assim, a ouvidoria hospitalar indicava formas institucionais possíveis de regulação de conflitos.

Para obter-se um parâmetro indicativo da universalidade dos problemas reclamados, nos dois hospitais, comparou-se as queixas registradas nas ouvidorias com as reclamações encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), afeto à Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Embora se tratando de outro fórum, é possível estabelecer a comparação, pois o Conselho acolhe reclamações que indicam problemas em unidades de saúde (US) e serviços credenciados ao SUS, entre os quais encontram-se os hospitais. As reclamações encaminhadas ao Conselho podem ser vistas, na íntegra, no Anexo E.

No Conselho Municipal, o principal problema reclamado também foi, como nos hospitais, dificuldades em conseguir a marcação de consultas. Neste caso as reclamações eram dirigidas à Central de Marcação de Consultas e Exames

Especializados (CMCE), setor da Secretaria responsável pelo agendamento de consultas em âmbito municipal e estadual. Este indicador atesta, mais uma vez, a carência de serviços ofertados à população frente à demanda por consultas.

O problema de mau atendimento nas unidades municipalizadas da Secretaria e nos serviços credenciados também foram citados em número expressivo. Este foi o segundo tipo de problema mais reclamado nos hospitais.

No Conselho Municipal de Saúde, o segundo tipo de problema reclamado foi a dificuldade de comunicação entre os serviços e os usuários, no que diz respeito a orientações, solicitações e encaminhamentos. Corresponde aqueles classificados nesta pesquisa como problemas de comunicação, terceiro tipo de problema mais referido no Hospital Fêmeina e quarto no Hospital de Clínicas.

No Hospital Fêmeina, as reclamações referiram-se, logicamente, às especialidades médicas de ginecologia e obstetrícia. O fato de, no Hospital de Clínicas, ter sido esta também a especialidade mais reclamada remeteu à dificuldade em conseguir atender à demanda por esse serviço, bem como aos problemas de qualidade de atendimento e relacionamento entre profissionais e usuários. Como parâmetro de comparação, destaca-se que esta é, também, a especialidade mais reclamada no âmbito da Associação de Vítimas de Erros Médicos, conforme notícia veiculada na imprensa (Rede Globo), no segundo semestre de 1999.

Desvelamos que as ouvidorias ataram e desataram amarras de **envolvimento** e de **disciplinamento** que entrelaçaram a instituição, os usuários e os trabalhadores em saúde. Envolveram os usuários **informando-os** ou **aplacando** o seu descontentamento. Envolveram os trabalhadores, **integrando-os** ou buscando sua **adesão** ao trabalho das ouvidorias.

Informando os usuários e integrando os trabalhadores as ouvidorias caracterizaram-se como **ineficientes**. Aplacando os usuários e buscando a adesão dos trabalhadores agiram como **burocráticas**. Um dos indicadores da prática ineficiente foi não obter resposta das chefias e não responder qualificadamente aos usuários.

As ouvidorias falaram em desburocratização do acolhimento ao reclamante, mas imprimiram um cunho burocrático em seus trabalhos. Um dos indicadores da prática burocrática foi a predominância da estratégia de envolvimento de **aplação** e de temporização da voz do usuário.

Disciplinaram os usuários organizando seu acolhimento. Disciplinaram os trabalhadores através de estratégias de justificar suas falhas ou de puni-los com advertências e suspensões.

Com esta atuação, mesmo que não fosse ação deliberada de seus protagonistas, as ouvidorias não consideraram os usuários como sujeitos de uma história de vida e morte. Presos às concepções liberais do modelo médico que tem embasamento também no positivismo, os pacientes foram vistos, algumas vezes, como corpos sem alma, sujeitos a-históricos, a-sociais, apenas portadores de doença. Dentro dessa concepção, em alguns casos, entenderam as reclamações como corriqueiras e oriundas de pessoas “extremamente insatisfeitas”, “passionais”, agressivas, com “problemas psicológicos”.

Nos dois hospitais o acolhimento das reclamações foi visto como uma forma de “dar uma satisfação emocional”, fruto de uma “necessidade psicológica que os usuários devem ter”. Atuavam, no calor da reclamação, embora tenham dito que agendar uma entrevista, para ouvir os pacientes, como ocorrido no Hospital Fêmeina, era uma forma de “esfriar seus ânimos”.

As respostas foram de **aplacação e burocráticas**. O caráter contemporizador foi expresso por uma usuária quando manifestou: “da ouvidoria, no Hospital Fêmeina, nota dez. No meu caso, nota dez. Agora só uma ressalva. Eles não me deram retorno. Eles não se interessaram em me dar o retorno”.

As ouvidorias resolveram questões pontuais e evitaram que os “diz que diz que” se amplificassem e fossem cair na imprensa prejudicando a imagem da instituição e seus profissionais. Agindo desta forma, porém, não amplificaram a voz do usuário e não deram resposta nem solução efetiva aos seus questionamentos.

A importância de uma resposta que indicasse solução para os problemas foi mencionada, por uma das usuárias entrevistadas, ao afirmar que a resposta no papel não era satisfatória. Deveria ser materializada em atitudes concretas: “Funcionou, eu recebi resposta. Mas é o problema que tinha que ser resolvido, não o papel. Isso aí não interessa. O que não funcionou foi a resolução do problema”.

A forma com que foram tratados os “pacientes”, manifestou-se na conduta de uma recepcionista ao dizer ao usuário reclamante: “se tu não estás satisfeita, tu vais até o setor tal e reclama”, e indicou que, invisível aos olhos, as práticas de exclusão

se efetivaram. Para a concepção positivista o paciente não é sujeito de sua própria história, não tem voz e sofre a ação daqueles que detêm, no caso, o poder do conhecimento. O tratamento dado ao usuário teve, em determinadas ocasiões, o significado de que os excluídos, ganhando um “presente” - atendimento médico aparentemente sem custo para eles - teriam de ser gratos. Sem direito à voz, portanto, reclamar jamais.

Mesmo assim os usuários ousaram desafiar a ordem estabelecida e foram reclamar do atendimento recebido. Destaque-se que os dados que caracterizaram o perfil do usuário reclamante foram coincidentes nos dois hospitais pesquisados. O reclamante foi o próprio usuário, residente em Porto Alegre e, em sua grande maioria, foram as mulheres as que registraram a reclamação. A mulher reclamou enquanto usuária, mãe ou filha de pacientes, o que é importante ressaltar.

No caso do Hospital Fêmeina, especializado no atendimento à mulher este fato poderia ser considerado “normal”. Mas, como os dois hospitais têm características diferenciadas, o fato da mulher ter sido a reclamante, também no Hospital de Clínicas, traz à tona outro aspecto: que a mulher desempenha um papel preponderante no cuidado com a saúde. Esta evidência encontra respaldo teórico na literatura, que ressalta este fato em diferentes sociedades e culturas, e foi explícito nas análises de Helman (1994) e Abel-Smith (1994).

Podemos concluir que o principal efeito institucional das ouvidorias hospitalares foi desencadear estratégias de **envolvimento** e de **disciplinamento** dos usuários reclamantes e dos trabalhadores em saúde reclamados. Considerando o tipo de atuação das ouvidorias, **ineficiente** e **burocrático**, argumenta-se que suas ações contribuíram, em maior medida, para manter e não para alterar as relações institucionais vigentes, reforçando o poder médico-hospitalar. Contribuíram, mesmo que apenas em parte, para questionar esta estrutura de poder, pois intimaram chefias e profissionais a justificarem procedimentos e ações que desqualificavam o atendimento dos hospitais. Nos dois hospitais, a ouvidoria contribuiu para alterar, em parte, estas relações, ao tornar as reclamações de usuários aceitas pelos médicos.

As ouvidorias dos hospitais investigados promoveram estratégias que conduziram ao envolvimento e ao disciplinamento dos usuários reclamantes e dos

trabalhadores em saúde das instituições. Pode-se afirmar, porém, que as ouvidorias não foram eficazes.

Os hospitais, através dos sujeitos entrevistados, reconheceram os próprios limites institucionais impostos às ouvidorias. Argumentaram que a ouvidoria não deveria “varrer a sujeira para debaixo do tapete, acomodar a situação, ser válvula de escape, aliviar a pressão, enviar CIs mecanicamente, tipo faz-de-conta, e atuar como colchão d’água ou como uma forma de dissimular problemas”.

Muitas vezes, um trabalho ou um profissional pode ser eficiente mas não ser **eficaz**. A eficiência se restringe em cumprir adequadamente as funções e as rotinas. Entende-se como eficácia o desejável do ponto de vista social, aquele que produz bons resultados em termos sociais (Pereira, 1995).

Quando se fala em eficácia, argumenta-se pelo tipo de ouvidoria que, em relação aos usuários, acolheria a reclamação como uma forma de **consulta**. Neste caso, ouviria os usuários para solucionar os problemas institucionais, incentivando-os a registrar sua reclamação e respondendo qualificadamente ao reclamante. Disciplinar significaria a solução dos problemas reclamados e não apenas normatizar o recebimento, o encaminhamento e a investigação das reclamações.

Em relação aos trabalhadores em saúde, a ouvidoria eficaz seria aquela que promoveria a sua interação com a instituição. Quando uma micropolítica institucional como a ouvidoria é planejada, a sua implantação não seria apenas comunicada mas amplamente discutida. No processo interno desencadeado pela ouvidoria encaminharia as reclamações e discutiria a solução de problemas. As chefias e os profissionais responderiam qualificadamente. A disciplina do reclamado se efetivaria sob a forma de treinamento e de processos educativos, e não apenas sob a forma de punição ou justificativa dos problemas verificados. Estes últimos procedimentos são necessários para corrigir atos indesejados e fortalecem o comportamento ético por parte dos trabalhadores em saúde. Mas não são por si só suficientes.

A situação acima descrita está longe de ser consolidada. Mas nesta pesquisa argumentou-se que, optar por ouvidorias em serviços públicos já é, em si, uma medida democrática. O que diferenciaria as ouvidorias umas das outras seria sua

eficácia em ampliar ou diminuir a voz dos usuários, conforme a concepção institucional de ouvidoria e de atendimento em saúde, na qual está inserida.

Nos dois hospitais estudados, as ouvidorias não ampliaram a voz dos usuários de forma impactante. Isto se deve ao fato de os hospitais não estarem claramente posicionados pelo tipo de ouvidoria que queriam implantar. Ao acolher as reclamações, os hospitais envolveram os reclamantes, oportunizando que, através deste canal, as relações institucionais fossem democratizadas. Possibilitaram que os usuários exercessem um maior controle público da qualidade dos serviços prestados, inclusive em hospitais, instituições que até então não concebiam como possível ou desejável a participação dos usuários.

Inúmeras vezes foi indagado como seria possível a participação de usuários em hospitais, quando apresentava-se o projeto desta pesquisa. A dificuldade em aceitar a participação dos usuários ficou evidenciada, nos dois hospitais, pela necessidade de desenvolver uma cultura de aceitação das reclamações de pacientes, por parte dos médicos.

A concepção de uma ouvidoria **eficaz** apoiou-se na literatura na qual é identificada com os direitos individuais, considerada um mecanismo democrático de controle da administração, de acesso à justiça e de defensoria popular.

Exemplos neste sentido podem ser reconhecidos nos depoimentos de usuários, ao manifestar que deveria haver direitos e deveres iguais entre a instituição e seus profissionais, e entre a instituição e seus usuários. No Hospital de Clínicas, quando o usuário não pode comparecer à consulta, é “solicitada a gentileza que avise a instituição no mínimo com 24 horas de antecedência”. Uma usuária que reclamou do não comparecimento do médico ao posto de trabalho, reivindicou o direito de ser comunicada de que a consulta não se realizaria pois esta significava a solicitação de dispensa em seu trabalho e, neste caso, a falta do profissional não foi inesperada, mas resultante de ida à Congresso, ou seja, planejada.

Também nos depoimentos de usuários como de trabalhadores podemos observar uma consciência incipiente da necessidade do ouvidor ter uma postura ativa e não restrita à função de gabinete, isto é, observar diretamente o funcionamento hospitalar.

Entrevistados dos dois hospitais, usuários e trabalhadores, disseram que o ouvidor deveria, além de ouvir, percorrer os corredores, sentar nos bancos ao lado dos usuários, observar o atendimento prestado pela instituição. Sugeriram que o ouvidor fosse até os quartos de internação perguntar aos usuários se havia problemas de atendimento. Insinuaram que o ouvidor conversasse com os usuários quando recebesse a reclamação e, quando terminada a investigação, informasse aos mesmos os resultados conseguidos para a resolução do problema.

Foi sugerido ainda, por trabalhadores em saúde, que a ouvidoria fosse exercida por vários profissionais, de áreas diferentes, que fizessem um trabalho mais coletivo. No Hospital de Clínicas foi destacada a necessidade de uma infra-estrutura mais adequada para a realização de um efetivo trabalho de ouvidoria. Neste hospital, entrevistados afirmaram que o trabalho da ouvidoria nunca foi valorizado adequadamente pelo contexto geral da instituição.

Propostas de informatização da tarefa da ouvidoria foram, também, mencionadas por profissionais de ambos hospitais. Argumenta-se ser provável que a informatização auxiliaria, mas desde que o trabalho não permanecesse burocrático, à semelhança do que é hoje praticado. Que não servisse apenas para digitar reclamações no computador ou para escaneá-las, como foi sugerido por um profissional médico, para facilitar o encaminhamento interno, para as chefias. Escanear seria uma forma, também, de manter a redação do paciente. Quando as respostas retornassem dos serviços ou setores, que não fossem apenas tiradas cópias das mesmas para serem encaminhadas aos reclamantes. Estes procedimentos já são realizados, sem o uso do computador.

Um envolvimento mais intenso dos profissionais das instituições foi sugerido por alguns dos próprios trabalhadores em saúde reclamados, quando entrevistados. Uma das médicas ressaltou que sua participação na ouvidoria deu-se quando era chefe de serviço e foi solicitada a responder às queixas, porém afirmou: “nunca fui escutar ninguém, nunca participei como ouvidora”. Nota-se que esta profissional manifesta um desejo frustrado de ouvir as reclamações pessoalmente.

Acreditamos que para uma ouvidoria atingir plenamente seus objetivos, de ser um canal para ouvir a voz do cidadão, é necessário que tenha uma estrutura onde a pessoa que é a responsável tenha respaldo institucional e não apenas da direção. Que

a comunidade hospitalar toda assuma a ouvidoria como um projeto institucional e a reclamação como uma questão eminentemente social e não apenas individual. Isto porque, como afirmou-se anteriormente, as reclamações apontam para relações sociais que se repetem e são, muitas vezes, imperceptíveis aos olhos de quem as experienciam.

Ao término deste estudo podemos dizer que os usuários foram ouvidos, mas calaram-se as ouvidorias. Porém, ao autorizar que esta pesquisa se efetivasse, as instituições possibilitaram o início de um processo de reflexão sobre as práticas instaladas. A escuta da ouvidoria foi realizada, mesmo quando agendada, ainda no momento e na razão direta da crise que gerou a reclamação. Os ouvidores foram os receptores imediatos das queixas, realizando uma escuta de primeiro grau, aquela que se efetivou ainda no calor dos acontecimentos, envolvendo passionalismo e sofrimento.

A cientista social escutou não mais no calor dos acontecimentos. Investigou o trabalho das ouvidorias e olhou as relações de envolvimento e de disciplinamento do ponto de vista de alguém que, de fora da instituição, se debruça sobre ela e a analisa. Explicou os fatos depois de ocorridos, de forma reflexiva e racional.

Esta pesquisa, ao refletir sobre uma prática social, reúne os princípios da sociologia aplicada e da extensão universitária resultando numa possibilidade de intervenção na realidade. Assim, uma das usuárias entrevistadas, que se sentiu desrespeitada com a resposta obtida, cópia de atestado da frequência de um médico a Congresso justificando a sua falta na consulta, disse, ao receber a pesquisadora para entrevistá-la: “agora eu sei que a ouvidoria está funcionando. A prova é que tu estás aqui para me ouvir” (HCPA-usuária, entrevista 25/99). E me apresentou para pessoa de sua família como sendo a “ouvidora” do Hospital de Clínicas. Mesmo esclarecida de que a pesquisa não era para a instituição, ela assim mesmo reforçou a idéia.

Estas considerações indicam que, esta pesquisa serviu, desta forma, para amplificar não só a voz dos usuários, mas também a voz da instituição e dos trabalhadores, isto é, dos protagonistas da história das ouvidorias hospitalares estudadas. Realizou uma meta-ouvidoria: ouvimos a ouvidoria e seus acontecimentos. Registramos, analisamos e explicamos.

Mais do que sofrer a influência da pesquisa, evidencia-se, neste caso, a inseparável relação entre sujeito pesquisador e objeto de pesquisa. Ao torná-la pública, o processo de reflexão, sobre o tema e as práticas instauradas, levado a termo por esta pesquisadora termina. Termina, entretanto, na hora de recomeçar.

## ANEXO A - Metodologia da pesquisa

### QUADRO 1- O problema da pesquisa

1- Por que ouvidorias hospitalares?

Hipótese: alguns hospitais públicos, no Brasil, optaram pela criação de ouvidorias como dispositivo de gestão a partir de concepções vigentes na sociedade, sendo estas:

- 1.a- Projeto reformador para o Sistema de Saúde ⇒ propostas de mudança:  
democratização e equidade
- 1.b- Projeto liberal para o Sistema de Saúde ⇒ propostas de mudança:  
mercado e produto clínico

2- Como ouvidorias hospitalares impactam nas relações institucionais?

Hipótese central: ouvidorias hospitalares são estratégias institucionais que conduzem ao envolvimento e ao disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde dos hospitais.

- 2.a- envolvimento e disciplinamento do usuário ⇒ informação, aplacação e consulta
- 2.b- envolvimento e disciplinamento dos trabalhadores em saúde ⇒ integração passiva, adesão e interação

3- Quais os efeitos institucionais e sociais?

Hipótese: as ouvidorias hospitalares, dadas as características de sua atuação, propiciam a manutenção e/ou alteração das relações institucionais vigentes.

- 3.a- efeitos institucionais ⇒ usuários e trabalhadores nos hospitais, hegemonia institucional
- 3.b- efeitos sociais ⇒ divulgação dos projetos reformador ou liberal e de seus princípios  
⇒ melhoria social da prestação de serviços ao dar voz ao usuário, oportunizando o controle deste sobre a prestação do atendimento

Quadro 2-Matriz de Análise

Tipos de ouvidoria	Estratégias de envolvimento e de disciplinamento dos usuários reclamantes	
	Envolvimento	Disciplinamento
<b>Ineficiente</b>	<p><b>Informação</b></p> <p>Envolve acolhendo a reclamação ouvindo apenas para informar-se dos problemas institucionais. O acolhimento por amostragem é suficiente. Informa aos usuários seus direitos, responsabilidades e opções em registrar a reclamação. Agenda a entrevista. Não responde ao reclamante.</p>	Disciplina, organizando apenas o recebimento das reclamações, orientando a conduta dos reclamantes.
<b>Burocrática</b>	<p><b>Aplacação</b></p> <p>Envolve acolhendo a reclamação ouvindo para temporizar os problemas institucionais. Recebe todos os reclamantes, tenta ou não, dissuadir os usuários de registrar sua reclamação. As respostas são para temporizar a relação instituição-usuário e ficam arquivadas no setor, nem sempre chegando ao usuário.</p>	Disciplina, organizando o encaminhamento da investigação das reclamações.
<b>Eficaz</b>	<p><b>Consulta</b></p> <p>Envolve acolhendo a reclamação ouvindo para solucionar os problemas institucionais. Incentiva o usuário a registrar sua reclamação. Responde qualificadamente ao reclamante.</p>	Disciplina, organizando a solução dos problemas reclamados.

Tipos de ouvidoria	Estratégias de envolvimento e de disciplinamento das chefias e dos trabalhadores em saúde	
	Envolvimento	Disciplinamento
<b>Ineficiente</b>	<p><b>Integração passiva</b></p> <p>A implantação de SO é comunicada. O SO unifica a linguagem institucional e encaminha as reclamações para conhecimento das chefias e dos profissionais, porém estes não respondem, não consideram pertinentes as reclamações, não mudam comportamentos.</p>	Não disciplina o reclamado.
<b>Burocrática</b>	<p><b>Adesão</b></p> <p>A implantação de SO é comunicada e justificada. O SO encaminha as reclamações e solicita investigações. As chefias e os profissionais respondem burocraticamente.</p>	Disciplina punindo, justificando procedimentos, revisando e orientando a conduta do reclamado.
<b>Eficaz</b>	<p><b>Interação</b></p> <p>A implantação de SO é comunicada e discutida. O SO encaminha as reclamações e discute a solução de problemas. As chefias e os profissionais respondem qualificadamente.</p>	Disciplina, treinando e educando o reclamado.

**QUADRO 3– Entrevistas realizadas nos hospitais HF e HCPA**

Hospitais	Entrevistados			Total 1. e 2.
	1. Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa		2. ouvidores	
HF	2	-	3	5
HCPA	2	1	4	7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>12</b>

Hospitais	Entrevistados							Total 3. 4. e 5.	Total geral	
	3. chefias				4. trabalhadores reclamados					5. usuários reclamantes
	Méd.	Enf.	Recep.	Outras	Méd.	Enf.	Recep.			
HF	1	1	1	2	4	2	2	5	18	23
HCPA	1	1	2	1	2	2	2	7	18	25
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>48</b>

**GRADE 1- Anotação individual das reclamações-HF e HCPA**

Reclamação nº:	
Área:	
Especialidade:	
Profissional:	
Especialidade:	
Reclamante:	
Sexo:	
Procedência:	
SO encaminha para:	
Quem responde:	
Tempo de resposta:	
Resposta:	
Tipo de reclamação por área:	
Tipo de reclamação por profissional:	

Data da coleta da informação:

Informação coletada por:

## GRADE 2- Anotação das reclamações por especialidade e área-HF e HCPA

Área/ Especialidade	Total registrado	Total respondido	Total não respondido
Anestesiologia			
Cardiologia			
Cirurgia Cardiotorácica			
Cirurgia Gastroenterológica			
Cirurgia Geral			
Cirurgia Oncológica			
Cirurgia Pediátrica			
Cirurgia Plástica			
Cirurgia Vascular			
Citopatologia			
Clínica para Adolescentes			
Colo-proctologia			
Dermatologia			
Endocrinologia			
Enfermagem em Saúde Pública			
Epidemiologia Clínica			
Farmacologia Clínica			
Fisiatria e Reabilitação			
Gastroenterologia e Obstetrícia			
Gastroenterologia Pediátrica			
Genética Médica			
Ginecologia e Obstetrícia			
Hematologia Clínica			
Hemoterapia/Banco de Sangue			
Imunologia e Alergia			
Mastologia			
Medicina Interna			
Medicina Nuclear			
Medicina Ocupacional			
Nefrologia			
Nefrologia Pediátrica			
Neonatologia			
Neurologia			
Neurologia Pediátrica			
Nutrição			
Odontologia			
Oftalmologia			
Oncologia			
Oncologia Pediátrica			
Ortopedia e Traumatologia			
Otorrinolaringologia			
Patologia			
Patologia Clínica - laboratório			
Pediatria			
Pneumologia			
Pneumologia Pediátrica			
Psicologia			
Psiquiatria			
Psiquiatria Infantil			
Quimioterapia			
Radiologia			
Recreação Terapêutica			
Reumatologia			
Serviço Social			
Sexologia			
Terapia Intensiva			
Tratamento da Dor			
Urologia			
Áreas: Emergência			
Marcação de Consultas			
Recepção			
Internação			
Ambulatório			
CCA			
Serviços Gerais			
Limpeza e Higienização			
GAO			
* Não Identificado			

Data da coleta da informação:

Informação coletada por:

### GRADE 3- Anotação das reclamações por especialidade e profissional-HF e HCPA

<b>Profissional/Especialidade</b>	<b>Total registrado</b>	<b>Total respondido</b>	<b>Total não respondido</b>
Anestesiologia			
Cardiologia			
Cirurgia Cardiotorácica			
Cirurgia Gastroenterológica			
Cirurgia Geral			
Cirurgia Oncológica			
Cirurgia Pediátrica			
Cirurgia Plástica			
Cirurgia Vascular			
Citopatologia			
Clínica para Adolescentes			
Colo-proctologia			
Dermatologia			
Endocrinologia			
Enfermagem em Saúde Pública			
Epidemiologia Clínica			
Farmacologia Clínica			
Fisiatria e Reabilitação			
Gastroenterologia e Obstetrícia			
Gastroenterologia Pediátrica			
Genética Médica			
Ginecologia e Obstetrícia			
Hematologia Clínica			
Hemoterapia/Banco de Sangue			
Imunologia e Alergia			
Mastologia			
Medicina Interna			
Medicina Nuclear			
Medicina Ocupacional			
Nefrologia			
Nefrologia Pediátrica			
Neonatologia			
Neurologia			
Neurologia Pediátrica			
Nutrição			
Odontologia			
Oftalmologia			
Oncologia			
Oncologia Pediátrica			
Ortopedia e Traumatologia			
Otorrinolaringologia			
Patologia			
Patologia Clínica - laboratório			
Pediatria			
Pneumologia			
Pneumologia Pediátrica			
Psicologia			
Psiquiatria			
Psiquiatria Infantil			
Quimioterapia			
Radiologia			
Recreação Terapêutica			
Reumatologia			
Serviço Social			
Sexologia			
Terapia Intensiva			
Tratamento da Dor			
Urologia			
Áreas: Emergência			
Marcação de Consultas			
Recepção			
Internação			
Ambulatório			
CCA			
Serviços Gerais			
Limpeza e Higienização			
GAO			
* Não Identificado			

Data da coleta da informação:

Informação coletada por:

#### GRADE 4-Resumo das reclamações por ano e área -HF e HCPA

Ano	Reclamações	
	Elogios	
	Total	
Área	Nº da Reclamação	
Ambulatório		
Emergência		
Marcação de Consultas		
Recepção		
Internação		
Outras Áreas		
Não Identificada		
<b>Total</b>		

#### GRADE 5-Resumo das reclamações por ano e profissional-HF e HCPA

Ano	Reclamações	
	Elogios	
	Total	
Profissional	Nº da Reclamação	
Médicos		
Equipe de Enfermagem		
Recepcionista		
Telefonista		
Secretários e Administrativos em geral		
Outros profissionais		
Não identificado		
<b>Total</b>		

#### GRADE 6-Características do Reclamante-HF e HCPA

Reclamante	Nº da Reclamação	Total
<b>Quem :</b>		
Usuário		
Familiar		
Outros: amigos...		
Não Identificado		
<b>Total</b>		
<b>Sexo:</b>		
Masculino		
Feminino		
Não identificado		
Duas pessoas (F e M)		
<b>Total</b>		
<b>Procedência:</b>		
Porto Alegre		
Grande PoA		
Interior RS		
Outros Estados		
Não Identificado		
<b>Total</b>		

### GRADE 7-Tipo de reclamação registrada nas ouvidorias-HF e HCPA

<b>I. Estrutura:</b> capacidade de atendimento engloba:
1. Tempo de espera para conseguir a 1ª consulta e a reconsulta.
2. Tempo de espera para conseguir baixa.
3. Tempo de espera para realizar e obter resultado de exames.
4. Encaminhamento a outro hospital.
5. Quantidade de funcionários, de leitos, quantidade e qualidade de equipamentos para exames.
6. <b>Não atendimento:</b> por atraso do paciente, por procedimento técnico mais demorado que o previsto
7. <b>Outros:</b> (discriminar a categoria): horário de visitas
8. <b>Não especificado na reclamação</b>
<b>II. Funcionamento:</b>
1. <b>Falhas de Comunicação:</b> falha de informação ao usuário, entre serviços e na comunicação dentro de mesmo setor, não informação sobre custos dos procedimentos
2. <b>Falhas de Relacionamento Humano:</b> relacionamento profissional-paciente, entre os membros da equipe de trabalho, profissional desconsidera informação fornecida pelo paciente, paciente discorda do diagnóstico do médico, troca de médico
3. <b>Falhas nos Procedimentos Técnicos:</b> qualidade do atendimento, pontualidade do profissional, não comparecimento do profissional, perda de documentos; exames e pertences dos pacientes, ética médica, cobrança extra por parte do médico, limpeza.
4. <b>Falhas na Presteza do Serviço:</b> consultas e cirurgias agendadas e desmarcadas, repetição de exames, tempo de espera para ser atendido.
5. <b>Outros</b> (discriminar a categoria): demora para receber xerox, reclamações de profissionais de outras instituições.
6. <b>Não especificado na reclamação</b>

### GRADE 8-Tipo de reclamação por área, estrutura e funcionamento-HF e HCPA

Área:	Nº da Reclamação	Total
<b>I. Estrutura:</b>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
<b>II. Funcionamento:</b>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

### GRADE 9-Tipo de reclamação por profissional, estrutura e funcionamento-HF e HCPA

Profissional:	Nº da Reclamação	Total
<b>I. Estrutura :</b>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
<b>II. Funcionamento:</b>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**GRADE 10- Procedimento Institucional: encaminhamento interno das reclamações- HF e HCPA**

SO encaminha para:	Área técnica: Equipe de Enfermagem	Área médica: Ginecologia e obstetrícia	Área administrat.: Recepção	Chefias: DT (HF) VPM (HCPA)	SO	Outros: Setores/ serviços	Total
Chefia Profissional							
Chefia e Profissional							
Arquivamento							
Sem registro do encaminhamento							
Outros							
<b>Total</b>							

**GRADE 11- Procedimento Institucional: resposta das chefias e profissionais ao encaminhamento do SO- HF e HCPA**

Quem responde:	Área técnica: Equipe de Enfermagem	Área médica: Ginecologia e obstetrícia	Área administrat.: Recepção	Chefias: DT (HF) VPM (HCPA)	SO	Outros: Setores/ serviços	Total
Chefia Profissional							
Chefia e Profissional							
<b>Total com resposta</b>							
Arquivamento							
Sem registro do encaminhamento							
Sem Resposta ao SO							
<b>Total sem resposta</b>							
<b>Total</b>							

**GRADE 12- Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao SO- HF e HCPA**

Tempo de resposta	Ano			
	Chefias-nº	SO-nº	Total	%
Resolvido na hora				
1-15 dias				
16-30 dias				
+ de 30 dias				
Sem registro da data				
<b>Total c/resposta</b>				
Arq. e s/reg. do enc.				
Sem resposta ao SO				
<b>Total s/em resposta</b>				
<b>Total</b>				

**GRADE 13- Resposta Institucional ao reclamante- HF e HCPA**

Respostas	Total	%
Com justificativa do setor/serviço		
Sem justificativa do setor/serviço		
<b>Total</b>		

## **Modelos de Entrevistas**

### **(construídos especialmente para a pesquisa)**

#### **Modelo 1-Diretorias Clínicas e Administrativas HF e HCPA**

**Diretorias clínica e administrativa do HF - (no momento da pesquisa)** (com o diretor administrativo não foi realizada)

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital Fêmima? Há quanto tempo ocupa o cargo de diretor da divisão técnica/administrativa do Hospital?

1. O que a direção da divisão técnica/administrativa do Hospital Fêmima faz no sentido de manter o compromisso da instituição, como instituição de excelência cumprindo sua função social, face às pressões que sofrem os hospitais decorrentes da crise na área da saúde no Brasil?
2. Como é de conhecimento público, atualmente ocorrem muitos murmúrios e rumores sobre o atendimento nos hospitais públicos. O Sr. poderia comentar, especificamente em relação ao Hospital Fêmima, porque e como se constituem estes dizeres?
3. Como o Hospital toma conhecimento e o que faz em relação aos comentários sobre o atendimento prestado?
4. Estes comentários refletem os problemas institucionais de atendimento hospitalar? Quais os principais problemas do Hospital Fêmima, atualmente?
5. Por que o Hospital Fêmima decidiu, em 1990, implantar um serviço de ouvidoria? Qual o clima institucional da época?
6. Por que em 1993 o Grupo Hospitalar Conceição decidiu constituir um Fórum de Democratização?
7. Este Fórum, proposto como órgão permanente, funciona até hoje? Se sim, Explique. Se não, Por quê? E no HF? Relate seu funcionamento.
8. Que modificações ocorreram, no acolhimento das reclamações dos usuários do hospital Fêmima, após a implantação do serviço de ouvidoria?
9. Como o Sr. toma conhecimento das reclamações registradas por usuários no serviço de ouvidoria? (Reclamações de relacionamento, de procedimentos técnicos e outros).
10. O Sr. considera pertinentes as reclamações dos usuários sobre o atendimento do Hospital Fêmima?
11. Como se realiza o trabalho do serviço de ouvidoria no hospital? (o SO investiga, as chefias e profissionais respondem, o serviço responde aos usuários)?
12. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do serviço de ouvidoria? Exemplifique.
13. As queixas dos usuários têm ajudado as chefias da divisão técnica/administrativa do Hospital Fêmima no desempenho de suas funções? (Como, exemplifique?)
14. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, desde sua implantação até o momento atual?
15. Qual a relação entre o serviço de ouvidoria e o programa da qualidade do Hospital? Exemplifique.
16. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do serviço de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão)? De alguma forma as reclamações auxiliam a instituição a ter mais força política junto aos órgãos governamentais, quando do estabelecimento de políticas públicas de saúde?
17. E para os usuários, o serviço de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais; comente; explique).
18. Quais os benefícios do serviço de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Fêmima?
19. Os funcionários do Hospital Fêmima, participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do serviço de ouvidoria? (Quais; comente; explique). São realizadas reuniões com AMHF, AFHF e representantes de usuários?

20. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital Fêmima?
21. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital Fêmima?
22. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
23. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:.....  
 Dia:.....  
 Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

#### **Diretorias clínica e administrativa do HCPA - (no momento da pesquisa)**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital de Clínicas? Há quanto tempo o Sr. ocupa a vice-presidência médica/administrativa do Hospital?

1. O que a vice-presidência médica/administrativa do Hospital faz no sentido de manter o compromisso da instituição, como instituição de excelência e referência cumprindo sua função social, face às pressões que sofrem os hospitais decorrentes da crise na área da saúde no Brasil?
2. Como é de conhecimento público, atualmente ocorrem muitos murmúrios e rumores sobre o atendimento nos hospitais públicos. O Sr. poderia comentar, especificamente em relação ao Hospital de Clínicas porque e como se constituem estes dizeres?
3. Como o Hospital toma conhecimento e o que faz em relação aos comentários sobre o atendimento prestado?
4. Estes comentários refletem os problemas institucionais de atendimento hospitalar? Quais os principais problemas do Hospital de Clínicas, atualmente?
5. Por que o Hospital de Clínicas decidiu, em 1994, centralizar as reclamações dos usuários em um só setor? Qual o clima institucional da época? (1984, primeiros passos na implementação do planejamento estratégico. 1993, consolidou o processo de implantação de um programa de qualidade. 1994, centralização das reclamações).
6. Pode-se considerar que o Hospital de Clínicas implantou um sistema de ouvidoria?
7. Que modificações ocorreram, no acolhimento das reclamações dos usuários do Hospital de Clínicas, após a implantação do sistema de ouvidoria?
8. Como o Sr. toma conhecimento das reclamações registradas por usuários no sistema de ouvidoria? (Reclamações de relacionamento, de procedimentos técnicos e outros)
9. O Sr. considera pertinentes as reclamações dos usuários sobre o atendimento do Hospital de Clínicas?
10. Como se realiza o trabalho do sistema de ouvidoria no hospital? (o SO investiga, as chefias e profissionais respondem, o serviço responde aos usuários)?
11. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do sistema de ouvidoria? Exemplifique.
12. As queixas dos usuários têm ajudado os vice-presidentes médicos/administrativos do Hospital de Clínicas no desempenho de suas funções? (Como, exemplifique?)
13. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, desde sua implantação até o momento atual?
14. Qual a relação entre o sistema de ouvidoria e o programa da qualidade do Hospital? Exemplifique.
15. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do sistema de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão)? De alguma forma as reclamações auxiliam a instituição a ter mais força política junto aos órgãos governamentais, quando do estabelecimento de políticas públicas de saúde?

16. E para os usuários, o sistema de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais; comente; explique).
17. Quais os benefícios do sistema de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Clínicas?
18. Os funcionários do Hospital de Clínicas, participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do sistema de ouvidoria? (Quais; comente; explique). São realizadas reuniões com AMHCPA, ASHCLIN e representantes de usuários?
19. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital de Clínicas?
20. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital de Clínicas?
21. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
22. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:.....  
 Dia:.....  
 Iniciou:-----h/------m - Terminou:----- h/------m

### **Modelo 1.2-Diretorias Clínicas na época de instalação das ouvidorias hospitalares HF e HCPA**

#### **Diretoria Clínica na época de instalação das ouvidorias hospitalares HF**

1. Conte sobre a sua história no Hospital Fêmina.
2. Qual o trabalho que realizava antes de tornar-se diretor do HF?
3. Como chegou a Diretor Técnico do HF? Por que aceitou a função de direção?
4. Quais os principais problemas com os quais se deparou como diretor do HF?
5. Conte sobre a história da implantação do Serviço de Ouvidoria no HF.
6. Como foi seu conhecimento do sistema de Ouvidoria na Inglaterra ?
7. Qual foi sua motivação de implantar este sistema no Brasil?
8. No seu artigo, o Sr. faz referências à ouvidoria como uma solução administrativa. Quais as formas de administração que orientaram a prática dos hospitais (em geral) e do HF (em particular) até o momento atual?
9. Quando implantou a ouvidoria no HF, por que não pensou em implantar o Programa da Qualidade Total, que vem, também, se impondo como modelo de busca da qualidade, desde os anos 90 ?
10. Qual o seu entendimento sobre a qualidade em saúde e a qualidade dos serviços de saúde?
11. Foi feito um projeto para a implantação deste serviço, submetido à aprovação do Superintendente do GHC ?
12. Por que um médico para ocupar o cargo de Ouvidor?
13. Poderia fazer um comentário sobre a comparação entre o SO no Brasil e na Inglaterra (semelhanças e diferenças). Acompanhou a evolução, as inovações neste sistema naquele país?
14. Desde a implantação do SO até a presente data o serviço foi divulgado junto ao usuário? De que forma?
15. Qual a sua rotina de trabalho atualmente no HF ? Horas de trabalho? Quais as outras atividades que exerce como médico? Outros locais de trabalho? Horas de trabalho?

#### **Diário de Campo**

Entrevistador:.....Data:.....

**Diretoria Clínica na época de instalação das ouvidorias hospitalares HCPA**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital de Clínicas? Em que período ocupou a vice-presidência médica do Hospital?

1. Por que o Hospital de Clínicas decidiu, em 1994, centralizar as reclamações dos usuários em um só setor?
2. Qual o clima institucional da época? (1984, primeiros passos na implementação do planejamento estratégico. (1993, consolidou o processo de implantação de um programa de qualidade. 1994, centralização das reclamações).
3. Antes da implantação do sistema de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital de Clínicas?
4. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O quê mudou com a implantação da ouvidoria?)
5. A centralização das reclamações no Grupo de Pacientes Externos foi uma decisão tomada pela vice-presidência médica? Foram consultados outros profissionais? Quais?
6. Por que foi escolhido o Grupo de Pacientes Externos?
7. Que modificações ocorreram, no acolhimento das reclamações dos usuários do hospital de Clínicas, após a implantação do sistema de ouvidoria?
8. Pode-se considerar que o Hospital de Clínicas implantou um sistema de ouvidoria?
9. Relate o processo de implantação/centralização do sistema de ouvidoria no Hospital de Clínicas.
10. Foi pensado, na época, na implantação de um serviço de ouvidoria? Sim, não, por quê?
11. Como foi divulgado aos demais profissionais do Hospital que havia sido, ou seria criado, um sistema de ouvidoria?
12. Quem elaborou e o que foi feito em termos de normatização no que se refere à competência e procedimentos que orientariam a ação do coordenador do sistema de ouvidoria?
13. Como passou a ser realizado o trabalho do sistema de ouvidoria no hospital? (o SO investigava, as chefias e profissionais respondiam, o serviço respondia aos usuários?)
14. Como o Sr. passou a tomar conhecimento das reclamações registradas por usuários no serviço de ouvidoria?
15. Quais os principais problemas sobre os quais os usuários reclamavam?
16. Estes eram, de fato, os principais problemas do hospital, na época?
17. O Sr. considerou pertinentes as reclamações dos usuários sobre o atendimento do Hospital de Clínicas?
18. E atualmente quais são os principais problemas do Hospital de Clínicas, ou, os do serviço que o Sr. coordena?
19. Na sua gestão eram elaborados relatórios sobre as reclamações acolhidas pelo sistema de ouvidoria? Considera importante o relatório? Por quê?
20. O que poderia ser modificado, para que o sistema de ouvidoria possa melhorar o seu trabalho no acolhimento das reclamações dos usuários do Hospital de Clínicas?
21. Quais deveriam ser os critérios para a escolha do ouvidor (áreas do hospital, perfil, forma de escolha).
22. Qual deveria ser, na sua opinião, a forma mais indicada de escolha do ouvidor (indicação, eleição?)
23. A forma de escolha do ouvidor (indicação, eleição) interfere na sua autonomia? Comente.
24. O sistema de ouvidoria contribui para a resolução dos problemas detectados através das

reclamações dos usuários? Comente as formas de resolução.

25. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do sistema de ouvidoria? Comente?

26. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, ao longo destes anos de atuação?

27. Qual a relação entre o trabalho desenvolvido pelo sistema de ouvidoria e o trabalho realizado pelo programa da qualidade? Exemplifique.

28. Qual a sua avaliação dos resultados, para o hospital, da implantação do sistema de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão)?

29. E para os usuários, o sistema de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais; comente; explique).

30. Quais os benefícios do sistema de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Clínicas?

31. Os funcionários do Hospital de Clínicas participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do sistema de ouvidoria? (Quais; comente; explique).

32. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital de Clínicas?

33. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário Hospital de Clínicas?

34. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).

35. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/------m - Terminou:-----h/------m

## **Modelo 2 - Ouvidores HF e HCPA**

### **Modelo 2.1. Primeiro Ouvidor do HF**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital Fêmima? Durante que período ocupou o cargo de ouvidor?

1. Por que o Hospital Fêmima implantou o serviço de ouvidoria?

2. Na época em que foi criada a ouvidoria, como o Sr. ficou sabendo que seria criado este serviço no Hospital Fêmima?

3. Relate o processo de implantação da ouvidoria no Hospital Fêmima. (Alguns profissionais foram chamados a opinar sobre a implantação deste serviço, aqui no hospital? Exemplifique).

4. Antes da implantação do serviço de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital Fêmima?

5. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O que mudou com a implantação da ouvidoria?)

6. Como o Sr. veio a ocupar a função de ouvidor do Hospital Fêmima?

7. Como foi divulgado aos demais profissionais do Hospital que havia sido ou seria criado um serviço de ouvidoria?

8. O que foi feito em termos de normatização do serviço no que se refere à competência e procedimentos que orientariam a ação do ouvidor.

9. Em 1994 foi realizada a primeira reunião dos ouvidores do Grupo Hospitalar Conceição, tratando da rotina do serviço e a sua uniformização para as unidades do Grupo Hospitalar. Esta rotina chegou a ser implantada?

10. Observei que nem todos os procedimentos da proposta de rotina foram seguidos, como por exemplo: anotação do número do leito do paciente, da unidade/internação, a assinatura do paciente, o livro de registros das reclamações. Por que não foi implantada a rotina, na sua íntegra?
11. O Sr. poderia relatar como era feito o seu trabalho como ouvidor do Hospital Fêmima.
12. O serviço de ouvidoria investigava as reclamações dos usuários do hospital? Comente as formas de investigação. E hoje?
13. As reclamações da áreas médica, técnica e administrativa seguiam os mesmos procedimentos de investigação e respostas aos usuários? Exemplifique.
14. Observei que muitas vezes a ouvidoria realizava reuniões com os reclamantes e o corpo clínico do hospital. Porque o mesmo procedimento não era realizado com as outras áreas do hospital?
15. As chefias e os profissionais respondiam ao serviço de ouvidoria quando solicitadas a fornecer explicações sobre o fato que gerou reclamação? Comente e avalie as formas de resposta. E hoje?
16. Em 1993 há uma correspondência sua, ao corpo clínico do HF, dizendo que em razão das dificuldades de respostas para retorno às partes reclamantes, a Ouvidoria daria um prazo de dez dias, depois dos quais seria agendada uma reunião entre os reclamantes e os médicos envolvidos. Porque foi necessária esta correspondência normativa?
17. Foram enviadas também correspondências para as chefias administrativas e técnicas do HF, também? Por quê?
18. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do serviço de ouvidoria? Exemplifique. 19. Quais os procedimentos adotados pela ouvidoria para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários do hospital? Comente os procedimentos adotados. E hoje?
20. O serviço de ouvidoria respondia aos usuários do hospital sobre o procedimento adotado pela instituição para resolver o problema, que originou a reclamação? Comente as formas de resposta. E hoje?
21. O serviço de ouvidoria realizava e realiza ainda, relatórios de suas atividades? Considera importante o relatório? Por quê?
22. O Sr. encontrou alguma dificuldade no desempenho de suas funções como ouvidor? Exemplifique.
23. A forma de escolha do ouvidor (indicação, eleição) interfere na sua autonomia? Comente.
24. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, desde sua implantação até o momento atual? Ele ouviu os funcionários, como era seu objetivo inicial? Sim, não comente.
25. Na sua opinião, existe relação entre o serviço de ouvidoria e o Programa de Qualidade do Hospital? Exemplifique.
26. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do serviço de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
27. E para os usuários, o serviço de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais? comente; explique).
28. Quais os benefícios do serviço de ouvidoria para os funcionários do Hospital Fêmima?
29. Os funcionários do Hospital Fêmima participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do serviço de ouvidoria? (Quais?comente; explique).
30. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital Fêmima?
31. Como o Sr. avalia o atendimento prestado, ao usuário, pelo Hospital Fêmima?
32. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
33. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----  
 Dia:-----  
 Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

### **Modelo 2.2. Segundo Ouvidor do HF**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital Fêmima? Durante que período ocupou o cargo de ouvidor?

1. Por que o Hospital Fêmima implantou o serviço de ouvidoria?
2. Na época em que foi criada a ouvidoria, como o Sr. ficou sabendo que o Hospital Fêmima havia criado este serviço?
3. Como o Sr. veio a ocupar a função de ouvidor do Hospital Fêmima?
4. Há normatização do serviço no que se refere a competência e procedimentos que orientam a ação do ouvidor?
5. Antes da implantação do serviço de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital Fêmima?
6. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O quê mudou com a implantação da ouvidoria?)
7. O Sr. poderia relatar como era feito o seu trabalho como ouvidor do Hospital Fêmima.
8. O serviço de ouvidoria investiga as reclamações dos usuários? Comente as formas de investigação.
9. As chefias e os profissionais respondem ao serviço de ouvidoria quando solicitadas a fornecer explicações sobre o fato que gerou reclamação? Comente e avalie as formas de resposta.
10. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do serviço de ouvidoria? Exemplifique.
11. Quais os procedimentos adotados pela ouvidoria para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários? Comente os procedimentos adotados.
12. O serviço de ouvidoria responde aos usuários do hospital sobre o procedimento adotado pela instituição para resolver o problema, que originou a reclamação? Comente as formas de resposta.
13. O Sr. encontrou alguma dificuldade no desempenho de suas funções como ouvidor? Exemplifique.
14. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, desde sua implantação até o momento atual? Ele ouviu os funcionários, como era seu objetivo inicial? Sim, não comente.
15. Na sua opinião existe relação entre o serviço de ouvidoria e o programa da qualidade do Hospital? Exemplifique.
16. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do serviço de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
17. E para os usuários, o serviço de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais? comente; explique).
18. Quais os benefícios do serviço de ouvidoria para os funcionários do Hospital Fêmima?
19. Os funcionários do Hospital Fêmima, participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do serviço de ouvidoria? (Quais? comente; explique).
20. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital Fêmima?
21. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital Fêmima?
22. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
23. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----  
 Dia:-----  
 Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

### **Modelo 2.3. Terceiro Ouvidor do HF**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital Fêmeina? Há quanto tempo ocupa o cargo de ouvidor?

1. Por que o Hospital Fêmeina implantou o serviço de ouvidoria?
2. Na época em que foi criada a ouvidoria, como o Sr. ficou sabendo que o Hospital Fêmeina havia criado esse serviço?
3. Antes da implantação do serviço de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital Fêmeina?
4. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O que mudou com a implantação da ouvidoria?)
5. Como o Sr. veio a ocupar a função de ouvidor do Hospital Fêmeina?
6. A forma de escolha do ouvidor (indicação, eleição) interfere na sua autonomia? Comente.
7. Há diferenças na condução do serviço, pelo fato do ouvidor ser oriundo da área médica ou da área administrativa, à qual o Sr. está mais afeto? Quais? Considera necessário o ouvidor sempre ser um médico?
8. Observei que ao assumir o cargo de ouvidor o Sr. propôs um projeto de rotinas e procedimentos que passaram a orientar a ação do ouvidor. A quem foi encaminhado esse projeto, para opinar sobre o mesmo?
9. Por que foi necessário repensar as rotinas do serviço de ouvidoria? As rotinas elaboradas em 1994, pelos ouvidores do Grupo Hospitalar Conceição, e as implantadas neste serviço até então, estavam superadas? Por quê?
10. Estas alterações foram propostas de forma autônoma pelo ouvidor, ou estão vinculadas ao grupo de ouvidores do complexo hospitalar?
11. Os ouvidores do Grupo Hospitalar Conceição realizam reuniões ou troca de informações sobre o trabalho realizado em cada hospital?
12. Observei que algumas rotinas foram modificadas, entre as quais, por exemplo, a marcação da entrevista, os procedimentos da pesquisa dos casos reclamados, a entrevista com os envolvidos nas reclamações, a consultoria e a decisão. O Sr. poderia comentar porque foram alteradas estas rotinas?
13. Quando o Sr. relata como será tomada a decisão sobre o encaminhamento final da reclamação, afirma que, em caso de mau atendimento, o ouvidor encaminhará o processo para o Chefe da Divisão correspondente. Em caso de possível erro técnico o ouvidor redigirá uma resposta ao reclamante, após submeter o expediente ao respectivo chefe de serviço. Por quê as diferenças de encaminhamento? Nos dois casos não ocorrem, também, a informação ao Chefe da Divisão e ao chefe de serviço e a resposta ao usuário?
14. O Sr. poderia relatar como é feito o seu trabalho como ouvidor do Hospital Fêmeina.
15. O serviço de ouvidoria sempre investiga as reclamações dos usuários do hospital? Comente as formas de investigação.
16. Ele ouviu os funcionários, como era seu objetivo inicial? Sim, não comente. O serviço de ouvidoria atinge seus objetivos de ouvir as reclamações dos funcionários do Hospital? Comente.
17. As chefias e os profissionais sempre respondem ao serviço de ouvidoria quando solicitadas a fornecer explicações sobre o fato que gerou reclamação? Comente e avalie as formas de resposta.
18. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do serviço de ouvidoria? Exemplifique.
19. Quais os procedimentos adotados pela ouvidoria para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários e dos trabalhadores do hospital? Comente os procedimentos

adotados.

20. O serviço de ouvidoria sempre responde aos usuários, sobre o procedimento adotado pela instituição para resolver o problema, que originou a reclamação? Comente as formas de resposta.
21. O serviço de ouvidoria sempre fez e faz ainda, relatórios de suas atividades? Considera importante o relatório? Por quê.
22. O Sr. encontra alguma dificuldade no desempenho de suas funções como ouvidor? Exemplifique.
23. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo serviço de ouvidoria, desde sua implantação até o momento atual?
24. Na sua opinião, existe relação entre o serviço de ouvidoria e o programa da qualidade do Hospital? Exemplifique.
25. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do serviço de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
26. E para os usuários, o serviço de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais? comente; explique).
27. Quais os benefícios do serviço de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Fêmima?
28. Os funcionários do Hospital Fêmima participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do serviço de ouvidoria? (Quais? comente; explique).
29. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital Fêmima?
30. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital Fêmima?
31. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
32. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

#### **Modelo 2.4. Coordenador e assessor do GPE (na época de implantação do sistema de ouvidoria) HCPA**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital de Clínicas? Durante que período ocupou o cargo de coordenador/assessor do Grupo de Pacientes Externos (GPE)?

1. Considera o GPE como um sistema de ouvidoria e o cargo de seu coordenador como um cargo de ouvidor? Por quê?
2. Por que o Hospital de Clínicas implantou o sistema de ouvidoria?
3. Na época em que foi criada a ouvidoria, como o Sr. ficou sabendo que seria criado este sistema no Hospital de Clínicas?
4. Relate o processo de implantação do sistema de ouvidoria no Hospital de Clínicas. (Alguns profissionais foram chamados a opinar sobre a implantação deste serviço, aqui no hospital? Exemplifique).
5. Antes da implantação do sistema de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital de Clínicas?
6. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O que mudou com a implantação da ouvidoria?)
7. Como o Sr. veio a ocupar a função de coordenador do GPE, com a atribuição de ouvidor do Hospital de Clínicas?
8. Como foi divulgado aos demais profissionais do Hospital que havia sido ou seria criado um sistema de ouvidoria?

9. O que foi feito em termos de normatização do serviço, no que se refere à competência e procedimentos que orientariam a ação do ouvidor.
10. O Sr. poderia relatar como era feito o seu trabalho como ouvidor do Hospital de Clínicas.
11. O sistema de ouvidoria sempre investigava todas as reclamações dos usuários do hospital? Comente as formas de investigação.
12. As reclamações da áreas médica, técnica e administrativa seguiam os mesmos procedimentos de investigação e resposta aos usuários? Exemplifique.
13. As chefias e os profissionais sempre respondiam ao sistema de ouvidoria quando solicitadas a fornecer explicações sobre o fato que gerou reclamação? Comente e avalie as formas de resposta.
14. Acha que atualmente esta situação se modificou? Por quê?
15. Por que o sistema de ouvidoria tinha, e tem até hoje, dificuldade em obter resposta por parte das chefias e dos profissionais?
16. O Sr. encontrou alguma dificuldade no desempenho de suas funções como ouvidor? Quais podem ser relatadas?
17. O sistema de ouvidoria realizava e realiza ainda, relatórios de suas atividades? Considera importante o relatório? Por quê?
18. Observei em seu relatório que o Sr. chama a atenção para problemas mais gerais como estrutura administrativa, capacidade da ouvidoria influenciar na resolução dos problemas assinalados, dar apoio gerencial e administrativo às chefias de serviço. Isto foi realizado, na época?
19. O Sr. acha que atualmente estes problemas foram superados? Por quê?
20. A forma de escolha do ouvidor (indicação, eleição) interfere na sua autonomia? Comente.
21. O Sr. considera viável e desejável a eleição ? Por quê?
22. Quais os procedimentos adotados pela ouvidoria para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários e dos trabalhadores do hospital? Comente os procedimentos adotados. O sistema de ouvidoria contribui para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários? Comente as formas de resolução.
23. O sistema de ouvidoria sempre responde aos usuários e trabalhadores sobre o procedimento adotado pela instituição para resolver o problema, que originou a reclamação? Comente as formas de resposta.
24. Houve alterações no funcionamento do hospital, com a implantação do sistema de ouvidoria? Quais podem ser comentadas?
25. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, ao longo destes anos de atuação?
26. Qual a relação entre o trabalho desenvolvido pelo sistema de ouvidoria e o trabalho realizado pelo programa da qualidade? Exemplifique.
27. Qual a sua avaliação dos resultados, para o hospital, da implantação do sistema de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
28. E para os usuários, o sistema de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais? comente; explique).
29. Quais os benefícios do sistema de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Clínicas?
30. Os funcionários do Hospital de Clínicas participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do sistema de ouvidoria? (Quais? comente; explique).
31. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital de Clínicas?

32. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital de Clínicas?
33. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
34. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

**Modelo 2.5. Coordenador e assessor do GPE (na época de realização da pesquisa) HCPA**

Há quanto tempo o Sr. trabalha no Hospital de Clínicas? Há quanto tempo ocupa o cargo de coordenador/assessor do Grupo de Pacientes Externos-GPE?

1. Pode-se considerar que o Hospital de Clínicas implantou um sistema de ouvidoria?
2. Quais os motivos que levaram o Hospital de Clínicas a implantar um sistema (centralizar as reclamações), num só serviço do hospital?
3. Por que o GPE foi escolhido para acolher as reclamações dos usuários?
4. Na época em que foi criado o sistema (centralizadas as reclamações), como a Sr. ficou sabendo da implantação deste sistema no Hospital de Clínicas?
5. Relate o processo de implantação do sistema de ouvidoria no Hospital de Clínicas. (Alguns profissionais foram chamados a opinar sobre a implantação deste serviço, aqui no hospital? Exemplifique).
6. Antes da implantação do sistema de ouvidoria havia queixas dos usuários sobre o atendimento do Hospital de Clínicas?
7. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O quê mudou com a implantação da ouvidoria?)
8. Como foi divulgado aos demais profissionais do Hospital que havia sido criado um sistema de ouvidoria?
9. A partir da implantação (centralização) foram estabelecidas normas que orientariam a ação de acolhimento das reclamações? Quais?
10. O Sr. poderia relatar como é feito o seu trabalho com relação às reclamações registradas no GPE?
11. O sistema de ouvidoria sempre investiga todas as reclamações dos usuários do hospital? Comente as formas de investigação.
12. As reclamações das áreas médica, técnica e administrativa seguem os mesmos procedimentos de investigação e respostas aos usuários? Exemplifique.
13. As chefias e os profissionais sempre respondem ao sistema de ouvidoria quando solicitadas a fornecer explicações sobre o fato que gerou reclamação?
14. Comente e avalie as formas de resposta.
15. Porque o sistema de ouvidoria tinha, e tem até hoje, dificuldade em obter resposta por parte das chefias e dos profissionais?
16. Quais os procedimentos adotados pela ouvidoria para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários do hospital? Comente os procedimentos adotados.
17. O sistema de ouvidoria sempre responde aos usuários sobre o procedimento adotado pela instituição para resolver o problema, que originou a reclamação? Comente as formas de resposta.
18. O Sr. encontra alguma dificuldade no desempenho de suas funções em relação ao sistema de ouvidoria? Comente.

19. Sistemáticamente são feitos relatórios sobre as reclamações acolhidas pelo sistema de ouvidoria? Para onde são encaminhados esses relatórios?
20. Considera importante o relatório? Por quê?
21. Observei em um relatório de 1994 que os principais problemas na época, no que se refere ao sistema de reclamações, eram a falta de uma estrutura administrativa, a capacidade da ouvidoria influenciar na resolução dos problemas e a falta de apoio gerencial e administrativo para as chefias de serviço. O Sr. acha que atualmente estes problemas foram superados? Por quê?
22. Quais deveriam ser os critérios para a escolha do ouvidor (áreas do hospital, perfil, forma de escolha).
23. Qual deveria ser, na sua opinião, a forma mais indicada de escolha do ouvidor (indicação, eleição)?
24. A forma de escolha do ouvidor (indicação, eleição) interfere na sua autonomia? Comente.
25. O sistema de ouvidoria contribui para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários? Comente as formas de resolução.
26. Houve alterações no funcionamento do hospital com a implantação do sistema de ouvidoria? Comente?
27. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo sistema de ouvidoria, ao longo destes anos de atuação?
28. O que poderia ser modificado para que o sistema de ouvidoria possa melhorar o seu trabalho, no acolhimento das reclamações dos usuários do Hospital de Clínicas?
29. Qual a relação entre o trabalho desenvolvido pelo sistema de ouvidoria e o trabalho realizado pelo programa da qualidade? Exemplifique.
30. Qual a sua avaliação dos resultados, para o hospital, da implantação do sistema de ouvidoria? (quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
31. E para os usuários, o sistema de ouvidoria trouxe algum benefício? (Quais? comente; explique).
32. Quais os benefícios do sistema de ouvidoria para os funcionários do Hospital de Clínicas?
33. Os funcionários do Hospital de Clínicas, participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do sistema de ouvidoria? (Quais; comente; explique).
34. Como o Sr. avalia as condições de trabalho no Hospital de Clínicas?
35. Como o Sr. avalia o atendimento prestado ao usuário Hospital de Clínicas?
36. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
37. O Sr. gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

### **Modelo 3 - Entrevistas com Chefias HF e HCPA**

1. Por que o Hospital **HF/HCPA** implantou o SO?
2. Como você ficou sabendo que o Hospital **HF/HCPA** havia criado um SO?
3. Antes da implantação do SO havia queixas dos usuários sobre o seu setor/serviço (Sobre o que reclamavam os usuários)?
4. Onde e como os usuários faziam as reclamações, antes do sistema de ouvidoria? (A quem se dirigiam os usuários? As reclamações eram registradas por escrito, encaminhadas, investigadas, eram respondidas? O que mudou com a implantação da ouvidoria?)

5. Atualmente, quais são os principais problemas que afetam o seu setor/serviço ?
6. Como você é informado das reclamações dos usuários sobre o seu setor/serviço, registradas no SO?
7. Atendendo à solicitação do SO, você tem investigado as reclamações dos usuários? (Como você faz? Explique, dê exemplos).
8. Constatado o problema, que medidas você adota para resolvê-lo?
9. Após a conclusão da investigação, você sempre responde ao SO? (sim, não, às vezes).
10. Em que casos você responde ao SO?
11. Em que casos você não responde ao SO?
12. Você considerou pertinentes as reclamações sobre o seu setor/serviço, registradas por usuários junto ao SO? (Sim, não, por quê ?)
13. Houve alterações nos procedimentos e rotinas do seu setor/serviço, com a implantação do SO? (Quais? explique; dê exemplos).
14. O SO contribui para a resolução dos problemas detectados através das reclamações dos usuários? (Comente as formas de resolução).
15. As queixas dos usuários têm ajudado às chefias de seu setor/serviço? (Como? Exemplifique.)
16. Qual a relação entre o trabalho desenvolvido pelo SO e o trabalho realizado pelo programa da qualidade? (Comente; dê exemplos).
17. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo SO?
18. Quais foram os resultados para o Hospital **HF/HCPA** da implantação do SO? (quem ganha e o que se ganha com a adoção desta nova forma de gestão?)
19. E para os usuários, o SO trouxe algum benefício? (Quais: comente; explique).
20. Quais os benefícios do SO para os funcionários do Hospital **HF/HCPA**?
21. Os funcionários do Hospital **HF/HCPA**, participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do SO? (Quais? comente; explique).
22. Qual a sua avaliação da mudança no procedimento de marcação de consultas do hospital para a Secretaria Municipal de Saúde? (Os problemas foram solucionados? Exemplifique os problemas que ainda persistem).
23. Como você avalia as condições de trabalho no Hospital **HF/HCPA**?
24. Como você avalia o atendimento prestado ao usuário pelo Hospital **HF/HCPA**?
25. Você gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

#### **Modelo 4 – Trabalhadores em saúde reclamados HF/HCPA**

1. Segundo sua opinião por que o Hospital **HF/HCPA** implantou o SO?
2. Como você ficou sabendo que o Hospital **HF/HCPA** havia criado um SO?
3. Atualmente, quais são os principais problemas que afetam este setor/serviço do Hospital **HF/HCPA**?
4. Como você foi comunicado de que havia reclamações quanto a sua conduta registradas no SO? (Quem fez o comunicado? como fez? explique).
5. Você considerou pertinentes as reclamações quanto a sua conduta no trabalho?
6. A partir das reclamações e da investigação realizada pelo SO, houve mudanças na sua prática profissional? (Quais? comente).

7. Quem responde ao SO no caso de reclamações sobre os funcionários deste setor/serviço? (O funcionário? a chefia? exemplifique.)
8. As queixas dos usuários tem ajudado os funcionários deste setor/serviço, no desempenho de seu trabalho? (Como? exemplifique.)
9. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo SO?
10. Qual a relação entre o trabalho desenvolvido pelo SO e o trabalho realizado pelo programa da qualidade? (Comente; dê exemplos).
11. Qual a sua avaliação dos resultados, para o Hospital, da implantação do SO? (Quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
12. Quais os benefícios do SO para os funcionários do Hospital **HF/HCPA**?
13. Os funcionários do Hospital **HF/HCPA** participam de reuniões ou outras formas de discussão que envolvam decisões sobre as reclamações oriundas do SO? (Quais? comente; explique).
14. E para os usuários, o SO trouxe algum benefício? (Quais; comente; explique).
15. Como você avalia as condições de trabalho neste Hospital?
16. Com você avalia o atendimento prestado ao usuário por este Hospital?
17. Você gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----  
 Dia:-----  
 Iniciou:-----h/-----m - Terminou:-----h/-----m

#### Modelo 5 - Usuários reclamantes HF/HCPA

##### Dados pessoais: (dados anotados na folha impressa)

Nome:	Endereço:	Fone:
1. Sexo: ( ) m ( ) f	2. Idade:-----anos	
3. Profissão: -----		
4. O Sr(a), exerce trabalho profissional? ( ) sim ( ) não		
<i>Em caso afirmativo, responda:</i>		
5. Onde: -----	6. Função: -----	
7. Quantas horas por dia?-----		
8. Carteira assinada? ( ) sim ( ) não		
9. Procedência:		
( ) 1. Porto Alegre, bairro:		
( ) 2. Outro município do RGS: -----		
( ) 3. Outro Estado: -----		
( ) 4. Outro País:-----		
10. Escolaridade:		
( ) 1. Não freqüentou escola		
( ) 2. Primeiro grau inc. (freqüentou até 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª séries )		
( ) 3. Primeiro grau inc. (freqüentou até 5ª, 6ª, 7ª ou 8ª séries)		
( ) 4. Primeiro grau completo (concluiu a oitava série)		
( ) 5. Segundo grau incompleto		
( ) 6. Segundo grau completo		
( ) 7. Terceiro grau (ensino superior) incompleto		
( ) 8. Terceiro grau completo		
( ) 9. Outros. Quais:-----		
11. Número de membros da família, além da (o) respondente:-----		

12. Vive com cônjuge /companheiro ? ( ) sim ( ) não

13. Ocupação do companheiro:-----

14. Habitação:

1. Propriedade: ( ) própria ( ) alugada

2. Tamanho: número de peças na casa:-----

3. Condições: banheiro na casa ? ( ) sim ( ) não

15. Renda média familiar em salários-mínimos (sm)

(*não ler as alternativas*)

( ) 1. 01 sm

( ) 2. De 02 a 03 sm

( ) 3. De 04 a 06 sm

( ) 4. De 07 a 09 sm

( ) 5. De 10 a 15 sm

( ) 6. De 15 a 20 sm

( ) 7. Mais de 20 sm

16. O Sr(a) procurou os serviços do Hospital **HF/HCPA** através de:

( ) 1. Sistema Único de Saúde ( ) 2. Convênio ( ) 3. Particular?

Queixa do reclamante: anotação sintética da queixa antes de realizar a entrevista (*não ler para ele*)

(*nas questões abaixo deve o entrevistador marcar o serviço, os trabalhadores citados e o tipo de queixa, descrita pelo entrevistado e anotar seu relato, para depois, comparar com a reclamação registrada*)

17. Tipo de reclamação :

18. Serviço ou setor:

19. Área:

Formulário/entrevistado

( ) ( ) marcação de consultas

( ) ( ) recepção

( ) ( ) emergência

Formulário/entrevistado

( ) ( ) ambulatório

( ) ( ) internação

( ) ( ) outro? Qual:

20. Trabalhadores reclamados:

Formulário/entrevistado

( ) ( ) recepcionistas

( ) ( ) médicos

( ) ( ) equipe de enfermagem

Formulário/entrevistado

( ) ( ) segurança

( ) ( ) demais funcionários

( ) ( ) outros? Quais:

### Gravação

21. Faz tempo que o Sr(a) vem ao Hospital **HF/HCPA** tratar da sua saúde?

22. O Sr(a) registrou uma reclamação no Hospital **HF/HCPA**. Relate o que lhe aconteceu.

**RELATO:**

23. Em que setor do Hospital **HF/HCPA** o Sr(a) registrou sua reclamação?

24. Como o Sr(a) foi encaminhado para o SO, para fazer sua reclamação?

25. Como foi recebido para ser ouvido em suas reclamações?

26. O Sr(a) obteve resposta da reclamação registrada?

27. Como a resposta lhe foi encaminhada e o que dizia?

28. O Sr(a) ficou satisfeito com a resposta de sua reclamação? (Por quê? comente, explique).

29. O Sr(a) teve oportunidade de voltar ao Hospital depois do atendimento que gerou a reclamação?
30. O Sr(a) notou alguma diferença, no seu atendimento, comparando o atendimento recebido na oportunidade da reclamação e agora?
31. Quais as mudanças no seu atendimento que podem ser relatadas?
32. O Sr(a) sabia que o setor onde foi reclamar é chamado pelo Hospital de SO?
33. O Sr(a) sabe o que significa um SO? (Explique)
34. Segundo sua opinião, quais teriam sido as razões que levaram o Hospital **HF/HCPA** a criar um SO?
35. Considera importante um SO em um hospital? (Por quê?)
36. Qual a sua avaliação do trabalho realizado pelo SO?
37. Qual a sua avaliação dos benefícios para os usuários, da implantação do SO? (Quais? comente; explique).
38. Quais os benefícios do SO para os funcionários do Hospital **HF/HCPA**?
39. E para o Hospital, quais seriam os resultados da implantação do SO? (Quem ganha e o que se ganha com a adoção destas novas formas de gestão?)
40. Como avalia seu atendimento no Hospital **HF/HCPA**?
41. Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento deste hospital?
42. Gostaria de fazer mais alguma observação sobre as respostas formuladas nesta entrevista?

Entrevistador:-----

Dia:-----

Iniciou:-----h/------m - Terminou:-----h/------m

## ANEXO B - Hospitais de Porto Alegre

### QUADRO 1 – Tipos de Hospitais em Porto Alegre - 1999

UNIDADES prestadoras de atendimento pelo SUS	TIPO	DS *1	LEITOS		NATU REZA	ADMIN.
			CONTR	EXIST		
01. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE POA	C/ especialidades	008	104	104	1	MUNICIPAL
02. HOSPITAL NOSSA SRª CONCEIÇÃO	C/ especialidades	005	1134	1134	12	FEDERAL
03. HOSPITAL FÊMINEA S.A	C/ especialidades	008	201	201	12	FEDERAL
04. HOSPITAL CRISTO REDENTOR	C/ especialidades	005	294	294	12	FEDERAL
05. HOSPITAL DE CLINICAS PORTO ALEGRE	C/ especialidades	008	573	624	5	FEDERAL
06. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	C/ especialidades	008	149	164	11	PRIVADO
07. HOSPITAL ESC. PRESIDENTE VARGAS	C/ especialidades	008	176	176	1	FEDERAL
08. HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON	Especializado	006	105	105	1	ESTADUAL
09. HOSPITAL SÃO PEDRO	Especializado	006	130	130	1	ESTADUAL
10. HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC-RS	C/ especialidades	006	321	451	11	PRIVADO
11. HOSPITAL INDEPENDÊNCIA LTDA	C/ especialidades	007	105	105	7	PRIVADO
12. HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA	Hospital Geral	004	130	162	12	PRIVADO
13. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	C/ especialidades	001	266	266	11	PRIVADO
14. HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	C/ especialidades	008	40	78	11	PRIVADO
15. HOSPITAL PETRÓPOLIS	C/ especialidades	008	90	90	7	PRIVADO
16. HOSPITAL VILA NOVA	C/ especialidades	003	172	193	7	PRIVADO
17. ISCMPA POLICLÍNICA SANTA CLARA	C/ especialidades	008	817	817	11	PRIVADO
18. ISCMPA HOSPITAL PAV. SÃO JOSÉ	C/ especialidades	008	74	74	11	PRIVADO
19. ISCMPA HOSP. PAV. PEREIRA FILHO	C/ especialidades	008	65	65	11	PRIVADO
20. HOSPITAL PARQUE BELÉM	C/ especialidades	004	198	230	11	PRIVADO
21. HOSPITAL ESPIRITA PORTO ALEGRE	Especializado	004	466	566	11	PRIVADO
TOTAL			5610	6029		
<b>UNIDADES não prestadoras de atendimento pelo SUS *2</b>						
HOSPITAL GERAL DE PORTO ALEGRE						
HOSPITAL PENITENCIÁRIO						
HOSPITAL IPIRANGA LTDA						
HOSPITAL MAIA FILHO LTDA						
SERVIÇO DE ASSIST. EDUC. E READAP. AO MENOR LTDA						
HOSPITAL BANCO DE OLHOS DE P.ALEGRE						

Fonte: SMS - Quantidade de Leitos - Hospitais que atendem SUS em Porto Alegre.

\*1 - DS-Distrito Sanitário

\*2 Os hospitais listados em separado não prestam mais atendimento SUS. Por isso a Secretaria da Saúde de Porto Alegre não dispõe de dados sobre seu atendimento.

#### Conceitos de Natureza Jurídica (Ministério da Saúde)

01-**Administração Direta da Saúde** – Órgãos Governamentais de Saúde, da administração direta, em qualquer esfera administrativa

05-**Administração Indireta** – Empresa Pública – Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, Estados ou Municípios, criada por lei para exploração de atividade econômica

07-**Empresa** – Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, para exploração de atividade econômica

11-**Entidade Filantrópica** – Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade econômica beneficente de assistência social. Deve possuir o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, sendo entretanto não obrigatório

12-**Economia Mista** – Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com participação do poder público e de particulares no seu capital e na administração, para a realização de atividades econômicas ou serviços de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo Estado

#### Tipo de Unidade (Ministério da Saúde)

01 - **Hospital Geral** - Unidade Hospitalar que atenda pacientes nas especialidades básicas (Clínica Médica, Cirúrgica, Gineco-Obstetrícia e Pediatria)

02 - **Hospital Especializado** - Unidade que atenda em apenas uma especialidade. Este hospital só poderá cadastrar leitos na especialidade referida.

03- **Hospital com Especialidade** - Unidade que atenda outras especialidades, além das quatro especialidades básicas.

### ANEXO C - Hospital Fêmina

TABELA 1- Documentos existentes no Serviço de Ouvidoria do HF-1990-1998

Ano	Reclamações de usuários	Reclamações de funcionários	Elogios	Outros	Total
1990	6	0	0	5	11
1991	40	10	0	20	70
1992	31	2	3	2	38
1993	43	4	6	3	56
1994	40	4	1	3	48
1995	39	3	2	0	44
1996	16	2	1	6	25
1997	29	2	0	4	35
1998	24	5	1	1	31
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>44</b>	<b>358</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 2- Distribuição das reclamações por área - Hospital Fêmina-1990-1998

Ano	1990-1998	
Área	Nº de reclamações	%
Ambulatório	26	9.0
Emergência	51	18.0
Marcação de Consultas	7	3.0
Recepção	34	12.0
Internação	118	43.0
Outras áreas	42	15.0
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100.00</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 3- Distribuição das reclamações por área/ano - Hospital Fêmina-1990 a 1998

Ano	1990		1991		1992		1993		1994	
Área	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ambulatório	0	0.0	4	11.0	1	3.0	9	20.0	0	0.0
Emergência	2	33.0	7	19.0	9	28.0	7	16.0	9	23.0
Marcação de Consultas	1	17.0	0	0.0	1	3.0	1	2.0	0	0.0
Recepção	2	33.0	4	11.0	8	24.0	8	18.0	4	10.0
Internação	1	17.0	18	48.0	9	27.0	17	39.0	18	44.0
Outras áreas	0	0.0	4	11.0	5	15.0	2	5.0	9	23.0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>
Ano	1995		1996		1997		1998		Total	
Área	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ambulatório	2	5.0	1	6.0	4	12.0	5	21.0	26	9.0
Emergência	4	10.0	5	28.0	4	12.0	4	17.0	51	18.0
Marcação de Consultas	2	5.0	0	0.0	2	6.0	0	0.0	7	3.0
Recepção	4	10.0	0	0.0	4	12.0	0	0.0	34	12.0
Internação	24	56.0	6	33.0	15	43.0	10	41.0	118	43.0
Outras áreas	6	14.0	6	33.0	5	15.0	5	21.0	42	15.0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>278</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 4 - Distribuição das reclamações por profissional - Hospital Fêmina-1990-1998

<b>Ano</b>	<b>1990-1998</b>	
<b>Profissional</b>	<b>Nº de reclamações</b>	<b>%</b>
Médico	170	67.0
Equipe de Enfermagem	37	14.0
Recepcionista e telefonista	31	12.0
Outros profissionais	17	7.0
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 5-Distribuição das reclamações por profissional/ano-Hospital Fêmina-1990 a 1998

<b>Ano</b>	<b>1990</b>		<b>1991</b>		<b>1992</b>		<b>1993</b>		<b>1994</b>	
<b>Profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Médico	3	60.0	26	67.0	19	54.0	37	70.0	17	71.0
Equipe de Enfermagem	0	-	6	15.0	6	17.0	5	9.0	3	13.0
Recepcionista e telefonista	2	40.0	5	13.0	7	20.0	9	17.0	2	8.0
Outros profissionais	0	-	2	5.0	3	9.0	2	4.0	2	8.0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>
<b>Ano</b>	<b>1995</b>		<b>1996</b>		<b>1997</b>		<b>1998</b>		<b>Total-94/98</b>	
<b>Profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Médicos	26	67.0	6	67.0	23	72.0	13	68.0	<b>170</b>	<b>67.0</b>
Equipe de Enfermagem	6	15.0	3	33.0	5	16.0	3	16.0	<b>37</b>	<b>14.0</b>
Recepcionista e telefonista	2	5.0	0	-	4	12.0	0	-	<b>31</b>	<b>12.0</b>
Outros profissionais	5	13.0	0	-	0	-	3	16.0	<b>17</b>	<b>7.0</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 6-Tipo de reclamação por estrutura e área do Hospital Fêmina-1990-1998

<b>Estrutura/Área</b>	<b>Amb</b>	<b>Emerg</b>	<b>Marc Cons</b>	<b>Recep</b>	<b>Intern</b>	<b>Outras áreas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Espera/cons. e recons.	2	2	4	1	0	0	9	25.0
Espera/baixa	0	3	0	0	0	1	4	11.0
Espera/exames	0	0	0	0	0	7	7	19.0
Encaminhamento outro hospital	1	1	0	0	2	1	5	14.0
Capacidade operacional	0	0	1	0	1	3	5	14.0
Não atendimento	1	0	1	0	0	0	2	6.0
Outros	1	1	0	0	0	2	4	11.0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 7-Tipo de reclamação por estrutura e profissional do Hospital Fêmina-1990-1998

<b>Estrutura/Profissional</b>	<b>Médico</b>	<b>Equipe de Enfermag</b>	<b>Recepc</b>	<b>Telefon</b>	<b>Outros Profis</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Espera/cons. e recons.	3	0	1	1	0	5	29.0
Espera/baixa	1	0	0	0	0	1	6.0
Espera/exames	1	0	0	0	0	1	6.0
Encaminhamento outro hospital	2	3	2	0	0	7	41.0
Capacidade operacional	2	0	0	0	0	2	12.0
Não atendimento	1	0	0	0	0	1	6.0
Outros	0	0	0	0	0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 8-Tipo de reclamação por estrutura, área e profissional do Hospital Fêmeina-1990-1998

<b>Estrutura</b>	<b>área</b>	<b>%</b>	<b>profissional</b>	<b>%</b>
Espera/cons. e recons.	9	25.0	5	29.0
Espera/baixa	4	11.0	1	6.0
Espera/exames	7	19.0	1	6.0
Encaminhamento outro hospital	5	14.0	7	41.0
Capacidade operacional	5	14.0	2	12.0
Não atendimento	2	6.0	1	6.0
Outros	4	11.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

TABELA 9-Tipo de reclamação por funcionamento e área do Hospital Fêmeina-1990-1998

<b>Funcionamento/Área</b>	<b>Amb</b>	<b>Emerg</b>	<b>Marc Cons</b>	<b>Recep</b>	<b>Intern</b>	<b>Outras áreas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Falhas/comunicação	3	2	0	16	31	7	59	20.0
Falhas /relacionamento humano	12	21	1	15	37	0	86	30.0
Falhas/ procedimentos técnicos	11	27	0	4	71	20	133	46.0
Falhas/ prestação do serviço	2	1	0	1	4	4	12	4.0
Outros	0	0	0	0	0	1	1	0.0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>51</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>143</b>	<b>32</b>	<b>291</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

TABELA 10-Tipo de reclamação por funcionamento e profissional do Hospital Fêmeina-1990-1998

<b>Funcionamento/Profissional</b>	<b>Médico</b>	<b>Equipe de Enfermag</b>	<b>Recepc</b>	<b>Telefon</b>	<b>Outros Profis</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Falhas/ comunicação	38	6	16	4	1	65	20.0
Falhas/relacionamento humano	61	26	11	1	9	108	33.0
Falhas/procedimentos técnicos	110	17	5	0	8	140	42.0
Falhas/presteza do serviço	8	0	2	1	0	11	3.0
Outros	6	0	0	0	0	6	2.0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>49</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>330</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

TABELA 11-Tipo de reclamação por funcionamento, área e profissional do Hospital Fêmeina-1990-1998

<b>Funcionamento</b>	<b>área</b>	<b>%</b>	<b>profissional</b>	<b>%</b>
Falhas de comunicação	59	20.0	65	20.0
Falhas de relacionamento humano	86	30.0	108	33.0
Falhas nos procedimentos técnicos	133	46.0	140	42.0
Falhas na prestação do serviço	12	4.0	11	3.0
Outros	1	0.0	6	2.0
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100.0</b>	<b>330</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmeina, 1998.

TABELA 12-Distribuição das reclamações pelas áreas médica, técnica e administrativa do Hospital Fêmina-1990-1998

Áreas do Hospital	Nº de reclamações	%
Área Médica	170	67.0
Área Técnica	37	15.0
Área Administrativa	31	11.0
Outras áreas	17	7.0
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 13-Distribuição das reclamações pelo tipo de usuário reclamante do Hospital Fêmina -1990-1998

Ano	1990-1998	
Reclamante	Nº de reclamações	%
Usuário	139	51.0
Familiar	122	46.0
Outros: amigos, acompanhantes	5	2.0
Não Identificado	2	1.0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 14-Distribuição das reclamações por sexo do usuário reclamante do Hospital Fêmina -1990-1998

Ano	1990-1998	
Sexo do reclamante	Nº de reclamações	%
Masculino	86	32.0
Feminino	173	65.0
Duas pessoas (F e M)	3	1.0
Não identificado	6	2.0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 15- Procedência do reclamante do Hospital Fêmina-1990-1998

Ano	1990-1998	
Procedência do reclamante	Nº de reclamações	%
Porto Alegre	150	56.0
Grande Porto Alegre	89	33.0
Interior Rio Grande do Sul	6	2.0
Outros Estados	0	0.0
Não Identificado	23	9.0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 16-Resposta Institucional ao reclamante do Hospital Fêmina-1990-1998

Ano	1990-1998	
Respostas	Total	%
Com justificativa do setor/serviço	221	83.0
Sem justificativa do setor/serviço	47	17.0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmina, 1998.

TABELA 17- Procedimento Institucional: encaminhamento interno das reclamações pelo serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-1990-1998

Ano	Total 1990-1998	
SO encaminha para	Nº de reclamações	%
Chefia	219	82.0
Profissional	23	9.0
Chefia e Profissional	17	6.0
Arquivamento	0	0.0
Sem registro do encaminhamento	9	3.0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

TABELA 18- Procedimento Institucional: encaminhamento interno das reclamações pelo serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-ano a ano-1990-1998

Ano	1990		1991		1992		1993		1994	
SO encaminha para	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefia	3	50.0	34	85.0	26	85.0	39	91.0	30	75.0
Profissional	2	33.0	0	-	2	6.0	0	-	10	25.0
Chefia e Profissional	1	17.0	6	15.0	2	6.0	4	9.0	0	-
Arquivamento	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Sem registro do encaminhamento	0	-	0	0.0	1	3.0	0	-	0	-
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>
Ano	1995		1996		1997		1998		Total	
SO encaminha para	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefia	34	87.0	14	88.0	24	84.0	15	62.0	219	82.0
Profissional	4	10.0	1	6.0	3	10.0	1	4.0	23	9.0
Chefia e Profissional	0	-	0	-	1	3.0	3	13.0	17	6.0
Arquivamento	0	-	0	-	0	-	-	-	0	0.0
Sem registro do encaminhamento	1	3.0	1	6.0	1	3.0	5	21.0	9	3.0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do HF, 1998

TABELA 19- Procedimento Institucional: resposta das chefias e profissionais ao encaminhamento do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-1990-1998

Ano	Total 1990-1998	
Quem responde ao SO	Nº de reclamações	%
Chefia	176	66.0
Profissional	19	7.0
Chefia e Profissional	26	10.0
<b>Total com resposta</b>	<b>221</b>	<b>83.0</b>
Arquivamento	0	0.0
Sem registro do encaminhamento	9	3.0
Sem resposta ao SO	38	14.0
<b>Total sem resposta</b>	<b>47</b>	<b>17.0</b>
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

TABELA 20-Procedimento Institucional: resposta das chefias e profissionais ao encaminhamento do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-ano a ano-1990-1998

Ano	1990		1991		1992		1993		1994	
Quem responde	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefia	3	50.0	30	74.0	19	62.0	29	67.0	24	59.0
Profissional	2	33.0	0	0.0	2	6.0	1	2.0	9	23.0
Chefia e Profissional	1	17.0	9	23.0	3	10.0	5	12.0	3	8.0
<b>Total com resposta</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>39</b>	<b>97.0</b>	<b>24</b>	<b>78.0</b>	<b>35</b>	<b>81.0</b>	<b>36</b>	<b>90.0</b>
Arquivamento	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Sem registro do enc.	0	-	0	-	1	3.0	0	-	0	-
Sem resposta ao SO	0	-	1	3.0	6	19.0	8	19.0	4	10.0
<b>Total sem resposta</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>3.0</b>	<b>7</b>	<b>22.0</b>	<b>8</b>	<b>19.0</b>	<b>4</b>	<b>10.0</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Ano	1995		1996		1997		1998		Total	
Quem responde	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefia	26	66.0	10	63.0	21	73.0	14	58.0	176	66.0
Profissional	3	8.0	0	-	1	3.0	1	4.0	19	7.0
Chefia e Profissional	1	3.0	0	-	1	3.0	3	13.0	26	10.0
<b>Total com resposta</b>	<b>30</b>	<b>77.0</b>	<b>10</b>	<b>63.0</b>	<b>23</b>	<b>79.0</b>	<b>18</b>	<b>75.0</b>	<b>221</b>	<b>83.0</b>
Arquivamento	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.0
Sem registro do enc.	1	3.0	1	6.0	1	3.0	5	21.0	9	3.0
Sem resposta ao SO	8	20.0	5	31.0	5	18.0	1	4.0	38	14.0
<b>Total sem resposta</b>	<b>9</b>	<b>23.0</b>	<b>6</b>	<b>37.0</b>	<b>6</b>	<b>21.0</b>	<b>6</b>	<b>25.0</b>	<b>47</b>	<b>17.0</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>268</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

TABELA 21-Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-1995-1998

Tempo de resposta ao SO	1995-1998			
	Chefias - nº	SO - nº	Total	%
Resolvido na hora	4	11	15	14.0
1-15 dias	32	0	32	29.0
16-30 dias	9	0	9	8.0
+ de 30 dias	2	3	5	5.0
Sem registro da data	15	5	20	19.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>62</b>	<b>19</b>	<b>81</b>	<b>75.0</b>
Arq. e s/reg. do enc.	-	8	8	7.0
Sem resposta ao SO		19	19	18.0
<b>Total s/resposta</b>		<b>27</b>	<b>27</b>	<b>25.0</b>
<b>Total</b>		<b>108</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

TABELA 22-Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao serviço de ouvidoria do Hospital Fêmima-ano a ano-1995 a 1998

Ano	1995			1996			1997		
	Nº		%	Nº		%	Nº		%
	Chef	SO		Chef	SO		Chef	SO	
Resolvido na hora	1	6	18.0		1	6.0	1	3	14.0
1-15 dias	14	-	36.0	3		19.0	7		24.0
16-30 dias	2	-	5.0	2		13.0	5		17.0
+ de 30 dias	-	-	-	1		6.0	-		0.0
Sem registro da data	5	2	18.0	2	1	19.0	7		24.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>30</b>		<b>77.0</b>	<b>10</b>		<b>63.0</b>	<b>23</b>		<b>79.0</b>
Arq. e s/reg. do enc.		1	3.0		1	6.0		1	4.0
Sem resposta ao SO	8		20.0	5		31.0	5		17.0
<b>Total s/resposta</b>	<b>9</b>		<b>23.0</b>	<b>6</b>		<b>37.0</b>	<b>6</b>		<b>21.0</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>		<b>100.0</b>	<b>16</b>		<b>100.0</b>	<b>29</b>		<b>100.0</b>

Ano	1998			1995-1998			
	Nº		%	Nº		Total	
	Chef	SO		Chef	SO	Nº	%
Resolvido na hora	2	1	13.0	4	11	15	14.0
1-15 dias	8	-	32.0	32	0	32	29.0
16-30 dias	0	-	0.0	9	0	9	8.0
+ de 30 dias	1	3	17.0	2	3	5	5.0
Sem registro da data	1	2	13.0	15	5	20	19.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>18</b>		<b>75.0</b>	<b>81</b>		<b>81</b>	<b>75.0</b>
Arq. e s/reg. do enc.	-	5	21.0	-	8	8	7.0
Sem resposta ao SO	1	-	4.0	19		19	18.0
<b>Total s/resposta</b>	<b>6</b>		<b>25.0</b>	<b>27</b>		<b>27</b>	<b>25.0</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>		<b>100.0</b>	<b>108</b>		<b>108</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

TABELA 23-Qualidade das respostas ao Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima-1995 a 1997

Qualidade das respostas ao SO	1995-1997	%
Justificativa	38	74.0
Identificação e justificativa	8	16.0
Advertência	4	8.0
Revisão ou reavaliação das normas de rotina	1	2.0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Serviço de Ouvidoria do Hospital Fêmima, 1998.

### ANEXO D - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

QUADRO1- Especialidades de atendimento do Hospital de Clínicas de PA-1999

Anestesiologia	Gastroenterologia Pediátrica	Ortopedia e Traumatologia
Cardiologia	Genética Médica	Otorrinolaringologia
Cirurgia Cardiotorácica	Ginecologia/ Obstetrícia	Patologia
Cirurgia Gastroenterológica	Hematologia Clínica	Patologia Clínica
Cirurgia Geral	Hemoterapia / Banco de Sangue	Pediatria
Cirurgia Oncológica	Imunologia e Alergia	Pneumologia
Cirurgia Pediátrica	Mastologia	Pneumologia Pediátrica
Cirurgia Plástica	Medicina Interna	Psicologia
Cirurgia Vascular	Medicina Nuclear	Psiquiatria
Citopatologia	Medicina Ocupacional	Psiquiatria Infantil
Clínica para Adolescentes	Nefrologia	Quimioterapia
Colo-proctologia	Nefrologia Pediátrica	Radiologia
Dermatologia	Neonatologia	Recreação Terapêutica
Emergência	Neurologia	Reumatologia
Endocrinologia	Neurologia Pediátrica	Serviço Social
Enfermagem em Saúde Pública	Nutrição	Sexologia
Epidemiologia Clínica	Odontologia	Terapia Intensiva
Farmacologia Clínica	Oftalmologia	Tratamento da Dor
Fisiatria e Reabilitação	Oncologia	Urologia
Gastroenterologia	Oncologia Pediátrica	

Fonte: HCPA-Relatórios de gestão, 1997 e 1998.

QUADRO 2-Formulário de Reclamações do HCPA

TABELA 1-Documentos existentes no GPE do HCPA-1994-1998

Ano	Reclamações de usuários	Elogios	Total
1994	251	2	253
1995	249	3	252
1996	119	1	120
1997	110	1	111
1998	120	-	120
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>7</b>	<b>856</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 2- Distribuição das reclamações por área - HCPA-1994-1998

Ano	1994-1998	
	Nº de reclamações	%
Área		
Ambulatório	319	36.0
Emergência	88	10.0
Marcação de Consultas	252	29.0
Recepção	42	5.0
Internação	69	8.0
Outras áreas	111	12.0
<b>Total</b>	<b>881</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 3-Distribuição das reclamações por área/ano - HCPA-1994 a 1998

Ano	1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	Nº	%										
Área												
Ambulatório	57	20.0	87	34.0	48	39.0	63	55.0	64	56.0	319	36.0
Emergência	27	10.0	29	12.0	11	9.0	10	9.0	11	9.0	88	10.0
Marc. de Consultas	148	53.0	73	29.0	24	20.0	3	3.0	4	3.0	252	29.0
Recepção	6	2.0	7	3.0	13	11.0	4	4.0	12	10.0	42	5.0
Internação	14	5.0	25	10.0	9	7.0	8	7.0	13	11.0	69	8.0
Outras áreas	27	10.0	29	12.0	17	14.0	25	22.0	13	11.0	111	12.0
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>	<b>117</b>	<b>100.0</b>	<b>881</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 4-Distribuição das reclamações por profissional - HCPA -1994-1998

Ano	1994-1998	
	Nº de reclamações	%
Profissional		
Médico	325	49.0
Equipe de Enfermagem	48	7.0
Recepcionista	147	22.0
Telefonista	35	5.0
Secretários e Administrativos	96	14.0
Outros profissionais	20	3.0
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 5 - Distribuição das reclamações por profissional/ano - HCPA -1994-1998

Ano	1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profissional												
Médico	69	39.0	114	60.0	46	47.0	55	53.0	41	39.0	325	49.0
Eq. de Enfermag.	6	4.0	10	6.0	8	8.0	16	16.0	8	7.0	48	7.0
Recepcionista	32	18.0	39	21.0	29	29.0	18	18.0	29	27.0	147	22.0
Telefonista	19	11.0	7	4.0	8	8.0	0	0.0	1	1.0	35	5.0
Secretários e Administrativos	45	26.0	14	7.0	7	7.0	12	12.0	18	17.0	96	14.0
Outros profissionais	4	2.0	4	2.0	1	1.0	1	1.0	10	9.0	20	3.0
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>	<b>671</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 6-Tipo de reclamação por estrutura e área do HCPA-1994-1998

Estrutura/Área	Amb	Emerg	Marc Cons	Recep	Intern	Outras áreas	Total	%
Espera/cons. e recons.	31	3	195	5	1	10	245	64.0
Espera/baixa	1	3	1	0	14	5	24	6.0
Espera/exames	16	1	2	0	3	9	31	8.0
Encaminhamento outro hospital	1	4	0	0	0	2	7	2.0
Capacidade operacional	5	0	1	0	0	4	10	3.0
Não atendimento	31	4	4	3	1	1	44	11.0
Outros	7	7	0	0	4	4	22	6.0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>22</b>	<b>203</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>383</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 7-Tipo de reclamação por estrutura e profissional do HCPA-1994-1998

Estrutura/Profissional	Médico	Eq. de Enfermag	Recepc	Telefon	Secret. e Administ.	Outros Profis	Total	%
Espera/cons. e recons.	24	2	20	25	33	1	105	50.0
Espera/baixa	7	0	1	1	8	0	17	8.0
Espera/exames	18	0	0	0	3	2	23	11.0
Encam. outro hospital	2	1	0	0	0	0	3	1.0
Capacidade operacional	4	0	3	0	0	0	7	3.0
Não atendimento	26	0	11	0	3	1	41	19.0
Outros	9	2	2	0	1	2	16	8.0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 8- Tipo de reclamação por estrutura, área e profissional do HCPA -1994-1998

Estrutura	área	%	profissional	%
Espera/cons. e recons.	245	64.0	105	50.0
Espera/baixa	24	6.0	17	8.0
Espera/exames	31	8.0	23	11.0
Encaminhamento outro hospital	7	2.0	3	1.0
Capacidade operacional	10	3.0	7	3.0
Não atendimento	44	11.0	41	19.0
Outros	22	6.0	16	8.0
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100.0</b>	<b>212</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 9-Tipo de reclamação por funcionamento e área do HCPA -1994-1998

Funcionamento/Área	Amb	Emerg	Marc Cons	Recep	Intern	Outras áreas	Total	%
Falhas/comunicação	44	11	8	8	7	11	89	14.0
Falhas /relacionamento humano	82	24	8	21	11	24	170	26.0
Falhas/ procedimentos técnicos	95	31	10	6	30	30	202	32.0
Falhas/ prestação do serviço	81	25	19	3	16	28	172	27.0
Outros	2	2	0	0	2	1	7	1.0
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>93</b>	<b>45</b>	<b>38</b>	<b>66</b>	<b>94</b>	<b>640</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 10-Tipo de reclamação por funcionamento e profissional do HCPA -1994-1998

Funcionamento/Profissional	Médico	Eq. de Enferm.	Recep	Telefon.	Secret. e Administ	Outros Profis	Total	%
Falhas/ comunicação	41	6	20	4	9	2	82	13.0
Falhas/relacionamento humano	68	18	63	3	18	6	176	29.0
Falhas/procedimentos técnicos	123	19	23	0	14	6	185	30.0
Falhas/prestação do serviço	90	15	38	2	15	2	162	27.0
Outros	5	3	1	0	0	0	9	1.0
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>61</b>	<b>145</b>	<b>9</b>	<b>56</b>	<b>16</b>	<b>614</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 11-Tipo de reclamação por funcionamento, área e profissional do HCPA - 1994-1998

Funcionamento	área	%	profissional	%
Falhas de comunicação	89	14.0	82	13.0
Falhas de relacionamento humano	170	26.0	176	29.0
Falhas nos procedimentos técnicos	202	32.0	185	30.0
Falhas na prestação do serviço	172	27.0	162	27.0
Outros	7	1.0	9	1.0
<b>Total</b>	<b>640</b>	<b>100.0</b>	<b>614</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 12-Distribuição das reclamações pelas áreas médica, técnica e administrativa do HCPA -1994-1998

Áreas do Hospital	Nº de reclamações	%
Área Médica	325	49.0
Área Técnica	48	7.0
Área Administrativa	278	41.0
Outras áreas	20	3.0
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 13-Distribuição das reclamações pelo tipo de usuário reclamante do HCPA-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>1994-1998</b>	
<b>Reclamante</b>	<b>Nº de reclamações</b>	<b>%</b>
Usuário	422	49.0
Familiar	373	44.0
Outros: amigos, acompanhantes	22	3.0
Não Identificado	32	4.0
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 14-Distribuição das reclamações por sexo do usuário reclamante do HCPA-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>1994-1998</b>	
<b>Sexo do reclamante</b>	<b>Nº de reclamações</b>	<b>%</b>
Masculino	276	32.0
Feminino	540	64.0
Duas pessoas (F e M)	8	1.0
Não identificado	25	3.0
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 15- Procedência do reclamante do HCPA-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>1994-1998</b>	
<b>Procedência do reclamante</b>	<b>Nº de reclamações</b>	<b>%</b>
Porto Alegre	526	62.0
Grande Porto Alegre	188	22.0
Interior Rio Grande do Sul	79	9.0
Outros Estados	6	1.0
Não Identificado	50	6.0
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 16-Resposta Institucional ao reclamante do HCPA – 1994-1997

<b>Ano</b>	<b>1998-1994</b>	
<b>Respostas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Com justificativa do setor/serviço	360	42.0
Sem justificativa do setor/serviço	489	58.0
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 17-Procedimento Institucional: encaminhamento interno das reclamações pelo sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>Total 1994-1998</b>	
<b>SO encaminha para</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Chefia	746	88.0
Profissional	9	1.0
Chefia e Profissional	1	0.0
Arquivamento	55	6.5
Sem registro do encaminhamento	38	4.5
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 18-Procedimento Institucional: encaminhamento interno das reclamações pelo sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas-ano a ano-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>1994</b>		<b>1995</b>		<b>1996</b>		<b>1997</b>		<b>1998</b>		<b>Total</b>	
<b>SO encaminha para</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>								
Chefia	191	76.0	228	91.0	107	90.0	107	97.0	113	94.0	746	88.0
Profissional	4	2.0	4	2.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	9	1.0
Chefia e Profissional	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Arquivamento	51	20.0	3	1.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	55	6.5
Sem registro do enc.	5	2.0	14	6.0	11	9.0	2	2.0	6	5.0	38	4.5
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100.0</b>	<b>249</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 19-Procedimento Institucional: resposta das chefias e profissionais ao encaminhamento do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas-1994-1998

<b>Ano</b>	<b>Total 1994-1998</b>	
<b>Quem responde</b>	<b>Nº de reclamações</b>	<b>%</b>
Chefia	303	36.0
Profissional	5	0.0
Chefia e Profissional	52	6.0
<b>Total com resposta</b>	<b>360</b>	<b>42.0</b>
Arquivamento	55	6.5
Sem registro do encaminhamento	38	4.5
Sem resposta ao SO	396	47.0
<b>Total sem resposta</b>	<b>489</b>	<b>58.0</b>
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 20-Procedimento Institucional: resposta das chefias e profissionais ao encaminhamento do sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas-ano a ano-1994-1998

Ano	1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	Nº	%										
Quem responde												
Chefia	106	43.0	77	31.0	42	35.0	25	23.0	53	43.0	303	36.0
Profissional	1	0.0	2	1.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0	5	0.0
Chefia e Profissional	5	2.0	11	5.0	7	5.0	20	18.0	9	8.0	52	6.0
<b>Total com resposta</b>	<b>112</b>	<b>45.0</b>	<b>91</b>	<b>37.0</b>	<b>49</b>	<b>41.0</b>	<b>45</b>	<b>41.0</b>	<b>63</b>	<b>52.0</b>	<b>360</b>	<b>42.0</b>
Arquivamento	51	20.0	3	1.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	55	6.5
Sem registro do enc.	5	2.0	14	6.0	11	9.0	2	2.0	6	5.0	38	4.5
Sem resposta ao SO	83	33.0	141	56.0	59	50.0	62	56.0	51	43.0	396	47.0
<b>Total sem resposta</b>	<b>139</b>	<b>55.0</b>	<b>158</b>	<b>63.0</b>	<b>70</b>	<b>59.0</b>	<b>65</b>	<b>59.0</b>	<b>57</b>	<b>48.0</b>	<b>489</b>	<b>58.0</b>
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100.0</b>	<b>249</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 21 - Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas-1994-1998

Tempo de resposta ao SO	1994-1998			
	Chefias - nº	SO - nº	Total	%
Resolvido na hora	4	27	31	4.0
1-15 dias	155	36	191	22.0
16-30 dias	39	3	42	5.0
+ de 30 dias	17	1	18	2.0
Sem registro da data	58	20	78	9.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>273</b>	<b>87</b>	<b>360</b>	<b>42.0</b>
Arq. e s/reg. do enc.	-	93	93	11.0
Sem resposta ao SO	396		396	47.0
<b>Total s/em resposta</b>	<b>489</b>		<b>489</b>	<b>58.0</b>
<b>Total</b>	<b>849</b>		<b>849</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 22 - Procedimento Institucional: tempo de resposta das chefias e profissionais ao sistema de ouvidoria do Hospital de Clínicas- ano a ano -1994-1998

Ano	1994			1995			1996		
Tempo de resposta ao SO	Nº		%	Nº		%	Nº		%
	Chef	SO	Total	Chef	SO	Total	Chef	SO	Total
Resolvido na hora	2	17	8.0	1	8	4.0	-	2	2.0
1-15 dias	32	32	25.0	46	4	20.0	19	-	16.0
16-30 dias	9	0	4.0	10	3	5.0	3	-	3.0
+ de 30 dias	3	0	1.0	2	1	1.0	5	-	4.0
Sem registro da data	15	2	7.0	8	8	7.0	12	8	16.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>112</b>	<b>45.0</b>	<b>91</b>	<b>37.0</b>	<b>49</b>	<b>41.0</b>			
Arq. e s/reg. do enc.	-	56	22.0	0	17	7.0	-	11	9.0
Sem resposta ao SO	83	-	33.0	141	-	57.0	59	-	50.0
<b>Total s/resposta</b>	<b>139</b>	<b>55.0</b>	<b>158</b>	<b>63.0</b>	<b>70</b>	<b>59.0</b>			
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100.0</b>	<b>249</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>			

Ano	1997			1998			1994-1998			
Tempo de resposta ao SO	Nº		%	Nº		%	Nº		Total	
	Chef	SO	Total	Chef	SO	Total	Chef	SO	Nº	%
Resolvido na hora	-	-	-	1	-	1.0	4	27	31	4.0
1-15 dias	24	-	22.0	34	-	28.0	155	36	191	22.0
16-30 dias	5	-	4.0	12	-	10.0	39	3	42	5.0
+ de 30 dias	4	-	4.0	3	-	2.0	17	1	18	2.0
Sem registro da data	12	-	11.0	11	2	11.0	58	20	78	9.0
<b>Total c/resposta</b>	<b>45</b>	<b>41.0</b>	<b>63</b>	<b>52.0</b>	<b>360</b>	<b>360</b>	<b>42.0</b>			
Arq. e s/reg. do enc.	-	3	3.0	-	6	5.0	-	93	93	11.0
Sem resposta ao SO	62	-	56.0	51	-	43.0	396	-	396	47.0
<b>Total s/resposta</b>	<b>65</b>	<b>59.0</b>	<b>57</b>	<b>48.0</b>	<b>489</b>	<b>489</b>	<b>58.0</b>			
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>849</b>	<b>849</b>	<b>100.0</b>			

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 23 – Qualidade das respostas ao Sistema de Ouvidoria do Hospital de Clínicas - 1998

Qualidade das respostas ao SO	1998	%
Justificativa	52	82.5
Identificação e justificativa	8	13.0
Advertência	2	3.0
Revisão ou reavaliação das normas de rotina	1	1.5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

TABELA 24 - Especialidades reclamadas no Hospital de Clínicas -1994-1998

<b>Especialidades</b>	<b>Total de Reclamações</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Total de Reclamações</b>
Ginecologia e Obstetrícia	86	Centro de Cirurgia Ambulatorial-CCA	5
Oftalmologia	85	Serviços Gerais	5
Neurologia	40	Limpeza e Higienização	5
Pediatria	33	Cirurgia Pediátrica	4
Psiquiatria	32	Oncologia	4
Otorrinolaringologia.	31	Neurologia Pediátrica	3
Medicina Interna	29	Nutrição	3
Reumatologia	26	Tratamento da Dor	3
Patologia Clínica (laboratório)	25	Marcação de Consultas	3
Ortopedia e Traumatologia	23	Grupo de Apoio Operacional	3
Fisiatria e Reabilitação	22	Mastologia	2
Urologia	21	Nefrologia	2
Endocrinologia	20	Patologia	2
Cardiologia	17	Psicologia	2
Gastroenterologia	16	Psiquiatria Infantil	2
Enferm. em Saúde Pública	13	Serviço Social	2
Radiologia	13	Cirurgia Cardiotorácica	1
Cirurgia Geral	11	Colo-proctologia	1
Cirurgia Vascular	10	Gastroenterologia Pediátrica	1
Ambulatório	10	Hematologia Clínica	1
Cirurgia Plástica	9	Medicina Nuclear	1
Pneumologia	8	Medicina Ocupacional	1
Hemoterapia/Banco de Sangue	5	Odontologia	1
Recepção	5	Vice Presidência Médica-VPM	1
Internação/CTI	5		

Fonte: Grupo de Pacientes Externos do HCPA, 1998.

### ANEXO E - Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Tabela 1- Identificação dos casos registrados pela secretaria executiva do CMS durante o ano de 1998

<b>Tipo de reclamação</b>	<b>Nº de reclamações</b>
CMCE - demora e problemas na marcação	83
Solicitação/Encaminhamentos/Orientações	73
Reclamação do atendimento nas unidades municipalizadas	67
Solicitação de leitos	49
Mau atendimento nos serviços credenciados	42
Denúncias registradas à parte	35
Reclamação do atendimento nas unidades de origem municipal	25
Falta de medicamentos - especial	22
Ações de vigilância em saúde	20
Reclamação do atendimento nos PAM's: IAPI, Santa Maria, Psiquiatria, Malcon, Comercários	17
PSF's	15
Caso social	14
Tabela do SUS	13
Remoção/transporte social	11
Falta RH na rede	10
Informação sobre o papel do CMS	10
Indícios de cobrança indevida nos serviços credenciados	05
Falta de medicamentos - básico	05
Horários dos profissionais médicos	03
Outros	40
<b>Total</b>	<b>559</b>

Fonte: Conselho Municipal de Saúde, Secretaria da Saúde de Porto Alegre, 1998.

CMCE-Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados.

PAM's- São as unidades ou centros de saúde, com atendimento Ambulatorial Especializado.

IAPI- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários. O centro de saúde ficou assim denominado devido ao bairro, IAPI, em que foi instalado.

PSF's- Programa de Saúde de Família

RH-Recursos Humanos.

CMS-Conselho Municipal de Saúde.

SUS-Sistema Único de Saúde.

## Referências Bibliográficas

- ABEL-SMITH, Brian. *An introduction to health: policy, planning and financing*. London, Longman, 1994. p. 3-18: Introdução.
- AMARAL FILHO, Marcos Jordão T. do. *O Ombudsman e o controle da administração*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1993. 302 p.
- ARNSTEIN, Sherry R. A ladder of citizen participation. *Journal of American Institute Planners*, Chicago, v. 35, n. 3, p. 216-224. 1969.
- ASPER Y VALDÉS, Daisy de. Ombudsman: um mecanismo democrático para o controle da administração. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 27, n. 106, p. 131-152, abr./jun. 1990.
- AUGUSTO, Maria Helena O., COSTA, Olavo V. A saúde como direito social: algumas questões. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 4, p. 113-118, 1993. Número Especial.
- BACH, Fabíola. Hospitais lotados. Ineficiência dos postos castiga emergências. *Zero Hora*, Porto Alegre, 19 mar. 1999. p. 17.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1979. 229 p.
- BARROS, Elizabeth. *Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar mudanças onde tudo parece permanência*. Texto apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Curitiba, nov. 1995.
- BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, HUCITEC, 1993, 178 p.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 3. ed. São Paulo, Perspectiva, 1992. 360 p.
- BOURDIEU, Pierre, PASSERON, Jean-Claude. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975. 238 p.
- BOURDIEU, Pierre. *Lições de aula: aula inaugural proferida no Collège de France*. São Paulo, Ática, 1988. 63 p.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand, 1989. 314 p.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, Papirus, 1996. 231 p.
- BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. Org. Renato Ortiz. 2. ed. São Paulo, Ática, 1994. 191 p.
- BRASIL. Congresso. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Org. Juarez de Oliveira. 11. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 1995.
- BRUM, Eliane. Um médico para ouvir as queixas dos pacientes. *Zero Hora*, Porto Alegre, 28 fev. 1991. p. 42.
- BRUYNE, Paul et al. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. 5. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991. 252 p.
- BULMER, Martin. Introduction: Problems, Theories and Methods in Sociology - (How) Do They Interrelate? In: BULMER, Martin (Org.). *Sociological Research Methods*. 2. ed. London, Macmillan. 1984.
- CADERNOS DE SOCIOLOGIA. Processo de Trabalho. Porto Alegre, UFRGS; PPGS, v. 1, n. 1, 1989. 94 p.
- CADERNOS DE SOCIOLOGIA. Sociologia do Trabalho. Porto Alegre, UFRGS; PPGS, v. 4, n. 4, 1992. 128 p.

- CAMPILONGO, Maria Assunta. A noção de sujeito em Michel Foucault. *Educação, Subjetividade e Poder*, Porto Alegre, v. 6, p. 63-73, ago. 1999.
- CAMPILONGO, Maria Assunta. Questões epistemológicas nas disciplinas da saúde. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 5-16, 1995.
- CAMPOS, Gastão W. de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, HUCITEC, 1991. 175 p.
- CAMPOS, Gastão W. de Sousa. *Reforma da reforma*. São Paulo, HUCITEC, 1992. 220 p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial; um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998a.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998b.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1988c. 214 p.
- CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital*. Uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto, Afrontamento, 1998. 295 p.
- CARVALHO, Ruy de Quadros. *Tecnologia e trabalho industrial*. Porto Alegre, L&PM, 1987. 239 p.
- CASTELO, Inês. Código leva empresas a contratar ombudsmen. *Folha de São Paulo*, 12 maio 1991. Caderno 3, p. 6.
- CAVALCANTE, Antônio de Pádua. *Correspondência* ao Dr. Jacó Zylbersztejn do Hospital Fêmina. Informa endereço para receber material sobre o serviço de ouvidoria. Maceió, 16 março, 1992.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo, HUCITEC, 1994. 334 p.
- CHAVES, Edi Júlio, ZYLBERSZTEJN, Jacó. Ouvidoria: estratégia para garantia de qualidade em saúde. *Momento & Perspectivas em Saúde*, Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 57-58, jun./dez. 1993.
- CHRÉTIEN, Patrice. 1973-1983, dix ans de méditation. *Revue de Droit Public et de la Science Politique en France et l'étranger*. Paris, v. 99, n.5, p. 1259-1311, sept./oct. 1983.
- COHN, Amélia et al. *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Cortez, 1991. 164 p.
- COLOGNESE, Silvio Antonio, MÉLO, José Luiz Bica. A técnica de entrevista na pesquisa social. *Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre, v. 9, p. 143-159, 1998.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10ª CNS: "SUS-construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida". Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/CNS/cns.htm>>. Acesso em 11 jun. 1997.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 49/50, p. 73-79, dez/95-mar/96.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. *Saúde: Revista do NIPESC*, Porto Alegre, v. 1, p. 51-69, 1996.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. User participation and reform of the brazilian health system: the case of Porto Alegre. London, Thesis, The London School of Economics and Political Science, 1995. 297 p.
- CORTES, Soraya Vargas. Plano Municipal de Saúde. Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, 1999.

- COSTA, Caio Túlio. O ombudsman no Brasil: primeiras impressões. *Intercom-Revista Brasileira de Comunicação*, São Paulo, v. 13, n. 62/63, p. 47-54, jan./dez. 1994.
- COSTA, Caio Túlio. *O relógio de Pascal: a experiência do primeiro ombudsman da imprensa brasileira*. São Paulo, Siciliano, 1991.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- CROZIER, M. *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Seuil, 1963.
- CROZIER, M. FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*. Paris, Seuil, 1977.
- CZAPSKI, D. Juljan. Hospital como centro das ações de saúde. *Cadernos da Nona*, Brasília, v. 2, p. 155-158, 1992.
- DE OUVIDOS Abertos. *O Grupo: Órgão Informativo do GHC*, Porto Alegre, p. 11, abril 1991.
- DE MARCO, Jaime Souza. *Correspondência* ao Dr. Jacó Zylbersztejn do Hospital Fêmnia. Informa recebimento de relatório anual do serviço de ouvidoria do Hospital Fêmnia e manifesta interesse em trocar informações sobre ouvidorias. Porto Alegre, 04 novembro, 1991.
- DURKHEIM, Émile. Aula inaugural do curso de ciências sociais (Bordeaux, 1887). In: CASTRO, Anna Maria, DIAS, Edmundo. *Introdução ao pensamento sociológico*. 9. ed. Rio de Janeiro, Eldorado, 1983. 242 p.
- EDLING, Axel. Cláusulas contratuais abusivas: a solução para um problema de consumo. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 77, n. 629, p. 7-9, mar. 1988.
- EMERGÊNCIA do Clínicas superlotada. *Correio do Povo*, Porto Alegre. Disponível em <<http://www.cpovo.net/jornal/a104/n162/html/06emerge.htm>>. Acesso em 11 mar. 1999.
- FERREIRA, Antônio Guilherme Rescoe. *Correspondência* ao Dr. Jacó Zylbersztejn do Hospital Fêmnia. Manifesta interesse em trocar informações sobre ouvidorias hospitalares. Belo Horizonte, 07 junho, 1991.
- FODDY, William. *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Trad. Luís Campos. Oeiras, Celta, 1996. 228 p.
- FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 4. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995. 239 p.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 10. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1992. 295 p.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994. 260 p.
- FOUCAULT, Michel. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995. 299 p.
- FOUCAULT, Michel. *Tecnologias del Yo y otros textos afines*. Barcelona, Siglo Veintiuno, 1990. p. 45-94: Tecnologias del yo.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis, Vozes, 1996. 239 p.
- FUNCIONÁRIOS protestam e GHC rebate críticas. *Correio do Povo*, Porto Alegre. Disponível em <<http://www.cpovo.net/jornal/a104/n269/html/06funcio.htm>>. Acesso em 26 jun. 1999.
- GALLO, Edmundo, NASCIMENTO, Paulo C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez, 1989. p. 91-118.
- GHIGLIONE Rodolphe, MATALON, Benjamin. *O inquérito: teoria e prática*. 3. ed. Oeiras, Celta, 1997. 336 p.
- GIACOMINI, Carlos Homero. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. *Cadernos da Nona*, Brasília, v. 2, p. 109-112. 1992.

- GIANGRANDE, Vera, FIGUEIREDO, José Carlos. *O cliente tem mais do que razão: a importância do ombudsman para a eficácia empresarial*. São Paulo, Gente, 1997. 120 p.
- GOFFMAN, Irving. *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo, Perspectiva, 1987. 312 p.
- GOMES, Manoel Eduardo A. C. Do Instituto Ombudsman à criação da Ouvidoria Pública no Brasil. *Revista da Ouvidoria do Estado do Paraná*, v. 1, n.1, p. 1-9, jan./jun., 1997.
- GRÁVIDA só consegue atendimento na terceira tentativa. *Folha de São Paulo*, 15 out. 2000, p. C1.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Gerência de Informática*. Porto Alegre, 26.08 e set./99. 1999a.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Home page*. Porto Alegre, 1998-1999. Disponível em <[file:///C:/arquivos\\_de\\_programas/netscape/communicator/program/estghc.cgi](file:///C:/arquivos_de_programas/netscape/communicator/program/estghc.cgi)>. Acesso em 20.10.98; 27.12.98; 18.07.99. 1999b
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Momento & Perspectivas em Saúde*, Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 57-58, jul./dez. 1996.
- GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES Ricardo. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. 280 p.
- HAM, Chris J. Community health council participation in the NHS planning system. *Social Policy and Administration*. London, v. 14 n. 3, p. 221-231, autumn 1980.
- HAMBLETON, Robin. Consumerism, decentralization and local democracy. *Public Administration*, London, v. 66, p. 125-147, summer 1988.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- HIRANO, Sedi (Org.) *Pesquisa social: projeto e planejamento*. 2. ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.
- HIRATA, Helena (Org.). *Autour du "Modèle" Japonais*. Paris, Éditions L'Harmattan, 1992.
- HIRATA, Helena, ZARIFIAN, Philippe. Força e fragilidade do modelo japonês. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 173-185, 1991.
- HIRSCHMAN, Albert. *Saída, voz e lealdade*. São Paulo, Perspectiva, 1973. 155 p.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Gerência do Grupo de Recursos Humanos (GRH)*. Porto Alegre, set/99. 1999a.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Home page*. Porto Alegre, 1998-1999. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br.htm>>. Acesso em 24 jul. 1998a.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Home page*. Porto Alegre, 1998-1999. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/ambquali.htm>>. Acesso em 24 jul. 1998b.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Metas Institucionais. *HCPA*, Porto Alegre, 1998c.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Normas para Desenvolvimento das Atribuições no Ambulatório, Instrução nº 171, 11 de maio de 1990. *HCPA*, Porto Alegre, 1990.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Reestruturação Ambulatorial*. Porto Alegre, dez. 1993.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório de Gestão*. Porto Alegre, 1998d.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório, Gestão de Qualidade*. Porto Alegre, 1997.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS)*. Porto Alegre, set/99. 1999b.
- HOSPITAL FÊMINA. *Frequência e Disciplina-Recursos Humanos*. Porto Alegre, 1999a.
- HOSPITAL FÊMINA. *Relatório de gestão*. Porto Alegre, 1997. Não publicado.

- HOSPITAL FÊMINA. *Serviço Médico Estatístico (SAME)*. Porto Alegre, 1999b.
- INFORMANDES, *Hospitais Universitários*. Brasília, Andes-SN, v. 9, n. 88, dez. 1998. 19 p.
- JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e a participação dos cidadãos. Apontamento para debate. *Cadernos da Nona*, Brasília, v. 2, p. 113-120, 1992.
- KADT, Emanuel de, TASCA, Renato. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1993. 107 p.
- KAEMMERER, Alberto. Medicina e tecnologia. *Revista Mãe de Deus*. Hospital Mãe de Deus, n. 3, p. 7, jan./mar. 2.000.
- LAMB, Paulo. *Circular ao chefe da divisão médica e ao corpo clínico do Hospital Fêmima*. Trata das rotinas do serviço de ouvidoria Hospital. Porto Alegre, 14 julho 1998.
- LAMB, Paulo. *Hospital Fêmima S.A. O que é... O que pretende...* Hospital Fêmima, 1994. Texto não publicado.
- LANGTON, Stuart. *Citizen participation in America*. Lexington Mass, Lexington Books, 1979. p. 1-12: Citizen participation in America: current reflections on the state of the art.
- LANGTON, Stuart. *Citizen participation in America*. Lexington Mass, Lexington Books, 1979. p. 13-24: What is citizen participation?
- LEE, Kenneth, MILLS, Anne. *Policy-making and planning in the health sector*. London, Croom Helm, 1985. p. 13-20: introduction.
- LEE, Kenneth, MILLS, Anne. *Policy-making and planning in the health sector*. London, Croom Helm, 1985. p. 59-80: Policy and decision-making in the health sector.
- LEE, Kenneth, MILLS, Anne. *Policy-making and planning in the health sector*. London, Croom Helm, 1985. p. 126-146: Local interest groups and the planning process.
- LEITE, Celso Barroso, MONTEIRO, Clóvis Zobaran. Atenção ombudsman. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 106, n. 1, jan./abr. 1971a.
- LEITE, Celso Barroso, MONTEIRO, Clóvis Zobaran. O ombudsman ganha terreno. *Revista do Serviço Público*. v. 106, n. 2, maio/ago. 1971b.
- LEVITT, Ruth. *The people's voice in the NHS-community health councils after five years*. London, Green, Wade & Wilson, 1980. p. 7: Introduction.
- LEVITT, Ruth. *The people's voice in the NHS-community health councils after five years*. London, Green, Wade & Wilson, 1980. p. 9-19: How were community health created?
- LEVITT, Ruth. *The people's voice in the NHS-community health councils after five years*. London, Green, Wade & Wilson, 1980. p. 21-29: What do they do?
- LEVITT, Ruth. *The people's voice in the NHS-community health councils after five years*. London, Green, Wade & Wilson, 1980. p. 31-50: Have they been successful?
- LUCCHESI, Patrícia. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: retrospectiva 1990/1995 (versão preliminar). Brasília, 1995.
- LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática. *Physis*. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- LYRA, Rubens Pinto. Ouvidorias Públicas: as Ouvidorias Universitárias. *Revista da Ouvidoria do Estado do Paraná*. Curitiba, v. 1, n.1, p. 44-58, jan./jun. 1997.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo, Atlas, 1982, 205 p.
- MÉDICOS do Fêmima são suspensos. *Zero Hora*, Porto Alegre, 13 março 1998. p. 40.

- MELO, Marcus André B.C. de. Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Dados-Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.
- MELO, Marlene Catarina de O. L. Processos de participação como meios não-institucionalizados de regulação de conflitos. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 11-18, out./dez. 1984.
- MENDONÇA, Luis C. de. *Participação na Organização*. Uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas. São Paulo, Atlas, 1987, 143 p.
- MENENDEZ, Eduardo L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. In: BASAGLIA e outros. *La salud de los trabajadores--aportes para una política de la salud*. México, Ed. Nueva Imagem, 1978. p.11-53.
- MEZAN, Renato. *Escrever a Clínica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998. 478 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *A saúde em estado de choque*. 3. ed. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1992. 128 p.
- MINOTTO, Ricardo. Programa da Qualidade Total. Porto Alegre, Santa Casa de Misericórdia, Explanação sobre o PQT proferida em 26 nov. 1997. Não publicada.
- MOORE Jr., Barrington. *As origens sociais da ditadura e da democracia*. Lisboa, Cosmos, 1975.
- MOTA, Eliane Viegas et al. Sistema de garantia da qualidade em hospitais: um estudo de caso. *Revista HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)*, Porto Alegre, v.16, n. 3, p.237-242, dez. 1996.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 2. ed. Rio de Janeiro, Record, 1991, 256 p.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Participação na gerência: uma perspectiva comparada*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 4-33, out./dez. 1981.
- NETTING, F.E. et al. The long-time care Ombudsman Program: what does the complaint reporting system tell us ? *The Gerontologist*, Washington, v. 32 n. 6, p. 843-8, december 1992.
- NOVAES, Humberto de Moraes. Implantación de programas de garantía de la calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe. *El Hospital*, Cincinatti, v. 51, n. 2, p. 7-63, abril/mayo 1995.
- NÚCLEO de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO). *Espaço para a Saúde*. 2. ed. Curitiba, v. 1, n. 0. s/d.
- NUNES, Sílvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 49-76, 1991.
- O NASCIMENTO de um brasileiro. *Zero Hora*, Porto Alegre, 7 de março 1998. p. 1, 4-5, 18 (editorial) e 51.
- O SUCESSO do Ombudsman. *O Grupo: Órgão Informativo do GHC*, Porto Alegre, p. 14, abr. 1991.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes-Abrasco, 1986. p. 269-301: Clímax da crise: transparência da estrutura de poder (1980-1983).
- OMBUDSMAN in a white coat. *British Medical Journal*, London, v. 310 p. 826, 1995a.
- OMBUDSMAN will rule on clinical complaints. *British Medical Journal*, London, v. 310: 824-825, 1995b.
- OMBUDSMAN: a crítica à atuação da imprensa. *Cadernos de Comunicação Proal*, São Paulo, n. 1, p. 52-53, 1977.
- PAIM, Janilson Silva. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Espaço para a Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 0, p. 18-24, 1989.

- PAPADAKIS, Elim, TAYLOR-GOOPY, Peter. Consumer attitudes and participation in state welfare. *Political Studies*, Oxford, v. 35, p. 467-481, 1987.
- PARSONS, Talcott. *El sistema social*. Madrid, Revista de Occidente, 1966. p. 431-478: Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna.
- PEREIRA, Cilene. Médico a preço baixo. *Isto É*, São Paulo, 12 out. 1994. p. 43.
- PEREIRA, Luiza Helena. A busca da qualidade no Hospital Fêmnia. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 189-207, 1995.
- PEREIRA, Luiza Helena. Análise de conteúdo: um Approach do Social. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 9, p. 87-114, 1998.
- PINTO, Odila de Lara. *Ombudsman nos bancos*. Agente de mudanças nas instituições bancárias no Brasil. São Paulo, Musa, 1998. 160 p.
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo; Annablume, 1998. 253 p.
- PITTA, Ana. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo, HUCITEC, 1991. 197 p.
- PRICE, D.M. The ombudsman experience: administrative protection for vulnerable patients. *Trends-Health Care Law Ethics*, Piscataway, v. 8, n. 1, p. 49-56, winter 1993.
- RECLAMAR ? Em Curitiba ficou mais fácil. *Dirigente Municipal*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 13-14, abr. 1986.
- RECURSOS de hospitais estão mantidos em 2001. *Adverso*, Porto Alegre, Adufrgs, out., 2000.
- REVISTA DA OUVIDORIA DO ESTADO DO PARANÁ. Curitiba, Ouvidoria Geral do Estado do Paraná, v. 1, n. 1, jan./jun. 1997. 114 p.
- RIGON, Alessandro. Os círculos de controle de qualidade e sua utilização nos hospitais. *Revista Hospitalar*. Administração e Saúde. São Paulo, v. 17, n. 5, p. 244-246, 1993.
- RODRIGUEZ, Yves. Le défenseur du peuple ou l'ombudsman espagnol. *Revue Internationale de Droit Comparé*, Paris, v. 34, n. 4, p. 1225-1239, oct./déc. 1982.
- RUAS, Roberto. Notas acerca das estratégias de implantação de programas de qualidade e produtividade em segmentos industriais. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola da Administração/Programa de Pós-graduação em Administração, 1993. Datilografado.
- SANTOS, Lenir dos, CARVALHO, Guido Ivan de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Cadernos da Nona*. Brasília, v. 2, p. 121-126, 1992.
- SASHKIN, Marshall, KISER, Kenneth J. *Gestão da qualidade total na prática*. Rio de Janeiro, Campus, 1994. 188 p.
- SCHNEIDER, Sérgio, SCHMITT, Claudia Job. O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 9, p. 49-86, 1998.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Produção Ambulatorial dos Prestadores da Central*. Porto Alegre, Central de Marcação de Consultas, Relatório, 1999.
- SEMINÁRIO discute a qualidade dos hospitais. *Zero Hora*. Porto Alegre, 3 nov. 1993, p. 34.
- SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira (Org.) *Metodologia das ciências sociais*. Porto, Afrontamento, 1986. 312 p. Coleção Biblioteca das Ciências do Homem.
- SUS agrava crise dos hospitais universitários. *InformAndes*, Brasília, v. 10, n. 94, p. 19, out. 1999.
- TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde em Debate*, São Paulo, n. 26, p. 42-53, set. 1989.
- THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 4. ed. São Paulo, Polis, 1985. 270 p.

- TREVIZAN, Maria Auxiliadora. *Enfermagem hospitalar. Administração & burocracia*. Brasília, Universidade de Brasília, 1989. 143 p.
- WEBER, Max. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo, Pioneira, 1967.
- WEBER, Max. *Economia y Sociedad*. 2. ed. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1992.
- WOLFE, Marshall. Participation in economic development. A conceptual framework. *Assignment Children*, New York, n. 59/60, p. 79-109, 1982.
- YIN, Robert. *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, Sage, 1991.
- ZYLBERSZTEJN, Jacó. *Correspondência* ao corpo clínico do Hospital Fêmina. Trata das rotinas do serviço de ouvidoria Hospital. Porto Alegre, 09 junho 1993.
- ZYLBERSZTEJN, Jacó. *Correspondência* ao Dr. Antônio de Pádua Cavalcante, do Hospital Universitário de Alagoas, Maceió. Responde à solicitação de informações sobre o serviço de ouvidoria recém implantado no Fêmina. Porto Alegre, 23 março, 1992.
- ZYLBERSZTEJN, Jacó. *Correspondência* ao Dr. Antônio Guilherme Rescoe Ferreira, do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte. Responde à solicitação de informações sobre o serviço de ouvidoria recém implantado no Fêmina. Porto Alegre, 1º julho, 1991.