



Ouvidoria na Saúde Pública: Um Olhar para o Cidadão¹

Simone Alves de CARVALHO²

Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

RESUMO

A saúde pública é um dever do Estado brasileiro. Entretanto, ao observarmos o aumento da expectativa de vida, a concentração populacional em grandes cidades, agravada por fatores negativos como poluição, falta de qualidade de vida, violência, os alimentos com organismos geneticamente modificados presentes no cotidiano, entre outros, verificamos como todos esses fatores colaboram para que a vida do cidadão seja mais vulnerável a doenças, ainda que tenhamos hoje um grande poder de imunização, prevenção e controle de doenças. Nos hospitais públicos, existe uma demanda para atendimento maior do que o ofertado, e a ouvidoria é acionada para tentar resolver problemas. É sobre como a comunicação pode ajudar na compreensão do trabalho realizado pela ouvidoria que busca atender o cidadão que discutiremos nesse artigo.

PALAVRAS-CHAVE: ouvidoria; SUS; saúde pública; cidadania; comunicação.

Introdução

Em nosso país, as discussões políticas cotidianas são ainda incipientes, fruto da redemocratização ainda jovem, das limitações escolares, das dificuldades cotidianas e também da própria questão da saúde pública, pela falta de aparato estatal e pelas condições, muitas vezes precárias, dos hospitais e postos de saúde. Consideramos que a relação entre as áreas de comunicação e de saúde deva ter um diálogo mais próximo, pois, como publicamos em artigo anterior (CARVALHO, 2012), o trabalho efetivo de comunicação pode melhorar não só o atendimento propriamente dito na área da saúde, mas pode também contribuir para a educação do cidadão em assuntos como qualidade de vida, prevenção a doenças e tantos outros.

Neste artigo, discutiremos a questão da saúde pública no Brasil, utilizada majoritariamente pela população e como a ouvidoria tem um papel importante na formação de um capital social que ajude o cidadão a ter um melhor atendimento na rede pública e como isso pode se tornar um círculo virtuoso, em busca de excelência nestes setores.

¹ Trabalho apresentado no DT 07 – Comunicação, Espaço e Cidadania do XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste, realizado de 3 a 5 de julho de 2013.

² Mestre em Ciências da Comunicação pela ECA-USP, email: simonecarvalho@usp.br.



Saúde Pública no Brasil

Os primeiros indícios de preocupação com a saúde pública no Brasil datam da chegada dos colonizadores portugueses. Estes cuidados ficavam a cargo das Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica, que acolhiam os necessitados e doentes. Esse trabalho era essencialmente humanizador, pois eram tratados aqueles que não eram reconhecidos pela sociedade, os doentes, os miseráveis, os desprovidos de fortuna.

A Academia de Medicina do Rio de Janeiro é fundada no século XIX e são iniciadas campanhas contra as epidemias de febre amarela, varíola, febre tifoide, lepra, tuberculose e malária, notadamente com a ação de nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. O Ministério da Educação e Saúde é criado por Getúlio Vargas, com destaque para a construção de hospitais e sanatórios e a produção massiva de penicilina.

A partir da década de 1950, com a expansão da massa populacional urbana e a aceleração do crescimento industrial, é necessária a ampliação dos serviços de assistência médica, que a partir da década seguinte inicia o desenvolvimento do segmento privado em maior escala (CARVALHO, 2012).

Com a redemocratização, em 1988 a Constituição apregoa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado como política de saúde pública predominante para a população do país, “ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de excelência [...] nos procedimentos mais complexos, como transplantes” (PERILLO, 2006, p. 250).

A atual situação do SUS é de dependência de pesquisas internacionais, pela incipiente avanço acadêmico que temos na área; e de necessidade de importação de insumos, pela falta de qualidade do produto nacional. As melhores condições higiênico-sanitárias e a utilização de procedimentos minimamente invasivos colaboram no sentido de aumento de leitos apesar da diminuição de número de hospitais (PEDROSA e COUTO, 2007). Para Perillo (2006), os problemas da saúde no Brasil são estruturais e devem ser investigadas e corrigidas as deficiências intrínsecas ao sistema e devem ser implantadas melhorias na gestão, com aumento de produtividade e da qualidade do atendimento, e que essas soluções podem evitar o acréscimo desnecessário de investimento de recursos públicos.



Salomão (2011) aponta que o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade trarão novas demandas para a área da saúde, que ainda não estão na pauta de discussão dos órgãos responsáveis.

A área da saúde se pauta na atualidade por três paradigmas (MARTIN, 2006), a saber: a) benigno-humanitário, que prioriza a dignidade da pessoa e seu bem-estar; b) tecnocientífico, em que predominam o conhecimento científico e a eficiência técnica; e c) comercial-empresarial, que transforma a medicina em negócio que deve ser rentável.

Diferentemente do setor privado, ao tratarmos de hospitais públicos, enfrentamos situações anacrônicas e dificuldades organizacionais profundas, vítimas de uma burocratização ineficaz, o que despenderia muito esforço público e conjunto para corrigi-los.

No caso específico das organizações públicas, constata-se ainda a centralização do poder, a burocracia elevada, o atendimento insatisfatório e funcionários desinteressados, o que compromete a prestação do serviço público com qualidade e satisfação. Diante disso, torna-se imprescindível uma gestão que coloque o ser humano e seu desenvolvimento como início, meio e fim dos objetivos e das práticas organizacionais, em prol de relações de trabalho mais humanas, dignas e éticas. É por meio dessa gestão que a organização pública poderá propiciar uma cultura de valorização, em busca de um serviço público mais qualificado e voltado integralmente para o bem-estar social. (SILVA, 2010, p. 211-2)

Nesse ambiente, todo o trabalho realizado em conjunto pela ouvidoria e pela humanização, tendo como linha mestra para suas atividades uma comunicação dinâmica, transparente e assertiva será necessário para dar ao usuário o verdadeiro sentimento de cidadania, quando for necessário que ele utilize os serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Comunicação Pública

Para os fins deste artigo, consideraremos o entendimento de Brandão (2009) sobre o que é comunicação pública, que pode ser identificada como comunicação governamental e/ou estatal. Como o objeto do estudo é a saúde pública, setor cuja responsabilidade é governamental, acreditamos que a definição de comunicação pública “como um processo comunicativo das instâncias da sociedade que trabalham com a informação voltada para a cidadania” (BRANDÃO, 2009, p. 5) sintetiza nosso argumento.

Para Matos (2011, p. 45), “a comunicação pública exige [...] a participação da sociedade e de seus segmentos: não apenas como receptores da comunicação do governo, mas



principalmente como produtores ativos no processo comunicacional”, ou seja, cada vez mais será cobrado do cidadão que ele participe ativamente da vida política, para que sua voz seja ouvida e seus direitos defendidos. Essa definição será retomada ao discutirmos o capital social.

Novelli (2006, p. 85) afirma que comunicação pública “o processo de comunicação que ocorre entre as instituições públicas e a sociedade e que tem por objetivo promover a troca ou o compartilhamento das informações de interesse público”, ou seja, ela é fundamental para que os cidadãos sejam informados de temas que lhe sejam pertinentes. Neste aspecto, é responsabilidade do SUS oferecer aos usuários de seus serviços, atuais e futuros, informações sérias e atualizadas sobre prevenção de doenças, tratamentos, direitos e deveres do cidadão, de maneira objetiva e fidedigna, de maneira que os cidadãos tenham seu direito à informação de interesse público sanado, assim como respostas verdadeiras às suas dúvidas e inquietações e as organizações que tratam da saúde possam exercer uma real responsabilidade social, indo ao encontro das sugestões propostas por Matos (2006, p. 65).

Capital Social, Humanização e Cidadania

A saúde pública é um dos campos em que a influência do capital social pode ser analisada (COLEMAN e PUTNAM apud MATOS, 2009, p. 38). A existência do capital social é importante para que o processo de humanização hospitalar seja possível, especialmente no que tange ao SUS. Essa retomada da necessidade de humanização no atendimento é uma resposta ao cidadão de queixas que foram levadas à ouvidoria ao longo dos anos. Matos (2009, p. 35) apresenta o capital social como “componente da ação coletiva, ativando as redes sociais”, em diálogo com o conceito de comunicação pública e participação popular proposto pela autora.

Três características constituem o capital social: confiança entre os membros da rede, capacidade de estrutura social e fluxos informacionais e normas para reger o processo (COLEMAN apud MATOS, 2009). Precedendo a teoria, os comitês de humanização nos serviços de saúde se pautam nesses pressupostos, buscando melhorar os serviços prestados ao cidadão.

Cremonese (2006) denomina de “males de origem” algumas características identitárias brasileiras como clientelismo, populismo, dependência e o insolidarismo, entre outras de sentidos negativos, como empecilhos à consolidação de capital social no Brasil.



Concorda com o autor acima citado Peruzzo (2011, p. 151) ao afirmar que “no Brasil a cidadania existe, mas não para todos”. A criação de um capital social humanizado dentro do SUS é dificultada por esses fatores, bem como por inexistir um ambiente de trabalho, tanto físico e quanto material, humanizado.

A violência simbólica dentro das organizações é descrita por Mumby (2010, p. 28) como “as formas institucionais [que] criam sistemas de diferença que constroem e posicionam as pessoas como de dentro ou de fora, dignas ou indignas, valiosas ou sem valor”. O autor infere que a desumanização pode ter várias origens, como ambientes de trabalho inadequados ou assédios de diferentes formas.

O tratamento humanizado ao paciente data da Idade Média na Europa e da Dinastia Han (200 a.C. – 220 d.C.) no Oriente (MEZZOMO, 2010). Após o Renascimento, a administração dos hospitais é transferida das ordens religiosas às prefeituras, visando o possível lucro com serviços de saúde. Já nessa época é notório que os doentes incuráveis, seja pela moléstia ou pela condição social, continuavam dependentes do trabalho voluntário dos abrigos religiosos, a margem das políticas públicas.

Mezzomo (2010, p. 148-9) classifica os problemas assistenciais em três níveis: “a dificuldade de acesso à assistência sanitária, aos medicamentos e aos diagnósticos; a falta de humanidade no tratamento; e [...] erro médico”. Em nosso país, o SUS se encarregou de universalizar a prestação de serviços de assistência médica e são feitos vários esforços nesse sentido. A questão do erro médico deve ser avaliada conjuntamente com os avanços tecnológicos e a qualificação dos profissionais da área da saúde. A humanização no tratamento é uma preocupação física, material e psicológica e “a ação de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar” (GODOI, 2008, p. 38) é fundamental para a própria existência do hospital como negócio lucrativo, no que é corroborado por Taraboulsi (2009, p. 18) ao afirmar que “só há uma coisa a fazer para melhorar e manter-se no mercado [hospitalar] tão competitivo: investir na humanização”.

É importante observar que “não se humaniza uma organização com decretos e regulamentos. Provoca-se primeiro uma mudança nas pessoas para depois se mudarem os métodos e processos” (SILVA, 2010, p. 215), assim como não se cria capital social espontaneamente, essas redes devem ser criadas e mantidas pelos cidadãos, ciosos de seus direitos e respeitadores de seus deveres.

No SUS, não foi diferente:



A humanização despontou na forma de política pública em resposta aos reclames da sociedade. Por um lado, consideraram-se os fenômenos culturais da contemporaneidade. Por outro lado, era evidente o sucateamento dos serviços de saúde, devido à má gestão ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes diante dos custos da medicina biotecnológica, das filas intermináveis, do atendimento insatisfatório aos pacientes por profissionais mal remunerados e desvalorizados, além do mais variados conflitos (RODRIGUES, 2012, p. 185)

O Plano Nacional de Humanização (PNH) responde a essa necessidade constatada. Embora ele tenha mudado sua nomenclatura ao longo do tempo, seu objetivo sempre foi melhorar as relações entre órgãos estatais de saúde e os cidadãos usuários do sistema. Para Rodrigues (2012, p. 186), “a institucionalização das ouvidorias e a pesquisa de satisfação surgem como instrumentos que possibilitam o permanente diálogo e acompanhamento em relação à qualidade de trabalho oferecido pelo SUS”, ao qual acrescentamos o conceito de capital social como elemento integrador dessas temáticas.

Ouvidoria

A criação da ouvidoria é decorrente da Lei de Proteção de Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo (Lei n.10.294, de 1999) e o Decreto n. 44.074, de 1999, que instituíram e estabeleceram as competências e atividades da ouvidoria no Estado de São Paulo. É importante ressaltar que a administração pública deve assegurar que seus atos sejam legais, legítimos, impessoais, morais, eficientes e publicizados.

Em sua essência, a ouvidoria deve “aprimorar a qualidade do atendimento [...] para gerar satisfação para o cidadão” (IASBECK, 2012, p. 24), o que corrobora os significados de capital social e humanização voltada ao cidadão como exposta acima.

A atividade comunicacional, em suas diversas definições e características, é de fundamental importância para as atividades da ouvidoria, pois ela “constitui um espaço democrático de participação e de representação” (IERVOLINO; ARMADA; MORAES, 2011, p. 170). O processo comunicacional em uma ouvidoria deve ser de mão dupla, entre o ouvidor e o usuário que está se manifestando, e entre o ouvidor e o profissional da área competente que possa solucionar a questão. Essa rede é formal, pois é um “conjunto de canais e meios de comunicação estabelecidos de forma consciente e deliberada” (KUNSCH, 2003, p. 82), em que verificamos as possibilidades de gestão contidas neste rol de atividades. Essa bilateralidade da ouvidoria tem o objetivo de



administrar “intenções, interesses, motivações, conflitos e demais afetos, muitos deles inconfessáveis, explícitos ou acobertados” (IASBECK, 2010, p. 17).

A própria gestão da saúde também pode se beneficiar das informações obtidas e repassadas pela ouvidoria através de seus relatórios, pois estes podem apontar oportunidades de melhorias de processos, problemas desconhecidos e até mesmo soluções práticas e objetivas. A ouvidoria não é um setor acusador de erros alheios, mas sim “um suporte para auxiliar na melhoria da qualidade de serviços e produtos” (VISMONA, 2011, p. 36), um processo de aprimoramento constante dentro da organização, visando que os resultados alcancem os cidadãos e suas necessidades.

A ouvidoria “é um lugar onde os conflitos são mediados e constitui um ancoradouro seguro para aqueles que se sentem desamparados na relação com o Estado” (COMPLAK, 2010, p. 189). Nesse sentido, a humanização no atendimento e a construção de um círculo de capital social se fazem presentes, para amparar o cidadão em suas necessidades prementes.

Dentre as competências assinaladas como necessárias ao ouvidor, além da facilidade para se comunicar e de relacionamento interpessoal, podemos destacar habilidades de “negociação, conciliação, psicologia do consumidor, conhecimento de legislação” (IASBECK, 2012, p. 28), além de uma atitude pedagógica com o cidadão e com os demais colaboradores da organização.

É interessante observar que “o cidadão, via ouvidorias, passou a exercer mais intensamente o papel fiscalizador antes atribuído quase que exclusivamente ao governo” (BRAZ e VARÃO, 2012, p. 68), utilizando assim o conceito de capital social exposto anteriormente, ou seja, sendo o próprio cidadão o agente de mudanças.

Na saúde pública, o cidadão já está naturalmente estressado, pois o ambiente hospitalar, muitas vezes é sinônimo de doença. Caso algo considerado fora da normalidade ocorra, a pessoa vai reclamar, questionar e até propor sugestões de melhorias. Para Gois, Lacerda e Souza (2011) e Iervolino, Armada e Moraes (2011) são comuns as reclamações sobre falta de vagas para internação, demora para realização de exames, e pouca qualidade no atendimento médico e de enfermagem, falta de informações corretas e negligência, o que denota também a desumanização no atendimento.

Considerações Finais



Nosso objetivo neste artigo foi apresentar uma visão em que os conceitos de comunicação pública, capital social, humanização, ouvidoria e cidadania se integram com o objetivo de melhorar o atendimento prestado na área de saúde pública e, em maior âmbito, na promoção da cidadania. Embora ainda sejam temas relativamente recentes em estudos acadêmicos no Brasil, podemos perceber que eles se encaixam de maneira fluida e natural.

Embora muitas determinações tomadas nessa área, como a criação da PNH e das ouvidorias, muitas vezes sejam impostas de maneira vertical, sem deliberação com a sociedade, não julgamos que essas sejam atividades negativas, pelo contrário, seus objetivos são nobres e resta aos cidadãos buscar maior participação nas decisões políticas que afetam diretamente suas vidas.

A ouvidoria deve ser bilateral, deve privilegiar a cidadania, deve proteger os direitos do cidadão e resguardar os da organização, dentro dos limites éticos em ambas as situações, e, no ambiente saúde pública, deve prover um ambiente humanizador ao cidadão.

Referências Bibliográficas

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, J. (org.). **Comunicação pública**: Estado, mercado, sociedade, e interesse público. São Paulo: Atlas, 2009.

BRAZ, Ailim; VARÃO, Rafiza. O papel das ouvidorias na comunicação organizacional. In: IASBECK, Luiz Carlos Assis (org.). **Ouvidoria**: mídia organizacional. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CARVALHO, Simone Alves de. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira, **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/Abrapcorp, 2012.

COMPLAK, Krystian. Ouvidoria é lugar de compreensão. **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, a. 7, n. 12, 1º sem. 2010.

CREMONESE, Dejalma. Insolidarismo e cordialidade: uma análise das mazelas políticas do Brasil. In: BAQUERO, Marcello e CREMONESE, Dejalma. **Capital social**: teoria e prática. Ijuí, RS: Unijuí, 2006.



GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GOIS, Antônio; LACERDA, Luiz; SOUZA, Sérgio. A atuação proativa de ouvidoria em um hospital público. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. Ouvidoria é comunicação. **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, a. 7, n. 12, 1º sem. 2010.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. Competências comunicacionais em ouvidoria. In: IASBECK, Luiz Carlos Assis (org.). **Ouvidoria: mídia organizacional**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

IERVOLINO, Antonio; ARMADA, Rosandra; MORAES, Sidéia. Ouvidorias na área de saúde pública: reflexões sobre a prática. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. 4.ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003.

MARTIN, Leonard. **A ética e a humanização hospitalar**. In: PESSINI, Leo e BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 3.ed. Loyola: São Paulo, 2006.

MATOS, Heloiza. Comunicação política e comunicação pública, **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abracorp, 2006.

MATOS, Heloiza. **Capital social e comunicação: interfaces e articulações**. São Paulo: Summus, 2009.

MATOS, Heloiza. A comunicação pública na perspectiva da teoria do reconhecimento. In: KUNSCH, Margarida (org.). **Comunicação pública, sociedade e cidadania**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Humanização hospitalar: fundamentos antropológicos e tecnológicos**. São Paulo: Loyola, 2010.

MUMBY, Dennis. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização nas organizações. In: KUNSCH, Margarida (org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. (Série Pensamento e Prática; v.3.)



NOVELLI, Ana Lucia. O papel institucional da comunicação pública para o sucesso da governança. In: , **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abracorp, 2006.

PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PERILLO, Eduardo. Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas. In: AMORIM, Maria Cristina; PERILLO, Eduardo (Org.). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LCTE, 2006.

PERUZZO, Cicilia. Movimentos, sociais, cidadania e o direito à comunicação comunitária nas políticas públicas. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (orgs.). **Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública**. São Paulo: Summus, 2011.

RODRIGUES, Maria Aparecida da Silva. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abracorp, 2012.

SALOMÃO, Devani. Desigualdades sociais na área da saúde: terceira idade, reconhecimento e capital social. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (Org.). **Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública**. São Paulo: Summus, 2011.

SILVA, Patricia dos Santos Caldas. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, Margarida (org). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. (Série Pensamento e Prática; v.3.)

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VISMONA, Edson. A evolução das ouvidorias no Brasil. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.