



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**ANA CLAUDIA CAMARGO SOARES**

**Avaliação da prática não humanizada em um hospital  
universitário, segundo demandas registradas pela ouvidoria**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior

**Botucatu  
2017**

**ANA CLAUDIA CAMARGO SOARES**

**Avaliação da prática não humanizada em um hospital  
universitário, segundo demandas registradas pela ouvidoria**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina  
de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio  
de Mesquita Filho”, para obtenção do título de  
mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Botucatu  
2017

Soares, Ana Claudia Camargo.

Avaliação da prática não humanizada em um hospital universitário, segundo demandas registradas pela ouvidoria. / Ana Claudia Camargo Soares. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio Luiz Caldas Junior

Capes: 40600009

1. Avaliação em Saúde. 2. Humanização na saúde. 3. Defesa do Paciente. 4. Saúde pública - Avaliação.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Humanização na assistência; Ouvidoria.

ANA CLAUDIA CAMARGO SOARES

**Avaliação da prática não humanizada em um hospital  
universitário, segundo demandas registradas pela ouvidoria.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Comissão Examinadora

---

**Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior**

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,

---

Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Macharelli

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,

Botucatu, 21 de junho de 2017.

## DEDICATÓRIA

À Deus, por me permitir o dom da vida e preenchê-la de bênçãos...

Ao meu Matheus, minha razão de viver, um anjinho enviado por Deus para me completar e me ensinar a amar, me doar e compreender em cada gesto, cada sorriso e cada olhar o verdadeiro sentido da vida...

Ao meu marido, amor da minha vida, por estar ao meu lado sempre, independente das circunstâncias, me apoiando, incentivando, enfrentando juntos os obstáculos que a vida nos impõe, compartilhando comigo toda conquista e sonhando juntos cada sonho, buscando no amor a fortaleza e sabedoria para trilharmos nosso caminho...

À minha mãe, meu porto seguro, sinônimo de amor, carinho, caráter, fé, fortaleza; a quem tenho como um espelho e com quem aprendi que a vida se faz de atitudes e não de palavras, sempre nos ensinando com seus exemplos, nos levantando com sua determinação e nos motivando com seu amor...

Ao meu pai, minha estrela guia, a quem terei sempre pertinho de mim, guardado em meu coração, e sei que onde quer que esteja estará sempre olhando por nós.

## AGRADECIMENTOS

Em especial ao meu orientador, querido professor Caldas, por todo conhecimento compartilhado, pela dedicação, incentivo, paciência, prontidão e por tornar nossas reuniões em encontros leves e descontraídos, sempre dividindo suas experiências e compartilhando de sua sabedoria.

Aos professores Carlos A. Macharelli, Cristiane M. R. Nascimento, Luiz C. Giarola, Margareth Ap. S. de Almeida por terem aceito participar da comissão examinadora e pelas contribuições colocadas; bem como aos professores do programa de pós-graduação em saúde coletiva por todo conhecimento compartilhado.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, à Sra. Sheila L.S. Abrantes e à equipe da ouvidoria do HCFMB, por me permitirem coletar os dados para que esse trabalho pudesse ser desenvolvido e pelo apoio no fornecimento das informações necessárias.

Ao meu marido, por todo apoio, compreensão e paciência, me incentivando nos momentos de cansaço e sempre acreditando em mim; e ao nosso pequeno, por quem eu darei meu melhor sempre.

À minha mãe, meus irmãos, minha irmã de coração Lari, meus amigos e familiares por todo apoio, incentivo e compreensão. Em especial à Lê, que além de toda ajuda e incentivo, sempre me motivou com sua determinação.

Aos meus colegas de trabalho e à Profa. Margareth por todo apoio e compreensão; enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para que essa conquista fosse alcançada.

“O valor das coisas não está no tempo em que duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

**Fernando Pessoa**

## RESUMO

SOARES, A.C.C. **Avaliação da prática não humanizada em um hospital universitário, segundo demandas registradas pela ouvidoria.** 2017, 88 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

O termo “Humanização” tem sido constantemente empregado no âmbito da saúde e visa recuperar a dimensão essencial do cuidado e a relação entre humanos. Para viabilizar a implantação desse cuidado nos serviços de saúde foi criada pelo Sistema Único de Saúde – SUS - a Política Nacional de Humanização - PNH. A maneira como as atividades de um hospital são desenvolvidas, bem como a forma como os recursos humanos e materiais disponíveis são geridos e aplicados à prestação dos serviços influencia diretamente no atendimento à referida política, tornando-se extremamente relevante para a qualidade dos serviços prestados. Considerando a relevância do assunto e com anseio de avaliar se as práticas de um hospital atendem ao preconizado pela PNH foi desenvolvido o presente trabalho. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo que aborda uma avaliação das atividades desenvolvidas pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) sob a perspectiva dos usuários que registraram demandas na ouvidoria do HCFMB, tendo a PNH como referencial conceitual. Por meio de análise quantitativa das demandas registradas, complementada com a análise subjetiva do sentimento expressado pelos usuários através da descrição do ocorrido, foi realizado um diagnóstico situacional dessas demandas, identificando os principais motivos que caracterizam as práticas não humanizadas reportadas à ouvidoria, bem como os locais onde essas práticas ocorrem com maior frequência. A análise dos dados permitiu que fossem identificadas as principais causas das intercorrências, bem como o nível de governabilidade dos atores envolvidos sob elas, segundo proposto por MATUS; o grupo ao qual são atribuídos os problemas identificados, baseando-se na tríade de avaliação em saúde de DONABEDIAN; além das diretrizes da PNH que estão sendo violadas pela ausência da prática humanizada em determinadas atividades do HCFMB. Constatou-se que as demandas registradas na ouvidoria representam práticas desenvolvidas pelo HCFMB de maneira não humanizadas, provenientes de questões atreladas principalmente à gestão, causadas em sua maioria por acumulações sob as quais o ator envolvido possui influência, representando problemas atribuídos à estrutura da instituição, constituída pelos recursos humanos e materiais disponíveis, bem como pela sua organização administrativa; e tendo o acolhimento como a principal diretriz violada. Diante deste contexto, torna-se necessária a



reorganização de determinadas atividades e desenvolvimento de programas de educação continuada aos profissionais, visando intensificar o desenvolvimento de práticas que atendam ao preconizado pela PNH.

**Palavras-chave:** Humanização na Assistência, Avaliação em Saúde, Defesa do Paciente, Ouvidoria.

## ABSTRACT

SOARES, A.C.C. Evaluation of non-humanized practice in a university hospital, according to demands filed by the ombudsman. 2017, 88p. Dissertation (master's degree) - Faculty of Medicine of Botucatu, State University of São Paulo, Botucatu, 2017.

The term "Humanization" has been used systematically in aims of health and the goal is to recover an essential dimension of care and a relationship between human beings. To enable the implementation of care with health services for the Sistema Único de Saúde – SUS - the Política Nacional de Humanização - PNH. The way a hospital's activities are developed, as well as how the available human and material resources are managed and applied to the provision of services directly influence on accomplishment to these standards, it has become very important for the quality of services provided. Considering the relevance of the subject and with the wish to evaluate if the practices of a hospital attend to recommended by the PNH, the present work was developed. This is a quantitative-qualitative study that addresses an evaluation of the activities developed by the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) from the perspective of users who registered demands in the ombudsman's office of HCFMB, having a PNH as a conceptual reference. Through a quantitative analysis of the recorded demands, complemented with a subjective analysis of the feeling expressed by users through of a description of the occurrence, a situational diagnosis of these demands was carried out, identifying the main reasons that characterize the non-humanized practices reported to the ombudsman's office as well as the places where these practices occur more frequently. The analysis of the data allowed them to be identified as the main causes of the interurrences, as well as the level of governability of the actors involved in these, according to MATUS proposal; the group to which are attributed the identified problems, Based on the on triad of health evaluation of the DONABEDIAN; besides the guidelines of the HNP that are being violated by the absence of the humanized practice in certain activities of the HCFMB. It was found that the demands registered in the ombudsman's office represent practices developed by HCFMB in a non-humanized way, arising from the questions related to management, caused mostly by accumulations under which the actor involved has influence, representing problems attributed to the structure of the institution, made up of available human and material resources, as well as its administrative organization; And having the host as the main guideline violated. Against this context, it is necessary to reorganize certain activities and develop continuing education programs for professionals, aiming to intensify the development of practices that meet the requirements by PNH.

**Keywords:** Humanization in Care, Health Evaluation, Patient Advocacy, Ombudsman.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1.1. Histórico e Conceito de Humanização</b>	13
<b>1.2 Humanização do SUS</b>	15
1.2.1 Sistema Único de Saúde	15
1.2.2 Política Nacional de Humanização	17
<b>1.3 Prática Humanizada</b>	22
<b>1.4 Ouvidorias</b>	24
1.4.1 Ouvidoria do Hospital das Clínicas de Botucatu	26
<b>1.5 Condensação do conhecimento fundada em estudos análogos</b>	28
<b>1.6 Experiências acumuladas com a PNH</b>	29
<b>2. OBJETIVOS</b>	31
<b>3. MATERIAL E MÉTODO</b>	32
<b>3.1. Pesquisa Descritiva</b>	32
<b>3.2. Sujeitos da Pesquisa</b>	32
<b>3.3. Coleta de Dados</b>	34
<b>3.4 Análise dos Dados</b>	37
3.4.1 Avaliação dos Serviços de Saúde segundo Donabedian	37
3.4.2 Árvore de Causas de Matus	39
<b>3.5. Questões éticas</b>	40
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	41
<b>4.1 Contexto geral da humanização no HCFMB, segundo as demandas da ouvidoria</b>	41
4.1.1 Contexto das demandas mediante processo, estrutura e resultado	60
4.1.2 Contexto das demandas segundo fluxo, acumulações, regras e governabilidade dos envolvidos	62
<b>4.2 Demandas negativas</b>	65
<b>5. LIMITAÇÕES</b>	77
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	78
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	81
<b>8. ANEXOS</b>	84

## APRESENTAÇÃO

Atualmente, as práticas desenvolvidas em muitos serviços de saúde contradizem os princípios e diretrizes que norteiam a Humanização em Saúde e geralmente a insatisfação desencadeada pelos cidadãos, a busca por soluções e qualidade nos serviços recebidos, bem como o cumprimento de seus direitos são expressas por meio das ouvidorias. Embora muitas vezes este setor seja tratado, até mesmo pelos próprios gestores, como uma “resolvidoria”, onde cada um busca a solução individual para seu problema (enquanto o olhar deve ser para o todo e pela busca de soluções coletivas), as ouvidorias acumulam dados valiosos e estas informações devem ser aplicadas à gestão das instituições e informação ao cidadão, possibilitando a busca por soluções dos problemas apresentados, bem como a melhoria na qualidade dos serviços prestados e o atendimento aos direitos do cidadão. Esse contexto sinaliza que talvez os direitos dos usuários não estejam sendo respeitados e que a responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com várias lacunas, tendo o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe como um dos aspectos que mais têm chamado a atenção.

Diante do exposto e da relevância do assunto, constata-se a necessidade de estudar como a Política Nacional de Humanização tem sido implementada nos hospitais e se os benefícios por ela preconizados, por meio de estratégias de qualificação da atenção e gestão do trabalho, têm sido implantados.

Considerando o conceito de ouvidoria ativa, tratada como instrumento de gestão, e sendo um canal de expressão dos sentimentos e perspectivas não somente dos usuários de determinados serviços, mas de todo cidadão percebe-se ser essa uma instância valiosa para identificar as demandas relacionadas à Humanização em Saúde, desencadeando, a partir dos registros da ouvidoria, uma avaliação dos serviços prestados, baseada na Política Nacional de Humanização, identificando as causas, segundo categorização de MATUS (fluxo, acumulações ou regras), e os níveis onde se concentram os problemas, segundo a tríade proposta por DONABEDIAN (processo, estrutura e resultado), possibilitando a reflexão, recomendação e implantação de soluções.

# 1 INTRODUÇÃO

## **1.1 Histórico e conceito de Humanização**

Ao longo dos anos, as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitaram diversos avanços na atenção e gestão da saúde, bem como na ampliação dos níveis de integralidade, universalidade e equidade dos serviços prestados. Porém, dentre outros aspectos, a fragmentação dos processos de trabalho e o modelo biomédico da medicina atual, centrado na doença, fragilizaram as relações entre os profissionais da saúde e usuários do SUS, o trabalho em equipe e a dimensão subjetiva das práticas (CUNHA, 2011).

Scharaiber (1997) considera que até a década de 1960, os recursos médicos disponíveis para tratar e curar os pacientes eram limitados e os médicos preocupavam-se em desenvolver uma relação de confiança com seus pacientes, dando-lhes o suporte e conforto necessários para construir essa relação. Porém, com o desenvolvimento técnico-científico, a partir da década de 1960, houve uma mudança no modelo de atenção à saúde, tornando os trabalhos fragmentados, impessoais e centrados na valorização das técnicas, desprezando-se a humanização na relação médico-paciente e gerando uma crise de confiança neste sentido.

Em decorrência dessa mudança no modelo de atenção à saúde, no final da década de 1990, o tema humanização viveu seu auge, passando a ser reivindicado por grupos de pacientes, bem como pelo movimento feminista, que reivindicava, desde a década de 1960, a humanização no parto, resultando na criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2000, e do Programa de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001 (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

O Manual do Programa de Humanização na Assistência Hospitalar, criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, estabelece que este tem o intuito desenvolver estratégias de melhoria que resgatem a relação entre profissional de saúde e usuário, trabalhadores entre si e do hospital com a comunidade, favorecendo o bom funcionamento do sistema de saúde e promovendo o respeito à singularidade de cada instituição, bem como a cooperação entre os agentes. O PNHAH propõe ainda a intercomunicação entre as diversas áreas que compõem o SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais e Instituições Hospitalares), considerada essencial para multiplicação e consolidação das ações propostas. Os objetivos apresentados no programa visam o fortalecimento das iniciativas de humanização já existentes, melhoria da qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários do sistema, modernização das relações de trabalho e transformação das instituições em unidades

harmônicas e solidárias, capacitação dos profissionais quanto ao conceito de valorização do sujeito, implantação de novas iniciativas que beneficiem profissionais e usuários da rede, estímulo ao conhecimento/ experiências nesta área, desenvolvimento de parâmetros de resultado e medidas de incentivo ao serviço humanizado e difusão de uma nova cultura de humanização (BRASIL, 2001).

O PNHAH apresenta a humanização da assistência hospitalar como sendo uma aliança entre a capacidade de comunicar-se, “capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes” (BRASIL, 2001, p.3); atrelada ao reconhecimento de expressar as palavras adequadas no momento oportuno, “dar à palavra sua dignidade ética” (BRASIL, 2001, p. 3); tendo a percepção da necessidade do outro “a combinação dos recursos tecnológicos disponíveis com um relacionamento adequado e a possibilidade de proporcionar aos profissionais condições estruturais e humanas de trabalho” (BRASIL, 2001 ,p.3). A aliança entre estes quatro aspectos preconiza o alcance de uma cultura de humanização que tornaria os serviços de saúde em ambientes agradáveis, respeitosos e eficazes, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade aos usuários e um trabalho prazeroso aos profissionais (BRASIL, 2001).

*“Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída e envolve a participação de todos os atores do sistema. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante”.*

(BRASIL, 2001, p.4)

A humanização impõe o enfrentamento de desafios conceituais e metodológicos. A dimensão conceitual trata da superação do desgaste decorrente da fragmentação em áreas diversas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, etc.), por níveis de atenção (assistência hospitalar, centros de saúde, ambulatórios de especialidade, etc.), por gêneros ou exigências do mercado para alcance da qualidade total, além da necessidade de considerar a diversidade do ser humano ao invés de criar um modelo de idealização. O aspecto metodológico diz respeito à sintonia que deve existir entre o que fazer e como fazer, possibilitando a efetivação das ações propostas pela humanização. Consideram a humanização concretizada como uma “tecnologia relacional”, a qual necessita de um processo de mudança subjetiva para ser efetivada (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

*"É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas.*

(BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.392).

Os autores destacam ainda que a mudança no modo de atender aos usuários não depende somente do aspecto relacional, pois envolve a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, decisão, avaliação e participação, necessitando para tanto de intervenção das outras esferas do sistema e possibilidade de cogestão (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Ayres (2005, p.550), conceituou o termo humanização como sendo "...um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum". Explica-o como sendo a referência ética e moral que orienta um discurso, especialmente quando relacionado à regulação da vida social.

O conceito de humanização em saúde surge como "...um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos". Expõem a ideia de que a humanização reforça os conceitos de dignidade e respeito à vida humana, já explícitos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aplicadas à dimensão ética da relação entre usuários e profissionais de saúde (VAITSMAN e ANDRADE, 2005, p.608),

## **1.2. A Humanização do SUS – Sistema Único de Saúde**

### **1.2.1 Sistema Único de Saúde – SUS**

A criação do Sistema Único de Saúde produz profunda transformação no paradigma da política de saúde no Brasil. Em cinco séculos de cidadania negada, as características do sistema vigente eram a concepção da saúde como mercadoria, com centralidade nos aspectos biológicos, na cura, no profissional médico e nas instituições especializadas e hospitalares, em organizações centralizadas e autoritárias (CUNHA, 2011; MASSAKO, 1994).

Sob o espírito da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, chamada "cidadã", fica estabelecido que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196 da CEF, 1998). Observa-se a elevação da saúde à condição de direito inerente à pessoa humana, cujas garantias se asseguram, primordialmente, na esfera das “políticas sociais e econômicas”. E mais, emergem no âmbito dos serviços os conceitos de promoção e proteção, retirando-os do circuito exclusivamente curativo-biologicista (BRASIL, 1988; COHN,1991).

Tais preceitos constitucionais vieram a ser reafirmados e melhor estabelecidos na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, chamada “Lei Orgânica da Saúde”, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (e) a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Dentre seus princípios e diretrizes destacam-se alguns de natureza doutrinária, por tratarem das relações entre o sistema e cidadão, modulando a extensão e a natureza do estabelecido direito à saúde, como se segue (BRASIL, 1990a):

*“I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;  
II - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;  
III - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”*

(BRASIL, 1990a)

Outros princípios, de natureza organizativa, tratam dos arranjos, institucionais, das relações entre esferas de poder e da gestão dos serviços propriamente ditos, destacando-se, dentre outros:

*“I - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;  
II - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;  
III - regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;  
VI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos  
“I - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;  
II - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;  
III - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;  
da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;  
V - participação da comunidade.”*

(BRASIL, 1990a)



Menos conhecidos e mencionados são justamente aqueles princípios e diretrizes que tratam diretamente das relações pessoais entre os usuários e os serviços e os profissionais que ali trabalham. Vejamos:

*I - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*

*II - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*

*III - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*

(BRASIL, 1990a)

Esta hierarquia de princípios e diretrizes denota as prioridades estratégicas do movimento da Reforma Sanitária e do SUS, inicialmente centradas na expansão e diversificação da rede de serviços, no aprimoramento das relações interinstitucionais e na garantia de financiamento. Apesar dos avanços observados nestas esferas, com expressivo aumento de serviços, profissionais contratados e serviços produzidos, a insatisfação da população e dos usuários do sistema era, e ainda é, paradoxalmente crescente (PAIM, 2011; BATALHA, 2013; LEITE, 2014).

Tal situação apontava para a necessidade de se aprimorar a qualidade dos serviços produzidos, em consonância com as necessidades e demandas da população e sobretudo para o aprimoramento do cuidado e das relações interpessoais, envolvendo profissionais e usuários. Se a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde sequer mencionavam as palavras “humanizar” ou “humanização”, as condições reais e objetivas de desenvolvimento do SUS impuseram tal caminho (BRASIL, 1988; 1990a).

### **1.2.2 Política Nacional de Humanização - PNH**

Lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização - PNH – também conhecida como HumanizaSUS, conceitua que humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, com intuito de estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, através de forma coletiva e compartilhada (BRASIL, 2004).

*“Humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, usuários e gestores do serviço de saúde”.*

(BRASIL, 2004, p.6)

A PNH surgiu em substituição ao Programa de Humanização na Assistência Hospitalar, devido à necessidade de aprofundar esta questão nas instituições, tornando-a não somente um programa, mas uma política que atravessasse as diferentes ações e instâncias do SUS, ampliando seu alcance, autoridade e poder de intervenção (REIS et al, 2004).

A PNH foi idealizada como uma política justamente para evitar que seja apenas mais um programa a ser cumprido, no qual se impõe normas e ações, transformando-as em metas a serem alcançadas. É pautada em um conjunto de princípios e diretrizes que visam a construção coletiva de práticas de saúde e do sujeito subjetivo (BRASIL, 2006a).

*“Uma política não pode se confundir com um princípio e a humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade”.*

(BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.392).

Trata-se de uma proposta estratégica para fortalecimento do SUS, a qual visa estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas não humanizadas, inibindo a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

*“Trata-se de uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho que almeja o alcance dos usuários e a valorização dos trabalhadores”.*

(SANTOS FILHO, 2007, p.1004)

A estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho da PNH, citada acima, preconiza que alguns aspectos sejam considerados no atendimento ao usuário, envolvendo o ambiente no qual está inserido, a relação e o vínculo existente entre profissional-usuário, os recursos e tecnologias disponíveis, bem como a maneira como estão sendo utilizados e a organização dos serviços. Além disso, visa a valorização dos

trabalhadores, quanto à capacitação técnica e subjetiva nas práticas, gestão participativa, recursos disponíveis, ambiente de trabalho, remuneração, plano de cargos e salários, dentre outras questões (BRASIL, 2004).

*“Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.*

(BRASIL, 2004, p.6)

O intuito da PNH é tornar o atendimento e o trabalho em uma troca solidária que resulte em produção de saúde, porém implica mudanças tanto na cultura da atenção aos usuários, como na gestão dos processos de trabalho, tomando a saúde como valor de uso (BRASIL, 2004).

*"Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho”.*

(BRASIL, 2004, p.8)

### Princípios da PNH

A Política Nacional de Humanização foi desenvolvida baseada em alguns princípios, descritos a seguir, os quais visam assegurar à população atenção integral, já prevista nos princípios do SUS, desenvolvida de maneira tal que os direitos de cidadania sejam respeitados (BRASIL, 2004).

De acordo com o exposto por Santos Filho (2007, p.1000), os princípios da PNH propõem "uma atuação que leve à ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”.

**Transversalidade:** “reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (BRASIL, 2004, p. 6). Fazer-se presente em todas as instâncias e programas do SUS e transformar as relações de

trabalho aumentando a comunicação entre as pessoas e diminuindo a hierarquização constante nas relações.

- **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** decisões da gestão interferem na atenção à saúde, portanto “...cabe aos trabalhadores e usuários conhecer o funcionamento da gestão dos serviços de saúde, participar ativamente do processo de tomada de decisão” (BRASIL, 2004, p.6), bem como responsabilizarem-se pelo cuidado. Proporcionar aos profissionais e usuários a chance de participar ativamente das decisões que os envolvem.
- **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** reconhecer “...cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valorizar e incentivar sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2004, p.7). As mudanças são mais produtivas se construídas envolvendo as pessoas, respeitando suas vontades e dando-lhes autonomia para que as responsabilidades sejam compartilhadas.

#### Diretrizes da PNH

As diretrizes da PNH, descritas a seguir, são consideradas conceitos norteadores do trabalho da referida política, traduzidos em determinados arranjos de trabalho que envolvem orientações clínicas, éticas e políticas (BRASIL, 2004).

*“...reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços”, possibilitando melhorias na produção e prestação dos serviços à população*

(SANTOS FILHO, 2007, p.1000).

- **Acolhimento:** “...tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2004, p.8). Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores ao usuário, é possível garantir o acesso oportuno destes usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

- **Gestão Participativa e Cogestão:** expressa tanto a “...inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto ampliação das tarefas da gestão” (BRASIL, 2004, p.8), formulação e pactuação de tarefas e aprendizado coletivo. Deve ser realizado através de “rodas” (encontros coletivos entre gestores e profissionais) para colocar as diferenças em contato de modo a produzir “movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção” (BRASIL, 2004, p.9).
- **Ambiência:** “Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2004, p.9). O uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.
- **Clínica Ampliada e Compartilhada:** “é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença” (BRASIL, 2004, p.10). Visa o uso de recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos e a qualificação do diálogo, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.
- **Valorização do Trabalhador:** apostar na capacidade dos trabalhadores de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Tornar possível “...o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde e incluí-los nos espaços coletivos de gestão” (BRASIL, 2004, p.11).
- **Defesa dos Direitos dos Usuários:** assegurar que os direitos garantidos por lei aos usuários sejam conhecidos e cumpridos, em todas as fases do cuidado. “Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social” (BRASIL, 2004, p.12).

*“Humanizar é constituir relações que afirmem os valores que orientam nossa política pública de saúde”.*

(BRASIL, 2004)

Para cada uma das diretrizes da PNH, citadas acima, foi desenvolvida uma cartilha HumanizaSUS contendo conceitos e exemplificando situações que envolvem o assunto tratado, visando tornar a reorganização do trabalho mais adequada (BRASIL, 2004).

### **1.3 Prática Humanizada**

Neste trabalho, a “Prática Humanizada” é considerada como o conjunto de práticas que atendem aos conceitos norteadores da Política Nacional de Humanização.

A ausência desta prática humanizada na assistência hospitalar, ou o que chamamos de “práticas não humanizadas”, tem gerado alguns problemas que interferem na qualidade do serviço prestado pelo SUS, como segue (BRASIL, 2006a):

- ✓ Processos de trabalho fragmentados e enfraquecimento/desvalorização das relações entre os diferentes profissionais e usuários;
- ✓ Interação entre as equipes tornando-se cada vez mais precária/inadequada e demonstrando o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva que as práticas de atenção necessitam;
- ✓ Inexistência de programas de incentivo à qualificação dos trabalhadores com baixo investimento nesse aspecto, despreparo para lidar com trabalho em equipe e gestão participativa precária;
- ✓ Dispositivos insuficientes de fomento à cogestão e inclusão dos trabalhadores nas decisões, a fim de possibilitar a participação destes e dos usuários no processo de produção de saúde;
- ✓ Direitos dos usuários não sendo plenamente respeitados;
- ✓ Controle social da gestão do SUS e dos processos de atenção fragilizados;

- ✓ Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, não considerando o meio no qual o indivíduo está inserido e o que pode estar causando determinadas intercorrências.

A implementação da PNH nas atividades dos hospitais visa melhorias nos diversos aspectos evidenciados anteriormente, exemplificados abaixo, dentre outros que possibilitem o atendimento das ações propostas pela referida política e a prestação de um serviço de qualidade aos usuários (BRASIL, 2006a):

*"... marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.*

(SANTOS FILHO, 2007, p.1001)

- ✓ Promover a redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- ✓ Assegurar que o usuário do SUS saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- ✓ Garantir que os direitos dos usuários sejam a ele assegurados, mediante as leis já existentes e ampliando os mecanismos de sua participação ativa e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- ✓ Garantir gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, investindo e incentivando os trabalhadores à educação permanente, proporcionando uma ambiência adequada com espaços saudáveis e acolhedores, propiciando maior integração de

trabalhadores e usuários em diferentes momentos através de encontros e rodas de discussão, citada anteriormente.

- ✓ Implementar atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

#### **1.4 Ouvidorias**

A primeira ouvidoria pública no Brasil, que se tem conhecimento, foi criada em 1985, na cidade de Curitiba, seguida da primeira ouvidoria da área pública estadual paulista que surgiu em 1992, a ouvidoria do Procon, seguida de outras instituições (MACHADO, 2004).

As ouvidorias públicas começaram a surgir baseadas na preocupação do Estado em oferecer serviços e informações de qualidade, bem como de valorizar o controle dessa prestação, exercido pelos cidadãos, por este meio (MACHADO, 2004).

Em 1999, foi promulgada a Lei nº 10.294 que dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo e estabelece como direitos básicos do usuário: a informação, a qualidade na prestação dos serviços e o controle adequado do serviço público. Em virtude desta lei, os órgãos públicos foram obrigados a instituir ouvidorias em todos os serviços públicos estaduais (BRASIL, 1999).

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) foi criado em 2003, por intermédio do Decreto nº 4.726, com intuito de permitir ao cidadão “expressar a democracia por meio de formas concretas e diretas de participação em favor dos direitos da população” e considerando que a gestão do SUS deve ser realizada por meio do olhar da população (BRASIL, 2014b)

*“Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”*

(ONU, 2009, Art. 19)

As ouvidorias locais de saúde, situadas dentro das instituições, são articuladas com a ouvidoria geral do SUS que recebe os casos não solucionados em nível local para tratamento e encaminhamento das manifestações aos gestores do SUS, além de atuar “em uma



perspectiva informativa, buscando ser um efetivo espaço de cidadania”. Essa perspectiva informativa, além de atender à Lei de Acesso à Informação, nº12.527/2011, a qual regulamenta o direito de acesso as informações públicas pelos cidadãos, previsto na Constituição Federal, reforça princípios do SUS que visam a participação social, dentre outros (BRASIL, 2014b).

Em 2011, foi criado um novo conceito de ouvidoria por meio do Decreto Federal nº 7.508 que dispõe sobre o planejamento do SUS, a chamada Ouvidoria Ativa, que consiste em “além de receber as manifestações, buscar contribuições para construir estratégias, avaliar as ações dos serviços de saúde e solucionar as dificuldades apresentadas” (BRASIL, 2014a, Art.37).

Este novo conceito visa fazer com que as ouvidorias sejam tratadas como efetiva ferramenta de gestão, além de instrumento de democracia direta, por meio de ações que possibilitem a tomada de decisão e planejamento gerencial baseado nas demandas do setor, pois estas demandas são nada mais que as necessidades e a luta pelos direitos, expressas pelos cidadãos (BRASIL, 2014a).

Importante destacar que as ouvidorias visam elevar a qualidade dos serviços prestados e devem ser um canal de comunicação entre cidadão e órgão público, neste caso entre a população e instituição de saúde.

Destaca-se ainda que o ouvidor possui papel de facilitador e não de fiscalizador. Um ouvidor deve ter como base o modelo de “ombudsman”, palavra de origem sueca que significa advogado, defensor do povo. Termo este muito utilizado em diversos países, como Alemanha, Inglaterra, França, Dinamarca, dentre outros (BRASIL, 2006; LYRA, 2000).

Algumas ouvidorias de instituições de saúde apresentam rotina de trabalho semelhante, como por exemplo no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Rio de Janeiro, caracterizada pelo recebimento das demandas que são classificadas de acordo com sua natureza (sugestão, elogio, denúncia, reclamação, etc.) e encaminhadas as áreas competentes para providências, retornando à ouvidoria para que esta mantenha o usuário informado. (SOUZA, 2010).

### **1.4.1 Ouvidoria do Hospital das Clínicas de Botucatu**

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é uma autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, sendo considerado referência para os municípios abrangidos pela DRS VI – Bauru/SP. Possui um avançado centro de diagnóstico por imagem e centro cirúrgico; oferece serviços de quimioterapia, hemocentro, endoscopia, partos de risco, medicina nuclear, hemodiálise, atendimentos cirúrgicos e ambulatoriais, pronto socorro e UTIs (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2016).

Trata-se de um hospital de grande porte, sendo serviço de referência para aproximadamente dois milhões de pessoas, vindas de 75 municípios, no qual, anualmente, são realizados cerca de dois milhões de exames, 650 mil consultas, 25 mil internações e 12 mil cirurgias. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2016).

Prestam serviços nas dependências do HCFMB aproximadamente 276 médicos/docentes, 202 enfermeiros, 824 técnicos/ auxiliares de enfermagem, 330 médicos residentes, 78 pós-graduandos do Programa de Aprimoramento Profissional e 1164 servidores técnico-administrativos de outras categorias (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2016).

O HCFMB possui uma ouvidoria local, implantada em 2001 com intuito de ser a voz do cidadão, mediando a opinião do cidadão junto a administração do HCFMB. Passou por uma reestruturação em 2012, devido à mudança de gestão, com implantação de novas diretrizes visando melhor funcionamento das atividades do setor para bem atender aos usuários, sendo então certificada pela Associação Brasileira de Ouvidores (ABO). (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2017).

A ouvidoria do HCFMB presta serviço aos usuários fornecendo informações e orientações, bem como registro e encaminhamento de sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2017). O atendimento é realizado de forma pessoal, por telefone, e-mail ou carta e após registro da demanda do usuário é feito o encaminhamento ao departamento responsável, para ciência e/ou providências necessárias. Vale ressaltar que a ouvidoria do HCFMB acolhe também as demandas de unidades externas, cuja gestão pertence ao HCFMB (Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Pediátrico, Hospital Estadual de Botucatu e Serviço

de Atenção e Referência em Álcool e Drogas – SARAD). (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2016).

A ouvidoria se baseia no fluxograma da instituição, onde constam os departamentos responsáveis pelos determinados setores que constituem o HCFMB, para encaminhamento das demandas, de acordo com os setores envolvidos. Esses departamentos dão andamento à demanda, por meio de ciência, justificativa ou desenvolvimento das ações necessárias e após esse trâmite devolvem a demanda à ouvidoria, para que o usuário seja informado das ações tomadas.

O HCFMB não possui uma comissão específica ativa para tratar dos assuntos relacionados à Humanização, conforme preconiza a PNH (BRASIL, 2004), portanto os assuntos são tratados pelos próprios departamentos, aos quais os setores relatados nas demandas são subordinados, conforme fluxo descrito anteriormente. Este trâmite era realizado, caracterizando a ouvidoria como subordinada à superintendência do HCFMB e não ao DOGES, tendo em vista que as demandas são tratadas pelos departamentos e pelo gestor do HCFMB, sendo raramente enviada ao DOGES, o que ocorre geralmente quando o próprio reclamante o aciona ou em caso de demandas não solucionadas. Para o reclamante esse trâmite pode ser prejudicial, pois é possível que ocorra quebra de sigilo das informações, revelando ao setor quem foi o reclamante de determinadas demandas, tendo em vista que o setor tinha acesso total ao registro feito pelos usuários.

Em 2013 a ouvidoria estava iniciando a utilização do sistema informatizado MV, porém esse sistema foi desativado e devido à padronização de todas as ouvidorias locais de saúde, proposta pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo SES/SP, passou a utilizar o sistema informatizado ouvidor SES. Devido a essa padronização as atividades da ouvidoria foram reformuladas e a partir de 2014 as demandas passaram a ser registradas no referido sistema e encaminhadas aos setores envolvidos via e-mail. O novo trâmite evita o extravio dos registros, mantém a identidade dos usuários resguardada, tendo em vista que o material enviado por e-mail aos envolvidos é exportado do sistema sendo omitidos os dados de identificação, e possibilita acesso ao banco de dados que o sistema fornece, tanto para controle das demandas registradas como para emissão dos relatórios quantitativos que se fizerem necessários. Vale ressaltar que o controle de envio e retorno das demandas é feito manualmente, cabendo aos servidores da ouvidoria manter esse controle e efetuar as cobranças necessárias aos setores envolvidos, bem como dar o retorno aos usuários das medidas que foram ou serão tomadas.

Entre 2014 e 2016 foram realizadas ações de sensibilização com os gestores dos setores do HCFMB, conscientizando-os da importância de uma ouvidoria ativa dentro do hospital. Após essa ação, o HCFMB chegou a criar uma comissão de humanização, em 2016, e a ouvidoria elaborou um relatório com alguns tópicos a serem trabalhados, porém nenhuma ação foi implantada e a comissão encontra-se inativa, pois a falta de recursos e de tempo para desenvolver ações efetivas resultou na falta de interesse pela comissão em continuar com os trabalhos e a gestão atual não iniciou atividades nesse sentido até o momento. Vale ressaltar que o relatório elaborado pela ouvidoria não foi baseado nas informações quantitativas da unidade, este conteve os tópicos que a ouvidora julgou serem de resolução mais urgentes.

A ouvidoria do HCFMB está sendo o setor piloto para implantação do sistema ouvidor SES e dos procedimentos definidos pela Secretaria Estadual do Estado na categoria hospital escola, portanto continua em processo de padronização e melhoria constante, passando por adequações no sistema e nos trâmites realizados, os quais não são definitivos, podendo ser alterados para melhor atender as necessidades do setor.

### **1.5 Condensação do conhecimento fundado em estudos análogos**

A avaliação dos processos não humanizados, caracterizados por meio das atividades realizadas em hospitais estaduais, considerando-se a prática em si, tem sido pouco analisada, tendo em vista que a maioria dos artigos disponíveis que tratam do tema “Humanização” são mais conceituais.

Trabalhos que se utilizam dos dados das ouvidorias para estudar a humanização em si, segundo a prática desenvolvida nos hospitais, também são pouco abordados. O que pudemos observar foram trabalhos que avaliam a qualidade dos serviços por meio dos dados colhidos na ouvidoria, os quais demonstram que os problemas identificados se concentram na insatisfação com atendimento prestado, seguido de estrutura deficiente (Souza, 2010). Embora o objeto de diversos estudos observados não ser humanização, percebe-se que os problemas encontrados são atrelados à ausência de prática humanizada, segundo os preceitos da PNH.

Um dos artigos analisados que trata de uma pesquisa realizada em um hospital universitário de São Paulo tendo a humanização como objeto de estudo, utilizou como método a análise documental de registros gerenciais do período de cinco anos, porém a maneira como os dados foram classificados e divididos não é apresentada no referido artigo para que pudessemos utilizá-lo como comparativo. Dentre os problemas encontrados, atrelados à Humanização, o autor destaca os seguintes (RIOS E BATISTELLA, 2013):

- inadequada percepção da humanização por gestores e profissionais como ações/programas pontuais;
- ausência de uma proposta de estrutura e gestão da humanização;
- diferença na organização e visão dos comitês de humanização pertencentes a referida instituição, bem como inexistência de alguns comitês.

### **1.6 Experiências acumuladas com a Política Nacional de Humanização – PNH**

O termo humanização remete a uma reflexão de valores e atitudes que a sociedade vem desencadeando e que necessitam ser revistos, principalmente na área da saúde, onde as “práticas não humanizadas”, caracterizadas neste trabalho pela ausência de práticas que respeitem os conceitos norteadores da PNH, se evidenciam cada vez mais, influenciando fortemente na qualidade do serviço prestado e conseqüentemente resultando em insatisfação pelos usuários (RIOS E BATISTELLA, 2013).

*“... tecnicismo, falta de comunicação, fraco compromisso com o bom resultado do trabalho realizado, pouca compaixão e sensibilidade para com o sofrimento do outro, deslizes éticos associados ou não ao esgotamento do profissional da saúde, e a falta de eficiência em gerir e organizar os processos de trabalho tem efeitos devastadores sobre as pessoas”.*

(RIOS E BATISTELLA, 2013, p.855)

O resultado esperado com o desenvolvimento da PNH “...é a consolidação de valores humanísticos no trabalho em saúde e a aliança entre competência técnica/tecnológica e competência ética/relacional” (RIOS E BATISTELLA, 2013, p.855). Para que essas articulações aconteçam é necessário que haja investimento por parte da gestão, tanto nos aspectos humanos como materiais e econômicos. Porém uma das experiências acumuladas com o desenvolvimento da PNH, observadas por pesquisadores, é o despreparo dos gestores em aplicar os conceitos políticos e gerenciais vinculados à referida política, o que se torna um dos principais entraves no seu desenvolvimento e conseqüentemente impossibilita as mudanças coletivas e as transformações institucionais que a política visa (RIOS E BATISTELLA, 2013).

Em 2015, durante o seminário de 10 anos da Política Nacional de Humanização, foi realizado um debate, no qual profissionais que contribuíram para a construção da referida política expressaram alguns sentimentos e experiências.

Uma das questões que chamam a atenção é a impressão de que mesmo depois de 10 anos de implantação da PNH, parece não haver avanços muito significativos e isso se deve, principalmente, à dificuldade de tornar as pessoas mais humanas (BRASIL, 2015).

*“A humanização está capilarizada conceitualmente como prática em todo o sistema público de saúde, mas é necessário que avancemos”.*

(BRASIL, 2015, p.25)

Outro aspecto destacado diz respeito à perspectiva de que a humanização é tarefa dos gestores das instituições, porém trata-se de uma perspectiva enganosa visto que humanizar envolve o coletivo, havendo a necessidade de incluir cada um no processo de humanização das ações. A responsabilidade é atribuída aos gestores, porém a construção do processo deve vir do coletivo (BRASIL, 2015).

Dentre tantos outros aspectos discutidos, o seminário apresentou diversas questões norteadoras a serem refletidas para que a tão importante Política Nacional de Humanização possa realmente se difundir e transformar o cotidiano dos serviços e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo Geral

Descrever e avaliar o descumprimento dos princípios e diretrizes propostos pela Política Nacional de Humanização nas atividades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, segundo a percepção, valores e sentimento dos usuários que estabeleceram contato com a ouvidoria da instituição.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as principais demandas da ouvidoria referentes à prática não humanizada e seus locais de ocorrência;
- Avaliar o atendimento prestado pelos servidores e os princípios da PNH, empregados ou não, no referido atendimento;
- Classificar as demandas da ouvidoria que estão violando os conceitos norteadores da Política Nacional de Humanização, bem como os atores envolvidos e nível em que se concentram;
- Compreender o sentimento dos usuários de um hospital terciário do interior paulista que registraram demanda na ouvidoria em relação ao déficit da Prática Humanizada;
- Propor melhorias à Supervisão do Hospital, visando intensificar a prática humanizada nos serviços prestados.

### **3. MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 Pesquisa Descritiva**

Estudo observacional, descritivo de natureza exploratória, no qual foram utilizados procedimentos quanti-qualitativos.

O presente estudo teve como fonte de dados a ouvidoria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e se dividiu em duas fases, sendo a primeira fase quantitativa e a segunda qualitativa, permitindo assim que as informações se complementassem, considerando a subjetividade de determinados casos observados nas demandas.

A primeira fase deste trabalho se constituiu de uma análise quantitativa das demandas constantes no arquivo da Ouvidoria do HCFMB, referentes ao ano de 2013, distribuídos segundo os setores do Hospital e os motivos das demandas.

A segunda fase, qualitativa, foi desenvolvida através da interpretação subjetiva da descrição das demandas, expostas pelos usuários, para que pudessem ser feitas as classificações necessárias para aprofundamento da análise dos dados, desencadeando uma avaliação dos serviços com base nos preceitos e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

A pesquisa quantitativa permite que opiniões e informações sejam traduzidas em números, podendo assim classificá-las e analisá-las (GIL, 2008). Já na pesquisa qualitativa, "...caminhamos para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crença e valores" (MINAYO, 1999, p.28).

#### **3.2 Sujeitos da Pesquisa**

Foram sujeitos da pesquisa usuários com demandas à ouvidoria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu relacionadas a assuntos de Gestão e Assistência à Saúde, registradas durante o ano de 2013 e que tiveram encaminhamento para providências e/ou análises com devido retorno ao setor.

De acordo com o manual elaborado pela ouvidoria do HCFMB (Anexo 1), considera-se demanda como sendo qualquer expressão ou opinião apresentada pelo usuário a respeito de políticas ou serviços prestados pelo estabelecimento em questão e, conforme roteiro



estabelecido pela ouvidoria do Hospital das Clínicas, essas demandas classificam-se conforme descrito abaixo:

- a. Informação: solicitação de orientação ou esclarecimento relacionado ao atendimento ou à prestação de serviço público;
- b. Reclamação: queixa que aponta uma insatisfação do usuário em relação ao serviço oferecido/prestado pelo Hospital das Clínicas, podendo ser apenas um protesto ou incluir uma pretensão/reivindicação;
- c. Denúncia: indicação de fato ou indício de irregularidade dentro do hospital;
- d. Elogio: manifestação de aprovação e/ou contentamento quanto aos serviços prestados pelo hospital ou servidores;
- e. Agradecimento: (não consta definição no roteiro);
- f. Sugestão: proposta de alteração de funcionamento e/ou procedimento adotado pelo hospital;
- g. Expressão livre: sem nexos causal;
- h. Solicitação: informação, requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde;
- i. Mediação: método de resolução de conflitos com duração variável, dependendo do tipo e persistência dos conflitos, bem como da complexidade dos temas e relacionamento/abertura das partes envolvidas.

Em 2013, a ouvidoria do HCFMB possuía um sistema integrado de registro das demandas que foi desativado, impossibilitando que as demandas registradas fossem consultadas posteriormente. Em virtude dessa desativação do sistema, somente pudemos consultar as demandas que estavam arquivadas no setor.

No período, foram registradas 2.739 demandas, incluindo: informação, reclamação, denúncia, elogio, sugestão e expressão livre.

Estas 2.739 demandas recebidas sofreram o seguinte processamento:

- as demandas cadastradas como informações (1.249) não foram impressas e encaminhadas por tratar-se somente de informações prestadas, sendo apenas contabilizadas pelo setor como uma demanda;

- 329 demandas tratavam-se de mediações realizadas pela ouvidoria, também não havendo encaminhamento, pois os contatos com os setores do HCFMB foram realizados enquanto o reclamante estava presente, com intuito de solucionar o problema o quanto antes;

- 1.161 Demandas foram encaminhadas por escrito aos setores, sendo que 241 foram para ciência e 920 para providências e análises;

- destas 1.161 demandas encaminhadas para ciência e/ou providências, somente 705 foram devolvidas ao setor, não sendo possível ter acesso ou saber do que se tratavam as 456 demandas por terem sido possivelmente extraviadas.

Portanto, as demandas consideradas neste trabalho foram todas as demandas em documento físico que o setor possuía arquivadas, totalizando em 705 demandas, em virtude da falta de informação sobre as demais demandas registradas.

### **3.3 Coleta de dados**

As variáveis constantes nas fichas registradas pela ouvidoria, que foram coletadas para realização de uma análise preliminar são:

- tipo de demanda (de acordo com classificação pela ouvidoria);
- data de abertura;
- reclamante (usuário, familiar, etc.);
- cidade onde reside o usuário;
- setor do HCFMB envolvido;
- descrição do ocorrido (de acordo com exposto pelo usuário);
- desdobramentos realizados pelos envolvidos;
- data de devolutiva ao reclamante.

Os dados coletados foram apreciados pela pesquisadora e posteriormente foram criadas novas categorias, a saber:

- Caracterização da demanda: verificar se o tipo de demanda classificado pela ouvidoria está de acordo com a definição teórica;
- Motivo demanda: classificar motivo, baseado no roteiro de organização das informações, estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde (fornecido pela ouvidoria do HCFMB): gestão ou assistência à saúde;
- Motivação: de acordo com descrição feita pelo usuário, identificar o motivo que levou ao registro da demanda;
- Tempo de retorno: tempo que a ouvidoria levou para fornecer *feedback* ao reclamante;
- Apuração da demanda (reclamação e denúncia) na perspectiva do reclamante: avaliar queixa do reclamante, considerando o contexto geral e gravidade da situação;
- Apuração da demanda (reclamação e denúncia) na perspectiva do envolvido: avaliar postura adotada pelo envolvido e tentativa de resolução do problema;
- Tipo de solução dada à demanda: o que foi feito pela Instituição em relação à demanda (resolução, esclarecimento, orientação, encaminhamento, etc.);
- Envolvimento de outros níveis de atenção: averiguar se outros níveis de atenção estão envolvidos na demanda;
- Destinatário da demanda: setor envolvido (individual e agrupado);
- DRS e Região de Saúde: direção regional de saúde e região a qual pertence a cidade de procedência do reclamante.

Segundo informações da ouvidoria, em 2013 ainda não havia uma padronização da classificação por motivos, estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde somente em 2014. Esta classificação está em fase de adaptação, portanto a referida classificação, citada anteriormente, foi realizada pela pesquisadora de acordo com as informações constantes no

documento intitulado “Organização das informações de Ouvidorias”, emitido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (Anexo 2), adequando a informação à padronização atual e considerando como objeto de estudo as demandas classificadas sob os motivos 2 (assistência à saúde) e 3 (gestão), conforme já citado no item 3.1:

1. Assistência Farmacêutica;
2. Assistência à Saúde;
3. Gestão;
4. Transporte;
5. Vigilância Epidemiológica;
6. Vigilância Sanitária.

Os aspectos classificados como “gestão” englobam situações que envolvem a administração do SUS; dentre eles constam recursos humanos e materiais, emissão de documentos, central reguladora e estabelecimento de saúde. Já os aspectos classificados como assistência à saúde” envolvem situações relacionadas a consultas e exames, como pacientes aguardando a realização de exame, cirurgia, tratamento, retorno, bem como falta de referência do especialista ou procedimento solicitado.

➤ Classificação enquanto avaliação de serviços e diagnóstico final

Nesta etapa, primeiramente foi realizada uma avaliação dos serviços prestados, de acordo com o exposto pelo usuário e considerando o motivo de cada demanda, identificando na PNH um ou mais conceitos norteadores, descritos na introdução deste trabalho e caracterizados como diretrizes da PNH, que estejam sendo violados enquanto deveriam ser utilizados para fortalecimento do SUS, inovando as práticas gerenciais, de produção, assistenciais, dentre outras.

Após identificados os conceitos violados na PNH, foram utilizadas as definições propostas por Matus (1995) e Donabedian (2003) para identificar as causas e em que níveis/grupos os problemas identificados se encontram para, através de uma visão mais ampla desses problemas, fazer um diagnóstico das práticas não humanizadas. Entenda-se por “não-humanizada” as práticas que violam os conceitos norteadores da PNH.

Embora alguns utilizem a expressão “desumanizada” para estas situações, optamos por não utilizar este termo e sim “não humanizadas”, uma vez que “desumanidade” nos reporta aos conceitos de crueldade, atrocidade e similares, impróprios para as situações aqui estudadas.

Encontramos alguns trabalhos, utilizados como base para comparação da metodologia, porém por não haver detalhamento da maneira como as classificações foram realizadas e por nosso trabalho possuir uma classificação mais específica, atrelada à PNH, não obtivemos meios de comparação para as classificações dos dados, realizadas neste trabalho pela própria pesquisadora.

### **3.4 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi realizada organizando-se as demandas registradas por setor do hospital, tipo de demanda e por “núcleos temáticos”, de acordo com motivo que levou o usuário a registrar a demanda, com processamento e análise dos dados, possibilitando descrever os resultados obtidos.

Através da identificação dos conceitos norteadores da PNH em cada demanda, foi verificado se os atendimentos haviam sido prestados de forma humanizada, seguindo os preceitos da PNH

O sentimento dos usuários, expresso na descrição do ocorrido constante nas demandas, foi utilizado como ilustração dos casos referidos na etapa de resultados e discussão. Sendo respeitado o anonimato dos usuários que registraram as demandas, estes foram identificados como “usuários”. Nos casos em que há ilustração da devolutiva conferida à demanda pelos profissionais do HCFMB, estes foram identificados como “envolvidos”.

#### **3.4.1 – Avaliação dos Serviços de Saúde por Donabedian**

A avaliação dos serviços de saúde, tendo como referencial metodológico a Política Nacional de Humanização – PNH, torna-se um grande desafio, pois não se trata de um programa no qual pode-se avaliar o cumprimento ou não de determinadas metas, faz-se necessário a criação ou adequação de indicadores capazes de dimensionar o quanto a reorganização dos processos de trabalho, preconizada pela PNH, está sendo efetiva (SANTOS FILHO, 2007).

*“...necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive).*

(SANTOS FILHO, 2007, p.1000)

Neste trabalho, utilizamos os indicadores propostos por Donabedian (2003) para avaliar os serviços de saúde, pois nos possibilitam detectar em quais dos grupos encontram-se as demandas negativas registradas pelos usuários na ouvidoria do HCFMB.

DONABEDIAN (2003) classificou os indicadores utilizados para avaliação dos serviços de saúde em três grandes grupos, os quais serão denominados como níveis neste trabalho: estrutura, processo e resultado. São considerados indicadores de estrutura os insumos e recursos humanos, materiais e financeiros utilizados no sistema de saúde; o indicador de processo envolve atividades e procedimentos relacionados à prestação de serviços; indicador de resultados engloba as respostas das intervenções recebidas pela população.

*“...avaliação da qualidade é essencialmente uma empresa de pesquisa cujo objetivo é compreender a magnitude e distribuição de qualidade, e a maneira pela qual ela é afetada pelas características das sociedades, organizações, praticantes individuais e categorias dos pacientes. É uma espécie de epidemiologia, não da doença ou saúde, mas da sua gestão”.*

(DONABEDIAN, 1990, p.114)

Tomamos como base os indicadores classificados por Donabedian (2003) para identificar a quais níveis se aplicam as causas identificadas, proposta por Matus (1995), mencionadas a seguir.

Utilizando as definições de avaliação de serviços em saúde, propostas por Donabedian (1990), os problemas considerados não humanizados foram classificados, de acordo com os indicadores de avaliação, e posteriormente analisados com intuito de constatar em que nível se concentram estes problemas, no âmbito do HCFMB, complementando as análises descritas anteriormente.

DONABEDIAN (1990, p.115) considera que a partir da formulação da tríade processo, resultado e estrutura “assume-se que a boa estrutura é propícia para um bom processo, e bom processo é propício para a saúde futura”, contextualizando para o presente

estudo, podemos considerar o bom processo como propício para a qualidade dos serviços prestados e da humanização em saúde.

### 3.4.2 Árvore de Causas de Matus

A árvore de causas proposta por Matus (1995) possibilita diagnosticar onde se encontram as possíveis causas dos problemas identificados, viabilizando ações corretivas pontuais.

*“...diagnóstico é a matéria-prima que um ator social processa para formular sua apreciação situacional”.*

(MATUS, 1995, p.38)

O modelo explicativo para os problemas, denominado por árvore de causas, é formado por um bloco denominado Causas e outro denominado Resultados. O bloco de causas consiste em identificar quais, dentre as possíveis causas de um problema, são caracterizadas como fluxos (causas imediatas), acumulações (capacidades de produção) e regras (leis, normas ou condutas que devem ser seguidas). Cada uma das três causas do modelo possui um controle de governabilidade da situação pelo ator, sendo caracterizadas como: muita influência (sob governabilidade do ator), nenhuma influência (sob governabilidade superior) ou fora de jogo (governabilidade fora de alcance) (MATUS, 1995). Segundo Matus (1995, p.41), este modelo é um “recurso extraordinariamente preciso e potente para entender a dinâmica de gestação de um problema”.

Contextualizando as causas caracterizadas como fluxo e acumulações no presente trabalho, considera-se que “fluxo” é a maneira como as atividades são ou deveriam ser realizadas rotineiramente, como o trâmite para emissão de laudos, a maneira como os profissionais desenvolvem as tarefas, atenção dispensada ao paciente de maneira adequada, critérios habituais para agendamento de consultas e exames, dentre outros. Já as “acumulações” são fatores que podem interferir nas atividades, fazendo com que estas sejam desenvolvidas de maneira diferente do que seria realizado rotineiramente, como algum problema que o profissional teve que o fez agir de maneira diferente, impossibilidade de agendamento por determinado motivo, prontuário arquivado em local incorreto impossibilitando emissão de laudo, atividade realizada de maneira incorreta por falta de atenção, dentre outras causas.

A identificação das causas dos problemas, bem como do ator responsável, proposta por Matus (1995), possibilitou a realização de uma análise diagnóstica em relação à onde encontram-se os problemas relacionados aos violados conceitos norteadores da PNH, bem como os principais atores envolvidos. Segundo Matus (1995, p.40), diagnóstico é “uma investigação sobre a realidade, que contribui com uma teoria explicativa e evidencia que essa teoria é consistente com o que observamos”.

### **3.5 Questões éticas**

Os aspectos éticos relacionados ao desenvolvimento de pesquisas foram respeitados, de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012, envolvendo pesquisas com seres humanos).

Para a realização da pesquisa foi obtida, primeiramente, autorização da Superintendência do Hospital das Clínicas de Botucatu para ter acesso ao arquivo da Ouvidoria.

A principal questão ética do estudo refere-se ao sigilo e preservação da identidade dos participantes e garantia de não constrangimento.

Os resultados da pesquisa foram utilizados somente para elaboração de dissertação de mestrado da pesquisadora e poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, as informações publicadas não possibilitarão a identificação de qualquer participante.

Está prevista atividade devolutiva para a ouvidoria e para o hospital, sendo um compromisso assumido já no pedido de autorização.

Todos os procedimentos de investigação foram iniciados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FMB-UNESP, cujo protocolo de parecer foi cadastrado sob o número 894.316.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Contexto geral da humanização no HCFMB, segundo as demandas da ouvidoria.

As demandas registradas na ouvidoria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu são classificadas por “tipo de demanda” e de acordo com manual interno do setor, onde consta a descrição de cada tipo de demanda (Anexo 1). Porém, após reclassificação, realizada pela pesquisadora, conforme descrição constante no referido manual, observou-se alteração na classificação das demandas.

Na Tabela 1, percebe-se essa diferença entre as classificações e esta pode ser explicada pela ausência de treinamento formal e padronização das informações pelos servidores da ouvidoria, fazendo com que algumas demandas sejam classificadas de maneira incorreta.

Vale ressaltar que as análises do presente trabalho foram desenvolvidas baseando-se na reclassificação das demandas realizada pela pesquisadora, agrupadas em: 478 demandas negativas (reclamações e denúncias), 181 demandas positivas (elogios e agradecimentos) e 46 solicitações.

**Tabela 1 –Tipos de demanda registradas na ouvidoria do Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013**

Tipo demanda	Classificadas pela Ouvidoria		Classificadas pela Pesquisadora	
	Frequência	%	Frequência	%
Agradecimento	65	9,22	92	13,05
Denúncia	8	1,13	6	0,85
Elogio	116	16,45	89	12,62
Reclamação	452	64,11	472	66,95
Sem Informação	4	0,57	-	-
Solicitação	57	8,09	46	6,52
Sugestão	3	0,43	-	-
<b>Total</b>	<b>705</b>	<b>100</b>	<b>705</b>	<b>100</b>

**Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB**

Nota-se na Tabela 2 que, independentemente do tipo, as demandas são mais frequentemente registradas pessoalmente, e em segundo lugar estão os registros feitos via e-mail.

As demandas registradas pessoalmente podem ser explicadas por se tratar do momento em que o usuário está tendo determinado sentimento, seja positivo, negativo ou a necessidade de algo, fazendo com que queira expressar esse sentimento a alguém que possa ajudá-lo a resolver determinado problema ou compartilhar com ele a satisfação pelo atendimento recebido. Enquanto que as manifestações realizadas à distância, como no caso de cartas e e-mail, representada em sua maioria pelas demandas positivas, indica que não há urgência em registrar a demanda quando a situação já está resolvida.

**Tabela 2 - Meios de realização das demandas registradas pelos reclamantes - Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Meio	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pessoalmente	351	73,4	34	73,9	75	41,4	<b>460</b>	<b>65,2</b>
E-mail	41	8,6	8	17,4	47	26,0	<b>96</b>	<b>13,6</b>
Carta	34	7,1	1	2,2	31	17,1	<b>66</b>	<b>9,4</b>
Telefone	32	6,7	2	4,3	8	4,4	<b>42</b>	<b>6,0</b>
Caixa de Manifestação	6	1,3	-	-	16	8,8	<b>22</b>	<b>3,1</b>
Sem informação	13	2,7	-	-	4	2,2	<b>17</b>	<b>2,4</b>
Ouvidor SUS	1	0,2	1	-	-	-	<b>2</b>	<b>0,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>705</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

Podemos observar na Tabela 3 que, em geral, a maior parte das demandas é registrada pelos próprios pacientes, porém essa questão se destaca nas demandas negativas e solicitações, onde o número de demandas registradas pelos próprios pacientes é expressivamente maior quando comparados às demandas positivas.

Esse cenário nos remete a ideia de que os registros realizados pelos próprios pacientes são os de caráter mais emergencial e expressam sua necessidade de resolver determinadas questões. Já as demandas positivas, que se demonstram mais dispersas, sendo realizadas por diversos membros da família, possivelmente expressam a satisfação que os familiares sentem em ver que determinado familiar teve um tratamento adequado e que os serviços prestados atenderam suas necessidades.

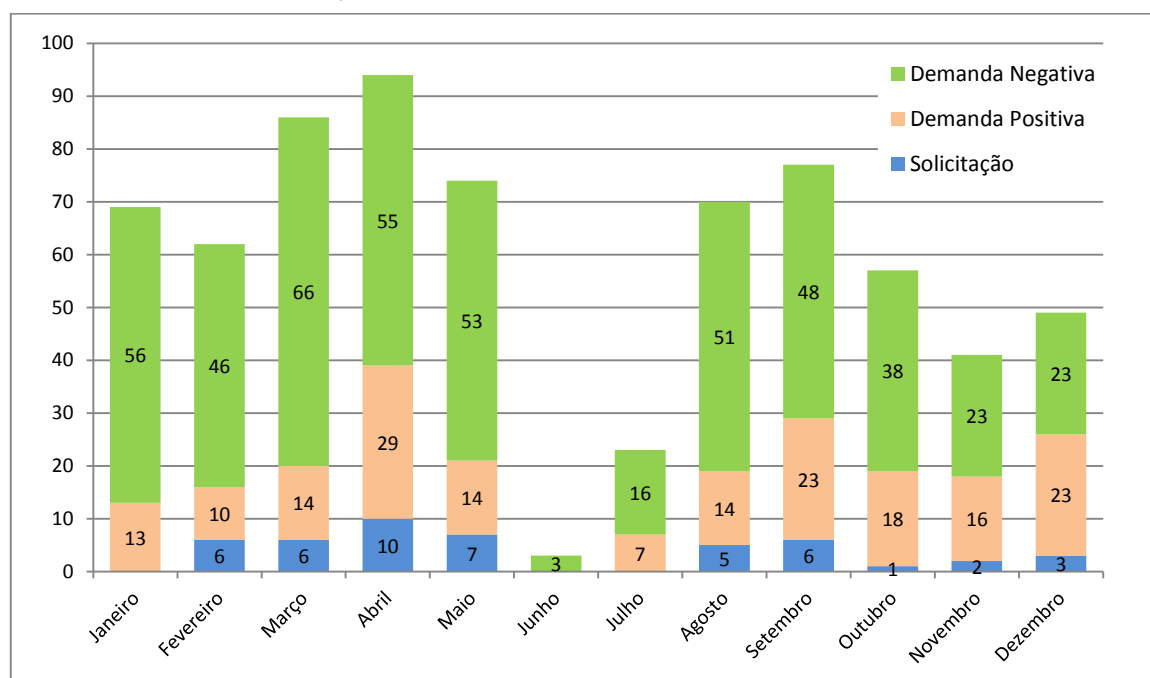
**Tabela 3 – Perfil dos usuários que registraram as demandas - Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013**

Reclamante	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Paciente	238	49,8	29	63,0	54	29,8	<b>321</b>	<b>83,6</b>
Cônjuge paciente	47	9,8	3	6,5	36	19,9	<b>86</b>	<b>22,4</b>
Filho paciente	44	9,2	-	-	33	18,2	<b>77</b>	<b>20,1</b>
Mãe paciente	36	7,5	-	-	15	8,3	<b>51</b>	<b>13,3</b>
Pai paciente	12	2,5	-	-	6	3,3	<b>18</b>	<b>4,7</b>
Irmão/ irmã paciente	11	2,3	1	2,2	5	2,8	<b>17</b>	<b>4,4</b>
Outro: familiar, conhecido	44	9,2	3	6,5	12	6,7	<b>59</b>	<b>15,4</b>
Não identificado	46	9,6	10	21,7	20	11,0	<b>76</b>	<b>19,8</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>705</b>	<b>100,0</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB

O gráfico a seguir (gráfico 1) nos mostra a distribuição do registro das demandas durante o ano de 2013 e podemos observar que os meses em que há menor número de registro de demandas é junho e julho. Observa-se também que seguidos do mês de abril, mês em que as demandas positivas foram registradas em maior número, setembro e dezembro são meses cujas demandas positivas tiveram número de registros elevado, em relação aos demais.

**Gráfico 1- Distribuição do registro das demandas durante o ano de 2013.**



Fonte dos dados primários: ouvidoria do HCFMB.

Observa-se detalhadamente através da Tabela 4 que, de maneira geral, o mês em que há o maior número de registro das demandas é abril e o menor número ocorre em junho. Porém, o mês de março se destaca entre as demandas negativas, enquanto nas positivas e solicitações ainda se destaca o mês de abril. Ressalta-se que não há um motivo específico definido pela ouvidoria para esta diferença entre o número de demandas registradas em abril e junho, pois o setor não realizava este tipo de controle e não foi observada nenhuma interferência neste sentido.

As demandas negativas registradas no mês de março são geralmente relacionadas ao mau atendimento pelos profissionais, “...*médico ao ver que eu estava andando disse ‘tchau, vai embora’...*” (USUÁRIO, 2013), seguidas de cancelamento de procedimentos já agendados, como cirurgias, exames e consultas “...*sofro há 3 anos com problema ginecológico e sempre que a cirurgia está agendada alguém liga desmarcando...*” (USUÁRIO, 2013); seguidas da indisponibilidade de vagas, como no caso de uma paciente que realizou “...*cateterismo e acompanhamento em 2012, com pedido de retorno para 2013, mas ao tentar marcar informaram que não há mais vagas*”(USUÁRIO, 2013).

Já nas solicitações registradas no mês de abril destacam-se o tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários, ligados também à indisponibilidade de vagas:

*“...em tratamento no ambulatório de coagulação e fui orientado a comparecer ao PS se tivesse sangramento. Já fui ao PS três vezes por estar com hemorragia, mas agendaram meu exame somente para agosto...”*  
(USUÁRIO, 2013).

**Tabela 4 – Data de registro das demandas pelos reclamantes – Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013.**

Meses de registro	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Janeiro	56	11,7	-	-	13	7,2	<b>69</b>	<b>9,8</b>
Fevereiro	46	9,6	6	13,0	10	5,5	<b>62</b>	<b>8,8</b>
Março	66	13,8	6	13,0	14	7,7	<b>86</b>	<b>12,2</b>
Abril	55	11,5	10	21,7	29	16	<b>94</b>	<b>13,3</b>
Maio	53	11,1	7	15,2	14	7,7	<b>74</b>	<b>10,5</b>
Junho	3	0,6	-	-	-	-	<b>3</b>	<b>0,4</b>
Julho	16	3,3	-	-	7	3,9	<b>23</b>	<b>3,3</b>
Agosto	51	10,7	5	10,9	14	7,7	<b>70</b>	<b>9,9</b>
Setembro	48	10	6	13,0	23	12,7	<b>77</b>	<b>10,9</b>
Outubro	38	7,9	1	2,2	18	9,9	<b>57</b>	<b>8,1</b>
Novembro	23	4,8	2	4,4	16	8,8	<b>41</b>	<b>5,8</b>
Dezembro	23	4,8	3	6,5	23	12,7	<b>49</b>	<b>7,0</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>705</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: ouvidoria do HCFMB.

A Tabela 5 apresenta as cidades de procedência dos usuários que registraram as demandas na ouvidoria e observa-se que as demandas registradas por usuários da região e, principalmente do município no qual o HCFMB está instalado, se destacam, independentemente do tipo de demanda.

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de as demandas positivas se concentrarem mais entre usuários da região, enquanto as demandas negativas são de usuários mais dispersos. Talvez isso ocorra em virtude da dificuldade dos usuários de outras regiões em conseguir acesso aos serviços prestados pelo HCFMB, já que a distribuição dos usuários que registraram as solicitações é semelhante nas demandas negativas, apresentando-se também mais dispersas.

**Tabela 5 – Cidade de procedência dos usuários que registraram as demandas e DRS pertencente – Hospital das Clínicas de Botucatu -2013**

DRS BAURU	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
<b>1. Região Polo</b>						
<b>Cuesta</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Botucatu	215	45,0	16	34,8	107	59,1
São Manuel	23	4,8	1	2,2	8	4,4
Conchas	14	2,9	-	-	-	-
Laranjal Paulista	-	-	3	6,5	18	9,9
Demais municípios	53	11,2	3	6,5	15	8,3
<b>Subtotal</b>	<b>305</b>	<b>63,9</b>	<b>23</b>	<b>50</b>	<b>148</b>	<b>81,7</b>
<b>2. Região Vale do</b>						
<b>Jurumirim</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Avaré	24	5,0	1	2,2	2	1,1
Piraju	16	3,3	1	2,2	1	0,5
Cerqueira Cesar	9	1,9	1	2,2	3	1,6
Demais municípios	43	9,0	6	13,0	4	2,2
<b>Subtotal</b>	<b>92</b>	<b>19,2</b>	<b>9</b>	<b>19,6</b>	<b>10</b>	<b>5,5</b>
<b>3. Outros municípios DRS Bauru</b>	<b>31</b>	<b>6,3</b>	<b>8</b>	<b>17,4</b>	<b>12</b>	<b>6,7</b>
<b>4. Outras DRS</b>	<b>50</b>	<b>10,4</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>6,2</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

Observando a Tabela 6, nota-se que o setor de ambulatórios se destaca nos três tipos de demandas, se sobressaindo nas solicitações. As demandas negativas se concentram em segundo lugar no setor de diagnóstico por imagem, seguida do convênios e núcleo de agendamento. Enquanto as demandas positivas evidenciam a satisfação dos usuários com aspectos presentes no pronto socorro e setor de enfermagem, neste último são relacionados tanto as enfermarias quanto a profissionais em específico, destacando-se no caso dos profissionais:

*“...agradecimento à equipe médica e enfermagem da ala verde do PS pelo atendimento prestado”.*

(USUÁRIO, 2013)

*“...surpreendi-me com os profissionais que demonstraram profissionalismo e envolvimento emocional”.*

(USUÁRIO, 2013)

*“Agradecimento ao funcionário [NOME] pela atenção e apoio dados no momento em que seu filho passava por cirurgia”.*

(USUÁRIO, 2013)

Esse contexto gera novamente a impressão de que o problema é conseguir acesso aos serviços prestados pela instituição, expresso pelo número de demandas negativas e solicitações atribuídas ao ambulatório e núcleo de agendamento, como no caso de determinado paciente que realizou “...duas angioplastias, não estou me sentindo bem e preciso fazer alguns exames, mas fui informado que não há mais vagas para 2013” (USUÁRIO, 2013). Pois o serviço, uma vez prestado gera manifestações positivas no caso dos ambulatórios.

*“...atendimento excelente didaticamente, na atenção, educação e solidariedade...”.*

(USUÁRIO, 2013)

Em relação aos “demais setores”, estes não foram destacados por não haver demandas expressivas. Englobam setores como serviço social, casa de apoio, hemocentro, central de kits/farmácia, maternidade, dentre outros.

**Tabela 6 – Destinatários das demandas registradas na ouvidoria – Hospital das Clínicas de Botucatu 2013**

SETORES ENVOLVIDOS	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
<b>1. AMBULATÓRIOS</b>						
1.1 ambulatório neurologia	24	5,0	-	-	-	-
1.2 ambulatório oftalmologia	11	2,3	-	-	-	-
1.3 ambulatório reumatologia	11	2,3	-	-	-	-
1.4 demais ambulatórios	73	15,1	25	54,3	40	22,1
<b>SUBTOTAL</b>	<b>118</b>	<b>24,7</b>	<b>25</b>	<b>54,3</b>	<b>40</b>	<b>22,1</b>
<b>2. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MEDICINA NUCLEAR</b>						
2.1 ressonância magnética	17	3,6	-	-	-	-
2.2 radiologia e ultrassom	15	3,1	-	-	-	-
2.3 demais setores	28	5,8	-	-	-	-
<b>SUBTOTAL</b>	<b>60</b>	<b>12,5</b>	<b>6</b>	<b>13,0</b>	<b>7</b>	<b>3,9</b>
<b>3. CONVENIOS</b>	<b>57</b>	<b>11,9</b>	<b>1</b>	<b>2,2</b>	<b>12</b>	<b>6,6</b>
<b>4. NÚCLEO AGENDAMENTO</b>	<b>54</b>	<b>11,3</b>	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>5</b>	<b>2,8</b>
<b>5. PS HC, CIDADE E MULHER</b>	<b>53</b>	<b>11,0</b>	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>41</b>	<b>22,7</b>
<b>6. GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E ENFERMARIAS</b>						
6.1 enfermaria pediatria	13	2,7	-	-	2	1,1
6.2 demais enfermarias	23	4,8	-	-	20	11,0
6.3 gerência de enfermagem	5	1,0	-	-	14	7,7
<b>SUBTOTAL</b>	<b>41</b>	<b>8,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>36</b>	<b>19,9</b>
<b>7. ARQUIVO/ LAUDOS MÉD.</b>	<b>27</b>	<b>5,6</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>8. INFRAEST. E ENG. HOSP.</b>	<b>25</b>	<b>5,2</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>	<b>18</b>	<b>9,9</b>
<b>9. LAB. ANÁLISES CLÍNICAS</b>	<b>9</b>	<b>1,9</b>	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>10. ONCOLOGIA (QUIM/ RAD)</b>	<b>6</b>	<b>1,2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>5,5</b>
<b>11. UTI's</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>
<b>12. DEMAIS SETORES</b>	<b>25</b>	<b>5,2</b>	<b>1</b>	<b>2,2</b>	<b>8</b>	<b>4,4</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB

Observa-se na Tabela 7 que, diferentemente das demandas positivas e negativas, as solicitações são em sua maioria relacionadas à questão de “Assistência à Saúde”, enquanto as demais demandas estão relacionadas aos aspectos de “Gestão”. Além disso, destaca-se a existência somente da classificação de gestão nas demandas positivas.



Sendo assim fica claro o motivo pelo qual as solicitações sejam em sua maioria classificadas como assistência à saúde, pois dizem respeito a alguma necessidade do paciente que está sendo solicitada por meio da ouvidoria porque talvez pelos trâmites protocolares não tenha sido atendida.

*“...cirurgia de apendicite foi realizada e no exame de ultrassom foi constatado um corpo estranho no abdômen que causa muita dor e secreção pelo umbigo. Aguardo cirurgia e solicito que seja agendada com urgência”.*  
(USUÁRIO, 2013)

As demandas negativas possuem mais registros relacionados à gestão por se tratarem, em sua maioria, de determinado serviço prestado que não agradou ao usuário/paciente, como caso em que reclamante relata que *“...enfermeiro que cuidava de meu pai na enfermaria estava em horário de almoço e ao solicitar à enfermeira que o limpasse, pois havia evacuado, não fui atendida”* (USUÁRIO, 2013), dentre outros; bem como por deficiências estruturais da instituição que estão influenciando na prestação dos serviços, a exemplo de paciente que *“...estive internado durante nove dias e ficou sem água quente para tomar banho”* (USUÁRIO, 2013). Quanto às demandas de assistência à saúde, tratam-se da insatisfação com determinadas necessidades que deveriam ter sido atendidas e ainda não o foram.

*“...filho está internado há 10 dias por problema na aorta e ainda não foi avaliado por cardiologista”.*  
(USUÁRIO, 2013)

Vale ressaltar que, em relação às demandas positivas, justifica-se a existência somente de classificações relacionadas à gestão por não haver lógica em um paciente registrar sua satisfação com determinada necessidade que ainda precisa ser atendida, aspecto que caracteriza a classificação de assistência à saúde.

*“...elogio à equipe, médicos, psicólogos e fisioterapeutas da gastrocirurgia”.*  
(USUÁRIO, 2013)

*“Agradecimento ao capricho e dedicação da equipe da ala amarela com os pacientes...”*  
(USUÁRIO, 2013)

**Tabela 7 – Motivo das demandas, segundo critérios da organização das informações de ouvidorias\* - Hospital das Clínicas de Botucatu -2013**

Motivo	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Gestão	368	77	16	37	181	100	566	80,3
Assistência à Saúde	110	23	29	63	-	-	139	19,7
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>705</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB

\*Organização das informações de Ouvidorias estipulada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

A Tabela 8 apresenta os motivos que levaram ao registro da demanda, identificados por meio da análise da descrição do ocorrido, realizada pelos usuários ao registrarem sua insatisfação ou solicitação por meio da ouvidoria.

As demandas positivas não foram consideradas nesta tabela em virtude de não se aplicarem aos motivos descritos, pois apontam a satisfação dos usuários com o atendimento prestado, tanto por profissionais quanto com a estrutura da instituição como um todo.

Vale ressaltar que, infelizmente, esse caso representa 26% de todas as demandas registradas, porém demonstra que embora existam diversas dificuldades enfrentadas pelos profissionais na prestação dos serviços, sejam por questões dos recursos disponíveis, técnicas ou relacionais, muitos se preocupam em oferecer um atendimento humanizado ao usuário.

Nota-se que os motivos que se destacam nas demandas negativas são relacionados à demora para emissão de laudos de exames já realizados, “...realizou exames em 26/06/13 e precisa do laudo para retirar os medicamentos” (USUÁRIO, 2013); e ao tempo de espera para que o atendimento/internação/exame seja realizado, “...faço tratamento para coluna há 5 anos e sinto dores fortes, porém agendaram a consulta somente para dezembro” (USUÁRIO, 2013); seguido da insatisfação com o atendimento fornecido, tanto pelos profissionais, a exemplo de paciente que relata ter sido “...mal atendida e médica [NOME] foi mal educada e desumana, alegando que só estava lá para pegar atestado” (USUÁRIO, 2013), quanto pela organização do serviço prestado.

“...ao comparecer para realização de exame estava com fortes dores e fui encaminhado ao PS e para que pudesse emprestar cadeira de rodas tive que deixar o documento com foto no setor. Ao chegar no PS, após aguardar 2 horas, disseram que para abrir a ficha precisavam de documento com foto,

*porém o documento estava na endoscopia pelo empréstimo da cadeira de rodas”.*

(USUÁRIO, 2013)

*“Ao chegar para ser atendido fui informado que a consulta havia sido cancelada por falta de médico”.*

(USUÁRIO, 2013)

Nas solicitações destacam-se também o tempo de espera, além da indisponibilidade de vagas que, embora estejam classificados em dois motivos diferentes estão fortemente ligados, pois a falta de vagas interfere diretamente no tempo de atendimento da necessidade dos usuários, podendo ser considerada um dos problemas primordiais a ser discutido/solucionado pela gestão do HCFMB.

*“Solicito agendamento de cirurgia, pois aguardo desde 19/07/2011, estou com cisto no rim, intestino e incontinência urinária...”.*

(USUÁRIO, 2013)

*“...não consigo agendar consulta porque não tem vaga, solicito providências”.*

(USUÁRIO, 2013)

O agendamento de consultas e exames em determinados municípios ocorre por intermédio das unidades de saúde e por vezes acaba gerando demandas negativas como *“...pedido de agendamento foi encaminhado via posto de saúde, demoraram para agendar e agora não tem mais vaga. Paciente teve AVC e está tendo esquecimento”* (USUÁRIO, 2013). Porém este trâmite representa apenas 2,3% das demandas registradas por tempo de espera e indisponibilidade de vagas.

Esta classificação de motivos reforça os dados da Tabela 7 apresentada anteriormente, onde consta que a maior parte das demandas negativas está relacionada à gestão da instituição, pois se devem à maneira como o serviço está sendo prestado.

Os diversos problemas identificados denotam que os profissionais e gestores talvez não possuam uma percepção adequada da política nacional de humanização, tendo em vista que não foram identificadas ações ou programas que visem a intensificação da humanização nas atividades desenvolvidas, bem como a inexistência de propostas estruturais de gestão da humanização, intensificando os resultados apresentados por RIOS E BATISTELLA (2013).

**Tabela 8 – Classificação dos motivos de registro das demandas, segundo perspectiva do usuário – Hospital das Clínicas de Botucatu 2013**

Motivos Identificados	Demandas Negativas		Solicitações	
	Freq	%	Freq	%
<b>1. ARQUIVO E LAUDOS MÉDICOS</b>				
1.1 demora para emissão de laudos	72	15,1	-	-
1.2 demais motivos	16	3,3	3	6,6
<b>Subtotal</b>	<b>88</b>	<b>18,4</b>	<b>3</b>	<b>6,6</b>
<b>2. TEMPO ESPERA</b>	<b>81</b>	<b>16,9</b>	<b>18</b>	<b>39,1</b>
<b>3. MAL ATENDIMENTO POR PROFISSIONAL</b>				
3.1 mal atendimento enfermagem	32	6,7	-	-
3.2 demais motivos	28	5,9	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>60</b>	<b>12,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>4. AGENDAMENTO INCORRETO/ATENDIMENTO DESORGANIZADO</b>				
4.1 agendamento incorreto	20	4,2	-	-
4.2 atendimento desorganizado	25	5,2	-	-
4.3 demais intercorrências	15	3,2	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>60</b>	<b>12,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>5. INSATISFAÇÃO COM CONDUTA/ RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</b>				
5.1 insatisfação com conduta médica	32	6,7	-	-
5.2 demais motivos	18	3,8	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>50</b>	<b>10,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>6. DÉFICIT ESTRUTURAL</b>				
6.1 estado de conservação precário	24	5,0	1	2,2
6.2 demais motivos	17	3,6	2	4,4
<b>Subtotal</b>	<b>41</b>	<b>8,6</b>	<b>3</b>	<b>6,6</b>
<b>7. INDISPONIBILIDADE DE VAGA PARA AGENDAMENTO</b>				
7.1 indispon. para consultas e exames	37	7,7	11	23,9
7.2 demais motivos	2	0,5	3	6,5
<b>Subtotal</b>	<b>39</b>	<b>8,2</b>	<b>14</b>	<b>30,4</b>
<b>8. ATENDIMENTO NÃO REALIZADO</b>				
8.1 não atendido por falta de médico	13	2,7	-	-
8.2 demais motivos	16	3,4	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>29</b>	<b>6,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>9. ATENDIMENTO DESMARCADO (CIRURGIA, CONSULTA, EXAME)</b>				
9.1 cirurgia/ exame (sem aviso prévio)	10	2,1	1	2,2
9.2 demais motivos	13	2,7	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>23</b>	<b>4,8</b>	<b>1</b>	<b>2,2</b>
<b>10. INTERCORRÊNCIAS DURANTE INTERNAÇÃO,</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>11. REAÇÕES ADVERSAS A PROCEDIMENTO REALIZADO</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>	<b>1</b>	<b>2,2</b>
<b>12. DEMAIS MOTIVOS*</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>13,0</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*Demais motivos: cirurgia desmarcada, extravio de objeto, não cumprimento atividade, orientações e encaminhamento, outros.

Os desfechos dos processos, apresentados na Tabela 9, foram classificados baseados nos tipos de resolução atribuídos para cada demanda. Em relação às “justificativas”, estas foram atribuídas aos casos em que não foram apresentadas soluções para as demandas registradas, sendo justificado o motivo da impossibilidade em atender ao solicitado ou realizando-se somente apuração do ocorrido e em alguns casos medidas internas. Também foram atribuídas aos casos em que já não havia mais possibilidade de solução do problema, para os quais deveriam ter sido tomadas atitudes no momento da intercorrência, como por exemplo nas ocorrências durante internação do paciente.

*“...paciente estava urinado e papagaio em cima do criado cheio de urina. Ao comunicar à enfermagem foi informada que estavam trocando plantão, não poderiam atendê-lo e iriam verificar mais tarde.*

(USUÁRIO, 2013)

Desfecho classificado como “sem devolutiva”, trata-se dos casos onde não houve qualquer retorno por parte do envolvido. Os desfechos que tiveram algum tipo de resultado foram classificados como solução e divididos conforme tipo, sendo: a) “solução” para as demandas nas quais a solução foi fornecida pelo setor e de maneira geral, envolvendo não somente o usuário que registrou a demanda, como exemplo da situação em que um acompanhante reclamou da situação das cadeiras da enfermaria e o setor informou que “...foram adquiridas 40 poltronas e destinadas à enfermaria” (ENVOLVIDO, 2013), dentre outros casos; b) “solução indireta” trata-se de soluções fornecidas também de maneira geral, porém com influência de outro setor, a exemplo da atitude tomada pela gerência de enfermagem ao constatar uma reclamação encaminhada à infraestrutura, onde o paciente expressava que tinham de aguardar na ambulância para atendimento e devido ao local que estavam estas eram multadas, “... providenciada compra de macas para que o paciente não precise aguardar na ambulância” (ENVOLVIDO, 2013); c) “solução individual” que foi atribuída para os casos nos quais somente o paciente referido na demanda teve seu problema solucionado, como nos casos em que laudo é disponibilizado ao paciente, consulta agendada, dentre outros.

Observa-se que o número de justificativas se destaca tanto nas solicitações quanto nas demandas negativas e conforme podemos perceber pelas ilustrações, expressadas pela fala dos reclamantes, essas demandas não solucionadas acabam se tornando o entrave de diversos setores, pois frequentemente o motivo da insatisfação é o mesmo e quando alguma atitude é tomada, infelizmente não atinge a raiz do problema para que o contexto geral da situação seja modificado ou melhorado.

*“...na impossibilidade de adiantar o exame, a consulta foi adiada para...”.*  
(ENVOLVIDO, 2013)

*“...devido à demanda e não contratação de profissionais não há capacidade para atender à solicitação”.*  
(ENVOLVIDO, 2013)

Em relação às demandas negativas, cerca de 91% destas possuem registros de retorno ao reclamante, porém isso não representa a resolutividade dos problemas, pois, conforme descrito acima, a maioria das demandas possuem apenas justificativa do ocorrido, como *“...desculpam-se pelo ocorrido e informo que ambos os residentes foram interpelados e orientados para que tal fato não ocorra novamente”* (ENVOLVIDO, 2013); ou da impossibilidade de resolução, *“...solicito que paciente procure a ouvidoria do HE de Bauru, pois não é paciente do HC”*(ENVOLVIDO 2013). Em alguns casos foram identificados retorno ao reclamante diferente do justificado pelo setor em virtude da resposta agressiva do envolvido, bem como do desinteresse ou impossibilidade de resolver a situação, o que demonstra uma típica prática não humanizada.

*“...o excesso de pacientes faz com que os residentes fiquem esgotados e priorizem os pacientes com risco de vida. Se desejar ir ao jornal deve denunciar também os baixos honorários dos médicos”.*  
(ENVOLVIDO, 2013)

*“...estamos trabalhando acima do limite, mas é lamentável que fatos como esse ocorram”.*  
(ENVOLVIDO, 2013)

Embora a preocupação por parte de alguns setores e/ou servidores em fornecer um retorno ao reclamante possa ser em si uma prática humanizada, sua efetividade depende do motivo da demanda e do conteúdo da expectativa do reclamante. Assim, diante de um desentendimento entre um usuário e profissionais, um retorno ao reclamante com justificativa, explicação ou mesmo pedido de desculpas pode satisfazê-lo plenamente e constituir, per si, prática humanizada. Porém o mesmo não pode ser dito com referência a uma reclamação por falta de vaga ou demora no atendimento, pois a simples explicação não será resolutiva para o objetivo pretendido pelo usuário, não sendo considerada uma prática humanizada.

Vale ressaltar que a classificação do tipo de desfecho não se aplica às demandas positivas, pois neste caso o envolvido apenas toma ciência do registro e não há encaminhamentos a serem realizados.

**Tabela 9 – Tipo de desfecho das demandas - Hospital das Clínicas de Botucatu -2013**

Desfecho	Demandas Negativas		Solicitações		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Justificativa	321	67,2	22	47,8	343	65,5
Solução individual	121	25,3	18	19,1	139	26,5
Solução	32	6,7	6	13,0	38	7,3
Solução indireta	2	0,4	-	-	2	0,4
Orientação	1	0,2	-	-	1	0,2
Sem devolutiva	1	0,2	-	-	1	0,2
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>524</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB

Na Tabela 10 nota-se que as demandas negativas possuem menor resolutividade devido a postura adotada pelo setor envolvido se pautar em apuração do ocorrido e não apresentar ações que solucionem o problema. Neste caso, as respostas mais frequentes são evasivas, tais como: “...funcionário em questão foi reorientado quando à conduta” (ENVOLVIDO, 2013); “...estando ciente do ocorrido serão tomadas providências” (ENVOLVIDO, 2013); seguido da justificativa de demora no atendimento em virtude da demanda.

“...devido à demanda, a internação fica condicionada à liberação de leito”.  
(ENVOLVIDO, 2013)

“A demanda é maior que a capacidade de atendimento...”  
(ENVOLVIDO, 2013)

Em relação às solicitações, destacam-se os agendamentos realizados, atendendo à solicitação do usuário, e a justificativa de indisponibilidade de vaga. Vale ressaltar que não há uma diferença expressiva entre esses tipos de postura adotadas em relação as demandas, o que nos remete a impressão de que falta uma padronização no atendimento destas, visto que em determinados casos a solicitação é a mesma, porém algumas são atendidas e outras não, justificando-se a indisponibilidade de vagas.

*“...alta demanda e não contratação de médicos limita a capacidade de atendimento”*

(ENVOLVIDO, 2013)



**Tabela 10 – Classificação das justificativas/ soluções das demandas, segundo perspectiva do envolvido – Hospital das Clínicas de Botucatu 2013**

Justificativas/Soluções identificadas	Demandas Negativas		Solicitações	
	Freq	%	Freq	%
<b>1. APURAÇÃO DO OCORRIDO, SEM SOLUÇÕES IMEDIATAS</b>				
1.1 justificativa do ocorrido	22	4,6	1	2,1
1.2 reorientação ao profissional/ equipe	27	5,6	-	-
1.3 tomará providências	24	5,0	-	-
1.4 demais apurações	56	11,8	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>129</b>	<b>27,0</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>2. DEMORA EM VIRTUDE DA DEMANDA</b>				
2.1 demora emissão de laudo/atendimento	68	14,2	1	2,1
2.2 aguardando liberação de leito para internação	13	2,7	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>81</b>	<b>16,9</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>3. ASSISTÊNCIA PRESTADA CONSIDERADA ADEQUADA</b>	<b>51</b>	<b>10,7</b>	-	-
<b>4. PROCEDIMENTO AGENDADO/ REALIZADO</b>				
4.1 agendamento consultas/ exames	33	6,9	17	36,9
4.2 demais procedimentos	7	1,5	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>40</b>	<b>8,4</b>	<b>17</b>	<b>36,9</b>
<b>5. PROCEDIMENTO DESMARCADO/ REAGENDADO (CIRURGIA, EXAMES, CONSULTAS)</b>	<b>33</b>	<b>6,9</b>	-	-
<b>6. INDISPONIBILIDADE DE VAGA</b>				
6.1 indisponibilidade de vaga para agendamento consulta/ exame	22	4,6	11	23,9
6.2 demais indisponibilidades de vaga	7	1,5	5	10,8
<b>Subtotal</b>	<b>29</b>	<b>6,1</b>	<b>16</b>	<b>34,7</b>
<b>7. PROJETO ADEQUAÇÃO EM ANDAMENTO</b>	<b>26</b>	<b>5,4</b>	-	-
<b>7. ADEQUAÇÃO ESTRUTURAL/ EQUIPAMENTO</b>	<b>20</b>	<b>4,2</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>
<b>9. PRONTUÁRIO ENCONTRADO/ DISPONIBILIZADO</b>	<b>18</b>	<b>3,8</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>10. DÉFICIT NO ATENDIMENTO - RECURSOS HUMANOS</b>				
10.1 indisponibilidade de tempo e pessoal	10	2,1	-	-
10.2 demais déficits	5	1,0	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>3,1</b>	-	-
<b>11. DÉFICIT DE RECURSOS MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS</b>	<b>9</b>	<b>1,9</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>12. ENVOLVE OUTROS NIVEIS DE ATENÇÃO</b>	<b>9</b>	<b>1,9</b>	-	-
<b>13. COMUNICAÇÃO INADEQUADA</b>	<b>7</b>	<b>1,5</b>	-	-
<b>14. ORIENTAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO</b>	<b>5</b>	<b>1,0</b>	<b>4</b>	<b>8,6</b>
<b>15. REAVALIAÇÃO DO CASO</b>	<b>5</b>	<b>1,0</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>16. SEM DEVOLUTIVA</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	-	-
<b>17. DEMAIS MOTIVOS</b>	-	-	<b>2</b>	<b>4,3</b>
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

A Tabela 11 trata das diretrizes da Política Nacional de Humanização, descritas na Introdução deste trabalho, classificadas de acordo com o motivo das demandas. Os motivos atribuídos à diretriz “acolhimento” são diversos, portanto esta diretriz foi subdividida para possibilitar melhor visualização destes, sendo assim, na diretriz “Acolhimento” estão englobados os motivos relacionados a: atendimento resolutivo e responsável, *...cirurgia foi remarcada quatro vezes, minha filha possui mioma e não está bem*” (USUÁRIO, 2013), dentre outros semelhantes; escuta qualificada, *“...médica foi extremamente grossa quando pedi para trocar a receita que estava com data errada, xingou e jogou a receita no lixo”* (USUÁRIO, 2013), neste caso ausência de uma percepção adequada da necessidade do outro; orientações e articulações e qualidade do atendimento prestado.

O acolhimento se destaca em todos os tipos de demanda e isto se deve ao fato da maioria das demandas estar relacionada à gestão da instituição, pois trata-se da maneira como o serviço está sendo prestado, envolvendo tanto aspectos relacionais, organizacionais e de recursos disponíveis para realização das atividades de forma adequada, agregando o conhecimento técnico aos recursos disponíveis e considerando a dimensão subjetiva do cuidado, como preconiza a PNH.

A classificação exclusiva do acolhimento nas demandas positivas se justifica por se tratar da satisfação dos usuários com a maneira que o serviço a ele prestado foi conduzido, seja no relacionamento profissional-usuário, no resultado obtido, na assistência prestada, dentre outros aspectos que o acolhimento engloba.

*“Parabenizo a eficiência e educação das enfermeiras [NOMES]”.*  
(USUÁRIO, 2013)

*“Elogio o atendimento prestado pelo PS à minha esposa”*  
(USUÁRIO, 2013)

Quanto às solicitações, estão em sua maioria atreladas ao acolhimento em virtude de os usuários estarem reivindicando um atendimento resolutivo, na maior parte das demandas. Um atendimento que deveria ser oferecido ao usuário naturalmente, mas que não está sendo realizado por alguma deficiência, e considerando os motivos das demandas, apresentados anteriormente, observa-se que esta deficiência decorre de aspectos relacionados à assistência à saúde.

*“fiz uma cirurgia para implante de uma barra de correção no tórax e essa barra deve ser retirada após 5 anos. O prazo já passou e fui informado que não posso agendar consulta sem pedido de retorno”.*

(USUÁRIO, 2013)

Nas demandas negativas, a insatisfação com o atendimento não realizado de forma resolutiva e responsável representa 79% das demandas classificadas como acolhimento, seguidas da escuta qualificada deficiente, o que demonstra que as práticas não humanizadas, identificadas nas demandas da ouvidoria do HCFMB, são representadas pelo significativo número de reclamações e provenientes principalmente de fatos atrelados à gestão, como a falta de organização em determinados setores, desmotivação dos profissionais, comunicação inadequada, impossibilidade de atendimento em virtude da demanda, dentre outros aspectos.

*“...ao comparecer para realização de exame não pude realizá-lo, pois haviam agendado errado”*

(USUÁRIO, 2013)

*“...paciente estava internada e médica responsável pelo atendimento não passou informações do caso da paciente por mais de 24 horas...”*

(USUÁRIO, 2013)

*“...estou aguardando consulta para avaliação da tireoide, porém até o momento não houve agendamento e estou sem tratamento e medicação”.*

(USUÁRIO, 2013)

**Tabela 11 – Diretrizes PNH\* classificadas, mediante motivo das demandas – Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Diretriz PNH	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
A. Acolhimento	367	76,7	34	73,9	181	100
B. Ambiência	52	10,9	2	4,3	-	-
C. Direito do usuário	30	6,3	5	10,9	-	-
D. Clínica Ampliada	29	6,1	5	10,9	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*PNH: Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde.

#### 4.1.1 Contexto das demandas mediante processo, estrutura e resultado

Os indicadores propostos por Donabedian (1990), apresentados na Tabela 12, permitem que as classificações das demandas atribuídas aos grupos de avaliação dos serviços evidenciem em que nível do serviço prestado se concentram os fatores apontados pelos usuários por meio da ouvidoria: estrutura, processo ou resultado, como já mencionado no item 3.4.1 (Material e Métodos).

Os aspectos estruturais considerados nesta classificação correspondem à satisfação ou insatisfação dos usuários com os profissionais atuantes no serviço/equipe disponível, à existência ou situação da estrutura física/instalações da instituição, bem como materiais e equipamentos disponíveis, à maneira como a prestação dos serviços é organizada administrativamente como nos casos de indisponibilidade de vagas e tempo de espera, dentre outros.

*“...funcionária [NOME] foi muito grosseira e apresentando falta de vontade de trabalhar, se acha no direito de maltratar os pacientes”.*

(USUÁRIO, 2013)

*“Cadeira da hemodiálise está velha, além de ser pequena, a fístula deu problema”*

(USUÁRIO, 2013)

*“...realizaria pulsoterapia, porém ao chegar fui informada que havia sido cancelada por falta de médico”.*

(USUÁRIO, 2013)

Já o processo corresponde à maneira como o serviço está sendo prestado, a exemplo dos casos relacionados à emissão de laudos, extravio de prontuário, insatisfação com conduta médica, dentre outros, a exemplo do caso em que *“...paciente necessitava dedoxazosina e não existia na enfermaria nem na farmácia, precisou que uma pessoa da família fosse comprar”* (USUÁRIO, 2013). Em relação ao resultado caracteriza-se pela satisfação ou insatisfação do usuário com a assistência recebida, como exemplo no caso de queixa por uma cirurgia que não gerou o resultado esperado, dentre outros.

*“...paciente faleceu após alguns procedimentos e solicito esclarecimentos, pois nem sabia o nome do cirurgião que fez a operação e falaram que não corria risco de morte”*

(USUÁRIO, 2013)

Observa-se que nas demandas positivas a estrutura se destaca em relação aos demais grupos e esse destaque é proveniente do expressivo número de elogios e agradecimentos que se referem a determinados profissionais que prestaram o atendimento de forma satisfatória, especificados na descrição do usuário, e estas demandas são atribuídas à estrutura por se tratar dos recursos humanos disponíveis na instituição.

*“...expressar meu agradecimento à equipe da oncologia, funcionários [NOMES], pela competência e humanidade com meu pai que infelizmente veio a falecer”*

(USUÁRIO, 2013)

Quanto às demandas negativas e solicitações, embora os destaques sejam contrários, não há uma diferença expressiva entre os grupos de estrutura e processo. O destaque de solicitações atribuídas ao processo ocorre em virtude da necessidade de rever a maneira como os serviços estão sendo prestados, como no caso da demora para emissão de laudos. Já o destaque da estrutura nas demandas negativas se deve à insatisfação com a organização do serviço prestado gerando excessivo tempo de espera para atendimento ou agendamento, queixas atribuídas a profissionais específicos, comunicação inadequada entre profissional-usuário e ao atendimento desorganizado, caracterizando-se como problemas estruturais a serem revistos pela gestão do HCFMB.

**Tabela 12 – Indicadores de qualidade das demandas, segundo classificação de DONABEDIAN\* - Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Causas	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Estrutura	261	54,6	20	43,5	137	75,7
Processo	213	44,6	26	46,5	41	22,7
Resultado	4	0,8	-	-	3	1,7
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*DONABEDIAN: classificação proposta pela autora para avaliação dos serviços de saúde.

#### 4.1.2 Contexto das demandas segundo fluxo, acumulações, regras e governabilidade dos envolvidos

A classificação de causas, propostas por Matus (1995), constantes na Tabela 13, foi associada aos motivos das demandas e, diferentemente das demais classificações, consideramos também a perspectiva do envolvido na apuração do ocorrido para entender o contexto no qual a situação ocorre, detectando onde se concentra a causa dos problemas identificados. Essas causas são divididas em fluxos, acumulações e regras.

Contextualizando essa classificação para a situação atual considera-se que as demandas atribuídas ao “fluxo” correspondem às intercorrências ou fatos que podem acontecer em virtude do serviço prestado rotineiramente, como demora na assistência em virtude da demanda, insatisfação com conduta médica, indisponibilidade de vaga e outros, incluindo os agradecimentos pelo serviço prestado, a exemplo de casos como “...fez uma cirurgia cardíaca e não consegue agendar retorno” (USUÁRIO, 2013), “...pedido de laudo em 11/12/12 e até o momento não foi entregue...” (USUÁRIO, 2013), e demais situações que correspondem aos casos citados. As “acumulações” são caracterizadas por potencialidades que podem interferir positiva ou negativamente no serviço prestado, como no caso dos procedimentos desmarcados por diversos motivos, tempo de espera para atendimento, mal atendimento por determinado profissional, dentre outros, “...posso diverticulite e já agendei consulta três vezes, porém o médico faltou...” (USUÁRIO, 2013). Em relação às regras, trata-se das normas a serem seguidas pela instituição, a exemplo das normas para realização de visita, dentre outras como “...a instituição não se responsabiliza pelos pertences uma vez que o paciente se recusa a guardá-los no cofre”. (ENVOLVIDO, 2013).

Novamente há uma classificação exclusiva para as demandas positivas e isso ocorre em virtude dos elogios e agradecimentos se referirem à maneira como o serviço é prestado, enquadrando-se no fluxo por considerarmos que o serviço prestado rotineiramente pela instituição deve ser de qualidade e atender as necessidades dos usuários, caracterizando uma típica prática humanizada.

*“...elogio aos cuidados da equipe de neurologia pela forma acolhedora e profissional no atendimento prestado ao paciente”*  
(USUÁRIO, 2013)

Em relação as demandas negativas e solicitações nota-se que a distribuição entre fluxos e acumulações é semelhante em ambos, destacando-se as acumulações, o que caracteriza que existem fatores interferindo negativamente na prestação dos serviços, fazendo com que as práticas se tornem não humanizadas e gerando insatisfação aos usuários.

*“...realização da cirurgia de coluna foi solicitado exame de ressonância para acompanhamento, mas fui informada que o prédio está em reforma e em Bauru a máquina está quebrada”*  
(USUÁRIO, 2013)

Apesar das acumulações se destacarem, o número expressivo de demandas atribuídas ao fluxo demonstra que além da existência de fatores interferindo na prestação dos serviços, o serviço prestado rotineiramente também está causando insatisfação e precisa ser melhorado.

**Tabela 13 – Causas classificadas para as demandas, segundo classificação de MATUS\* - Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Causas	Demandas Negativas		Solicitações		Demandas Positivas	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Acumulações	293	61,3	27	58,7	-	-
Fluxo	183	38,3	19	41,3	181	100
Regra	2	0,4	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*MATUS: classificação proposta pelo autor para identificar a causa raiz dos problemas.

Matus (1995) define três níveis de governabilidade para os atores envolvidos no problema, conforme observa-se na Tabela 14, classificados em “sem governabilidade” quando o ator não tem qualquer governabilidade sobre a situação, “...a competência por demarcar vagas e fiscalizá-las é da AD” (ENVOLVIDO, 2013); “governabilidade parcial” quando o ator não tem controle sob a situação, porém pode interferir de alguma maneira, “...será destinado funcionário fixo para estes locais e estamos estudando uma forma de manter os materiais disponíveis, uma vez que tem sido alvo de furto e vandalismo” (ENVOLVIDO, 2013); e “muita governabilidade” quando o ator possui controle sob a situação, “...garanto que o laudo estará pronto na data informada” (ENVOLVIDO, 2013).

Consideramos o destinatário da demanda como sendo o ator envolvido no problema, portanto o nível de governabilidade foi avaliado considerando-se os setores aos quais se destinam as demandas, com exceção dos casos em que a demanda se refere a um profissional específico, para as quais este foi considerado como ator, avaliando o nível de governabilidade que ele teria sobre o motivo da demanda.

As demandas positivas não foram consideradas nesta classificação, pois independente de quem seja o ator envolvido, setor em geral ou profissional específico, os elogios e agradecimentos identificados envolvem aspectos subjetivos relacionados à prestatividade, carinho e atenção dispensada ao paciente, aspectos dos quais o ator possui controle, pois depende de si mesmo dispensar um tratamento que considere a dimensão subjetiva na relação profissional-usuário e fazer o melhor para que o serviço prestado seja de qualidade.

Nota-se que a governabilidade parcial se destaca tanto nos casos de solicitações como nas demandas negativas e este destaque ocorre em virtude de a maioria das demandas ter o setor como ator envolvido e este possuir o poder de intervir de alguma maneira sob o problema para solucioná-lo, seja por meio de ações diretas, desenvolvendo ações para cessar o problema, ou indiretas, solicitando ao responsável que as medidas necessárias sejam tomadas.

*“...bolsas são fornecidas pela DRS6 e não há quantidade suficiente, portanto oriento que entre em contato com a secretaria de saúde do município para mais informações”*  
(ENVOLVIDO, 2013)

*“...informa que médica se prontificou a ligar caso consiga adiantar a cirurgia, além de receitar antibiótico para sanar a inflamação, pois pela demanda ser alta não há vagas antes do dia agendado”*  
(ENVOLVIDO, 2013)



**Tabela 14 – Governabilidade para atendimento das demandas, segundo classificação de Matus\* - Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Governabilidade	Demandas Negativas		Solicitações	
	Freq	%	Freq	%
Muita governabilidade	111	23,3	3	6,5
Governabilidade parcial	362	75,7	41	89,1
Sem governabilidade	5	1,0	2	4,3
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*MATUS: classificação proposta pelo autor para identificar o nível de governabilidade dos atores envolvidos no problema.

## **4.2 Demandas Negativas**

Avaliar a prática humanizada em um hospital, nos remete a ter uma visão geral dos serviços prestados e verificar em quais aspectos do atendimento as atividades desenvolvidas carecem de humanização. Portanto, tendo já apresentado um panorama geral das atividades do HCFMB, mediante registros da ouvidoria, ilustrando as situações com palavras expressas pelos usuários, trataremos nesta etapa exclusivamente das demandas negativas, constatando os pontos que devem ser revistos para alcançar a prática humanizada.

Observando a Tabela 15, nota-se que a maioria das demandas leva em torno de 31 a 90 dias para gerar um retorno ao reclamante, seguidas do prazo de até 30 dias. Vale ressaltar que a média de tempo para retorno é de aproximadamente 38 dias, sendo o tempo mínimo para retorno foi de menos de um dia e o máximo de 303 dias.

Em alguns casos esse prazo acaba tornando a demanda desnecessária, pois dependendo da urgência da situação o usuário acaba procurando outros meios de resolução para o problema.

**Tabela 15 – Tempo de retorno aos reclamantes – Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

<b>Tempo de retorno</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
0 a 7 dias	64	13,4
08 a 15 dias	51	10,7
16 a 30 dias	149	31,2
31 a 90 dias	175	36,6
Acima de 90 dias	37	7,7
Sem informação	2	0,4
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>100</b>

**Fonte dos dados primários: ouvidoria do HC-FMB.**

A Tabela 16 apresenta os motivos das demandas, segundo data de abertura e nota-se que os meses que se destacam entre as demandas negativas em geral são março, janeiro e abril, sendo maior em março.

Os motivos destacados são em relação ao tempo de espera para atendimento (incluindo-se o tempo em virtude dos cancelamentos), mau atendimento por profissional e aspectos relacionados ao setor de arquivos e dados médicos, como demora para emissão de laudos, dentre outros. Observa-se que, as demandas geradas por insatisfação com atendimento prestado pelos profissionais são mais frequentemente registradas em março, representando aproximadamente 15% das demandas do mês; e as demandas por tempo de espera mais frequentemente registradas em janeiro, representando aproximadamente 29% de todas as demandas registradas no referido mês. Já a insatisfação com aspectos do setor de arquivos e laudos médicos possuem maior número de registros em agosto, representando em torno de 32% das demandas registradas no mês.

O motivo pelo qual o mês de março apresenta maior número de registros atribuídos à insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais, pode ser justificado pela sobrecarga de atendimentos gerada aos profissionais em virtude do aumento da demanda dos atendimentos em geral, bem como pela falta de experiência dos novos estagiários e médicos residentes que são inseridos no atendimento. Esse aumento na demanda ocorre devido ao término do período de férias dos alunos ou médicos residentes em estágio, que geralmente iniciam suas atividades no referido mês.

Tabela 16 - Data de abertura das demandas, segundo motivos identificados - Hospital das Clínicas de Botucatu — 2013

Data/ Motivos		A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		TOTAL	
		Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat % Mot	Freq	% Dat
Janeiro	Freq	7	12,5	7	12,5	0	0	9	16,1	3	5,4	2	3,6	4	7,1	1	1,8	7	12,5	0	0	16	28,6	56	100
			11,7		8		0		31		7,3		5,1		8		33,3		11,7		0		19,8		
Fevereiro	Freq	4	8,7	5	10,9	1	2,2	2	4,3	2	4,3	8	17,4	8	17,4	1	2,2	4	8,7	1	2,2	10	21,7	46	100
			6,7		5,7		4,3		6,9		4,9		20,5		16		33,3		6,7		25		12,3		
Março	Freq	8	12,1	3	4,5	10	15,2	3	4,5	7	10,6	9	13,6	7	10,6	0	0	9	13,6	1	1,5	9	13,6	66	100
			13,3		3,4		43,5		10,3		17,1		23,1		14		0		15		25		11,1		
Abril	Freq	8	14,5	7	12,7	3	5,5	2	3,6	7	12,7	2	3,6	4	7,3	1	1,8	6	10,9	1	1,8	14	25,5	55	100
			13,3		8		13		6,9		17,1		5,1		8		33,3		10		25		17,3		
Maio	Freq	4	7,5	4	7,5	1	1,9	3	5,7	10	18,9	6	11,3	8	15,1	0	0	5	9,4	1	1,9	11	20,8	53	100
			6,7		4,5		4,3		10,3		24,4		15,4		16		0		8,3		25		13,6		
Junho	Freq	1	33,3	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,3	3	100
			1,7		0		0		0		2,4		0		0		0		0		0		1,2		
Julho	Freq	1	6,3	3	18,8	0	0	1	6,3	1	6,3	3	18,8	3	18,8	0	0	2	12,5	0	0	2	12,5	16	100
			1,7		3,4		0		3,4		2,4		7,7		6		0		3,3		0		2,5		
Agosto	Freq	3	5,9	16	31,4	4	7,8	1	2	2	3,9	2	3,9	5	9,8	0	0	9	17,6	0	0	9	17,6	51	100
			5		18,2		17,4		3,4		4,9		5,1		10		0		15		0		11,1		
Setembro	Freq	9	18,8	15	31,3	1	2,1	2	4,2	4	8,3	1	2,1	2	4,2	0	0	9	18,8	0	0	5	10,4	48	100
			15		17		4,3		6,9		9,8		2,6		4		0		15		0		6,2		
Outubro	Freq	8	21,1	8	21,1	3	7,9	4	10,5	3	7,9	4	10,5	3	7,9	0	0	3	7,9	0	0	2	5,3	38	100
			13,3		9,1		13		13,8		7,3		10,3		6		0		5		0		2,5		

Novembro	Freq	3	13	14	60,9	0	0	2	8,7	1	4,3	1	4,3	0	0	0	0	2	8,7	0	0	0	0	0	23	100
		5		15,9		0		6,9		2,4	2,6		0	0	0	0	0	3,3		0	0	0	0			
Dezembro	Freq	4	17,4	6	26,1	0	0	0	0	0	4,3	1	4,3	6	26,1	0	0	4	17,4	0	0	2	8,7	23	100	
		6,7		6,8		0		0		0	2,6		2,6	12		0		6,7		0	0	2,5				
		60		88		23		29		41		39		50		3		60		4		81				
% Motivo		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			478	

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

**Legenda Motivos:** A: agendamento incorreto e atendimento desorganizado; B: arquivo e laudos médicos; C: atendimento desmarcado; D: atendimento não realizado; E: déficit estrutural;

F: Indisponibilidade vagas; G: insatisfação conduta e relação médico-paciente; H: intercorrências internação; I: mal atendimento profissional; J: reações adversas a procedimento realizado;

K: tempo de espera para atendimento.

Na Tabela 17, observa-se o motivo de registro das demandas, distribuídos por setores e conforme já evidenciado anteriormente os motivos que se destacam são aspectos relacionados aos arquivos e laudos médicos, seguidos do tempo de espera para atendimento e insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais.

As demandas registradas por demora na emissão de laudos e problemas com prontuário se concentram no setor de ambulatórios e medicina nuclear e diagnóstico por imagem, representando respectivamente, 28% e 52% de todas as demandas destinadas aos referidos setores. Em relação ao tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários, destaca-se o núcleo de agendamento com representação de 34% das demandas atribuídas ao setor, seguida novamente do ambulatório representando 19% das demandas destinadas ao setor. Quanto às demandas registradas por insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais, destaca-se o setor de enfermarias, representando 51% de todas as demandas do setor.

Percebe-se que o setor de ambulatórios se destaca nas demandas registradas por demora na emissão de laudos/prontuários, seguido das demandas por tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários, além de ser o setor com maior número de demandas negativas de forma geral. Este contexto denota que tanto os aspectos de gestão quanto da assistência à saúde, atribuídos à diretriz de acolhimento da PNH, precisam ser revistos e reorganizados no referido setor.

Não podemos deixar de citar que o significativo número de insatisfações expressas pelos usuários em relação ao atendimento prestado pelos profissionais nas enfermarias, representa um sério problema atrelado à gestão do HCFMB. Viola um dos conceitos mais destacados pela PNH, a relação profissional-usuário, o que indica que talvez seja necessário desenvolver um programa de educação continuada com esses profissionais, abordando aspectos técnicos e subjetivos, além de rever os programas de incentivos salariais e planos de carreira, pois a desmotivação e sobrecarga dos profissionais acaba gerando insatisfação no serviço prestado.

Tabela 17 - Setores envolvidos nas demandas, segundo motivos identificados - Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013

Setor/ Motivo	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		TOTAL	
	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Setor
Ambulatórios	0	0,0 0,0	34	38,6 28,6	5	21,7 4,2	13	44,8 10,9	1	2,4 0,8	22	56,4 18,5	16	32,0 13,4	0	0,0 0,0	3	5,0 2,5	2	50,0 1,7	23	28,4 19,3	119	100,0
Agendamento/ regulação	25	41,7 42,4	0	0,0 0,0	5	21,7 8,5	2	6,9 3,4	1	2,4 1,7	3	7,7 5,1	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	8	13,3 13,6	0	0,0 0,0	15	18,5 25,4	59	100,0
Convênios	21	35,0 36,8	0	0,0 0,0	5	21,7 8,8	10	34,5 17,5	1	2,4 1,8	10	25,6 17,5	2	4,0 3,5	0	0,0 0,0	2	3,3 3,5	0	0,0 0,0	6	7,4 10,5	57	100,0
Medicina nuclear/ diag. por imagem	3	5,0 5,7	28	31,8 52,8	1	4,3 1,9	1	3,4 1,9	0	0,0 0,0	4	10,3 7,5	4	8,0 7,5	0	0,0 0,0	4	6,7 7,5	0	0,0 0,0	8	9,9 15,1	53	100,0
Pronto socorro / PA mulher	3	5,0 6,5	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	3,4 2,2	1	2,4 2,2	0	0,0 0,0	17	34,0 37,0	2	56,7 4,3	6	10,0 13,0	0	0,0 0,0	16	19,8 34,8	46	100,0
Enfermaria	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	3,4 3,2	10	24,4 32,3	0	0,0 0,0	3	6,0 9,7	0	0,0 0,0	16	26,7 51,6	0	0,0 0,0	1	1,2 3,2	31	100,0
Arquivo/ laudos médicos	0	0,0 0,0	23	26,1 85,2	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	6,7 14,8	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	27	100,0
Infraestrutura	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	8,7 7,7	0	0,0 0,0	21	51,2 80,8	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	3	5,0 11,5	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	26	100,0
Laboratório/ endoscopia/ patologia	4	6,7 26,7	1	1,1 6,7	3	13,0 20,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	6,7 26,7	2	50,0 13,3	1	1,2 6,7	15	100,0
Hemocentro	3	5,0 42,9	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,4 14,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	3,3 28,6	0	0,0 0,0	1	1,2 14,3	7	100,0
Maternidade	1	1,7 16,7	1	1,1 16,7	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	4,9 33,3	0	0,0 0,0	2	4,0 33,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	6	100,0

Tabela 17 - Setores envolvidos nas demandas, segundo motivos identificados - Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013

(conclusão)

Setor/Motivo	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		TOTAL	
	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Motivo % Setor	Freq	% Setor
Quimioterapia/ oncologia	0	0,0 0,0	1	1,1 16,7	1	4,3 16,7	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	4,0 33,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	2,5 33,3	6	100,0
Gerencia enfermagem	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,0 25,0	0	0,0 0,0	3	5,0 75,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
Gerencia serviços saúde - adm	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	3,4 25,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,0 25,0	0	0,0 0,0	1	1,7 25,0	0	0,0 0,0	1	1,2 25,0	4	100,0
PS cidade	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,0 25,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	3	3,7 75,0	4	100,0
Central de kits/ farmácia	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	4,3 25,0	0	0,0 0,0	2	4,9 50,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	1,2 25,0	4	100,0
UTIs	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,0 33,3	1	33,3 33,3	1	1,7 33,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	3	100,0
Pronto socorro - enfermagem	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	3	3,7 100,0	3	100,0
Serviço social	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	3,3 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	100,0
Ambulatórios - enfermagem	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	1,7 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	100,0
Casa apoio	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	2,4 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>478</b>	

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

**Legenda Motivos:** A: agendamento incorreto e atendimento desorganizado; B: arquivo e laudos médicos; C: atendimento desmarcado; D: atendimento não realizado; E: déficit estrutural; F: Indisponibilidade vagas; G: insatisfação conduta e relação médico-paciente; H: intercorrências internação; I: mal atendimento profissional; J: reações adversas a procedimento realizado; K: tempo de espera para atendimento.

A Tabela 18 apresenta os setores envolvidos e sua representação nas diretrizes da PNH, classificadas mediante os motivos identificados nas demandas negativas destinadas aos referidos setores. Nota-se que o acolhimento se destaca entre as demais diretrizes tornando-se a principal diretriz violada nas atividades registradas na ouvidoria do HCFMB e, conforme já mencionado anteriormente, isso ocorre em virtude de os motivos das demandas negativas estarem em sua maioria relacionados à insatisfação dos usuários com a maneira como o serviço está sendo prestado.

Novamente o setor de ambulatórios se destaca, sobressaindo-se em relação aos demais setores nas diretrizes de acolhimento, clínica ampliada e direito do usuário. Essa expressiva demanda envolvendo tais diretrizes se deve à ausência de um atendimento resolutivo e responsável em algumas vertentes, como nos casos de demora na emissão de laudos, indisponibilidade de vagas, dentre outros. A atribuição de demandas à clínica ampliada e direito do usuário também se justifica pela indisponibilidade de vagas, pois em alguns casos há necessidade de avaliar melhor a situação do usuário, indo além da abordagem “queixa-conduta” e considerando o meio onde está inserido, tomando as medidas necessárias para que este tenha o atendimento de que necessita; e quanto ao direito do usuário infringe o direito de acesso à saúde que todos possuem, garantido em lei, devido à incapacidade de atender à demanda existente.

Tratando-se de ambiência, o destaque fica a cargo do setor de infraestrutura, seguido das enfermarias e essa situação decorre principalmente do estado de conservação dos equipamentos e da escassez de materiais de consumo, evidenciando mais uma vez um problema relacionado à gestão.



**Tabela 18 - Setores envolvidos nas demandas, segundo diretrizes PNH - Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013**

Setor/ PNH	Acolhimento		Ambiência		Clínica Ampliada		Direito Usuário		TOTAL	
	Freq	% PNH % Setor	Freq	% PNH % Setor	Freq	% PNH % Setor	Freq	% PNH % Setor	Freq	% Setor
Ambulatórios	86	23,4 72,3	0	0,0 0,0	19	65,5 16,0	14	46,7 11,8	119	100,0
Agendamento/ regulação	48	13,1 81,4	6	11,5 10,2	1	3,4 1,7	4	13,3 6,8	59	100,0
Convênios	47	12,8 82,5	0	0,0 0,0	1	3,4 1,8	9	30,0 15,8	57	100,0
Medicina nuclear e diagnóstico por imagem	47	12,8 88,7	1	1,9 1,9	4	13,8 7,5	1	3,3 1,9	53	100,0
Pronto socorro / PA mulher	35	9,5 76,1	8	15,4 17,4	3	10,3 6,5	0	0,0 0,0	46	100,0
Enfermaria	20	5,4 64,5	11	21,2 35,5	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	31	100,0
Arquivo/ laudos médicos	26	7,1 96,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	3,3 3,7	27	100,0
Infraestrutura	7	1,9 26,9	19	36,5 73,1	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	26	100,0
Laboratório clínico/ endoscopia/patologia	14	3,8 93,3	0	0,0 0,0	1	3,4 6,7	0	0,0 0,0	15	100,0
Hemocentro	6	1,6 85,7	1	1,9 14,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	7	100,0
Maternidade	4	1,1 66,7	2	3,8 33,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	6	100,0
Quimioterapia/ oncologia	6	1,6 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	6	100,0
Gerencia enfermagem	3	0,8 75,0	1	1,9 25,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
Gerencia serviços saúde - adm.	3	0,8 75,0	1	1,9 25,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
PS cidade	4	1,1 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
Central de kits/ farmácia	4	1,1 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
UTIs	2	0,5 66,7	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	3,3 33,3	3	100,0
Pronto socorro - enfermagem	2	0,5 66,7	1	1,9 33,3	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	3	100,0
Serviço social	2	0,5 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	2	100,0
Ambulatórios - enfermagem	1	0,3 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	100,0
Casa de apoio	-	0,0 0,0	1	1,9 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>478</b>	

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*PNH: Política Nacional de Humanização - Ministério da Saúde

A Tabela 19 apresenta os motivos das demandas atribuídos às causas dos problemas, segundo classificação proposta por MATUS, e nota-se que a maioria das demandas registradas é decorrente de acumulações, ou seja, fatores casuais que influenciam na qualidade dos serviços prestados.

A insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais é o principal motivo atribuído às acumulações, seguido do tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários. Ambos são atribuídos as acumulações por se tratarem de aspectos que, se desenvolvidos adequadamente, deveriam satisfazer as necessidades dos usuários e se isso não ocorre nos remete a impressão de que existem fatores interferindo negativamente no desenvolvimento dessas atividades, tais como desmotivação dos profissionais, despreparo para lidar com determinadas situações, organização inadequada que não atende à demanda, dentre outros.

Os problemas relacionados à demora na emissão de laudos/ disponibilização prontuário e do tempo de espera para atendimento são os principais representativos das demandas atribuídas ao fluxo. A maneira como essas atividades estão sendo desenvolvidas rotineiramente provavelmente não esteja adequada, visto que o número de demandas relacionadas a ambos os motivos é expressivo, principalmente no caso da emissão de laudos que se sobressai dentre todos os outros motivos.

**Tabela 19 - Motivos das demandas, segundo causas definidas por Matus\* - Hospital das Clínicas de Botucatu – 2013**

Motivos demandas/ Causas	Acumulações		Fluxo		Regra		TOTAL	
	Freq	% Causa % Motivo	Freq	% Causa % Motivo	Freq	% Causa % Motivo	Freq	% Motivo
Arquivos e laudos médicos	17	5,8 19,3	71	38,8 80,7	0	0,0 0,0	88	100,0
Tempo de espera para atendimento/internação/ procedimento	45	15,4 55,6	36	19,7 44,4	0	0,0 0,0	81	100,0
Mal atendimento por profissional	53	18,1 88,3	6	3,3 10,0	1	50,0 1,7	60	100,0
Agendamento incorreto/atendimento desorganizado	45	15,4 75,0	15	8,2 25,0	0	0,0 0,0	60	100,0
Insatisfação com conduta/ relação médico-paciente	45	15,4 90,0	5	2,7 10,0	0	0,0 0,0	50	100,0
Déficit estrutural	35	11,9 85,4	6	3,3 14,6	0	0,0 0,0	41	100,0
Indisponibilidade de vaga	15	5,1 38,5	24	13,1 61,5	0	0,0 0,0	39	100,0
Atendimento não realizado	18	6,1 62,1	11	6,0 37,9	0	0,0 0,0	29	100,0
Atendimento desmarcado (cirurgia, consulta, exame)	14	4,8 60,9	9	4,9 39,1	0	0,0 0,0	23	100,0
Reações adversas a procedimento realizado	4	1,4 100,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	4	100,0
Intercorrência durante internação	2	0,7 66,7	0	0,0 0,0	1	50,0 33,3	3	100,0
<b>TOTAL</b>		<b>293</b> <b>100,0</b>		<b>183</b> <b>100,0</b>		<b>2</b> <b>100,0</b>		<b>478</b>

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*Classificação das causas, segundo proposto por Matus.

As diretrizes da PNH atreladas ao nível de governabilidade dos envolvidos, apresentadas na Tabela 20, permite que seja identificado quais das demandas, atribuídas as determinadas diretrizes, poderiam ser mais facilmente solucionadas baseadas na influência que os envolvidos possuem sobre ela.

Observa-se que a governabilidade parcial se sobressai em todas as diretrizes, demonstrando que a solução para as demandas é possível de ser desenvolvida, mesmo que indiretamente, pois os envolvidos podem interferir de alguma maneira na cessação ou diminuição do problema, por meio de ações setoriais ou levando o caso para discussão na gestão da instituição.

Em relação aos casos em que o envolvido está “sem influência” sob a demanda registrada se destaca na diretriz de ambiência e trata-se de casos estruturais que estão sob a responsabilidade de outras unidades do campus onde o HCFMB está instalado. Porém, na maioria dos casos, essas questões poderiam ser encaminhadas aos responsáveis para avaliação e se possível realização das adequações necessárias.

Das demandas classificadas sob o nível de muita influência, cerca de 90% está relacionada ao acolhimento. Esse contexto é representado principalmente pelas demandas que relatam a demora na emissão de laudos, seguido da insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais e em ambos os casos depende dos próprios profissionais organizarem suas atividades e desenvolver uma relação adequada com os usuários, de modo que possam prestar o melhor atendimento possível.

**Tabela 20 - Governabilidade dos profissionais para resolução das intercorrências identificadas nas demandas (classificada por Matus\*), segundo diretrizes PNH\* violadas - Hospital das Clínicas de Botucatu - 2013**

Governabilidade/ PNH	Acolhimento		Ambiência		Clínica ampliada		Direito Usuário		TOTAL	
	Freq	% PNH % Gov	Freq	% PNH % Gov	Freq	% PNH % Gov	Freq	% PNH % Gov	Freq	% Gov
Muita governabilidade	99	27,0 89,2	5	9,6 4,5	2	6,9 1,8	5	16,7 4,5	111	100,0
Governabilidade parcial	267	72,8 73,8	43	82,7 11,9	27	93,1 7,5	25	83,3 6,9	362	100,0
Sem governabilidade	1	0,3 20,0	4	7,7 80,0	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	5	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>478</b>	

Fonte dos dados primários: Ouvidoria do HCFMB.

\*Classificação da governabilidade segundo proposto por Matus.

\*PNH: Política Nacional de Humanização - Ministério da Saúde

## 5. LIMITAÇÕES

O planejamento do projeto nos permitiu identificar algumas limitações em relação ao presente trabalho, porém são aspectos que não influenciaram no andamento das atividades e nos resultados apresentados, visto que os objetivos foram alcançados e os dados coletados nos possibilitaram a realização de uma análise mais aprofundada em relação ao que havíamos nos proposto a avaliar inicialmente.

Um dos aspectos observados foi em relação ao formulário da ouvidoria não possuir dados como idade e sexo do paciente, o que nos permitiria traçar um perfil mais detalhado dos pacientes aos quais as demandas pertencem. Porém seria apenas uma informação adicional por não se tratar dos objetivos do trabalho e não impactar nos resultados.

Trabalhamos com o universo de demandas da ouvidoria, registradas durante o ano de 2013, e obtivemos um número significativo de demandas analisadas, porém o trâmite da ouvidoria era encaminhar as demandas e aguardar seu retorno, não possuindo um sistema integrado ou cópia das demandas encaminhadas, fazendo com que as demandas que não foram devolvidas não pudessem ser consultadas, conforme já descrito na metodologia. Vale ressaltar que em virtude da implantação do sistema ouvidor SES este problema foi extinto, tendo em vista que todas as demandas são registradas no referido sistema e encaminhadas via e-mail aos setores responsáveis.

Uma das questões que foram discutidas é a impossibilidade de se tomar este trabalho como uma avaliação geral dos serviços prestados pelo HCFMB em virtude de não haver uma demanda para cada serviço prestado, pois nem todos os usuários registram suas demandas, sejam elas positivas, negativas ou solicitações, o que torna o número de atendimento muito maior que o número de demandas registradas. Porém não atribuímos esse fato a uma limitação considerável, visto que o objetivo do trabalho não visa avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo HCFMB e sim o conteúdo das demandas registradas na ouvidoria.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção de estudar as demandas da ouvidoria para identificar o impacto das práticas não humanizadas em determinadas atividades desenvolvidas pelo HCFMB, baseados na perspectiva dos usuários que registraram tais demandas, nos impulsionou a realizar este estudo tendo como fonte de dados a ouvidoria do HC. Embora muitas ouvidorias sejam tratadas simplesmente como uma “resolvidoria”, à qual recorrem quando necessitam de alguma solução imediata, este setor acumula informações de grande valia que poderiam ser utilizadas como ferramenta de planejamento pelos gestores, pois as ações de melhoria poderiam ser tomadas levando também em consideração as necessidades e sentimento dos usuários em relação aos serviços prestados.

Estudar a prática humanizada através das demandas registradas na ouvidoria de um hospital escola nos remete à necessidade de conhecer o contexto geral da instituição, a situação vivida pelos profissionais e usuários, para tanto todas as demandas foram analisadas, possibilitando uma visão tanto das solicitações, como das demandas negativas e positivas, compreendendo assim as necessidades e valorizações expressas pelos usuários. Para isso tomamos como referencial conceitual a Política Nacional de Humanização e o primeiro desafio encontrado foi compreender a amplitude dos aspectos abordados pela PNH e construir um método de análise que não se fundisse simplesmente em metas a serem quantificadas.

Os dados coletados nos permitiram realizar uma análise mais aprofundada em relação ao que havíamos traçado inicialmente, possibilitando conhecer, além das diretrizes da PNH que estão sendo violadas, o nível onde se encontram, bem como as causas e grau de governabilidade dos envolvidos.

Baseados nas demandas positivas apresentadas na ouvidoria, constatamos que estas representam 26% do total registrado e expressam a satisfação dos usuários em relação aos serviços que receberam de maneira humanizada. Isso demonstra que, embora haja uma amplitude de ações desenvolvidas de maneira não humanizadas, não seguindo totalmente aos preceitos da PNH e por vezes não atendendo completamente a necessidade dos usuários, estas demandas positivas expressam satisfação principalmente em relação ao atendimento prestado pelo HCFMB e por profissionais específicos, sendo concentradas principalmente nos ambulatórios, pronto socorro e enfermarias. Esses aspectos revelam que apesar das dificuldades e limitações presentes na instituição, como recursos escassos, ausência de um programa de educação continuada, plano de carreira insatisfatório, dentre outros, muitos profissionais se esforçam para atender as necessidades dos usuários, importando-se com o

bem-estar e satisfação destes e lhes proporcionando um atendimento de qualidade que considere os aspectos subjetivos da assistência prestada, caracterizando as práticas humanizadas.

As práticas não humanizadas são caracterizadas principalmente pelos problemas relacionados à demora para emissão de laudos, tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários, mal atendimento pelos profissionais, dentre outros. Vale ressaltar que considerando os motivos mais frequentes de registro das demandas negativas, citados anteriormente, constata-se que os setores de ambulatórios, medicina nuclear e diagnóstico por imagem, bem como algumas enfermarias, tornaram-se os setores críticos em relação ao atendimento das práticas humanizadas. Os problemas destacados estão em sua maioria atrelados à gestão do HCFMB, pois demonstram a insatisfação dos usuários com a maneira como alguns serviços são prestados e denotam a necessidade de reorganização de determinadas atividades, e talvez o desenvolvimento de programas de incentivos salariais e educação continuada aos profissionais.

Embora seja menos expressiva, não torna-se menos importante a questão dos problemas atribuídos à assistência à saúde, pois representam um entrave, principalmente no setor de ambulatórios, devido à incapacidade de atender à demanda existente. Visto que o ambulatório se destaca tanto nas demandas positivas como nas negativas e solicitações, nos remete a suposição de que o serviço prestado pelo referido setor agrada aos usuários e que o principal problema é conseguir acesso a esses serviços.

O acolhimento representa a diretriz da PNH mais expressiva nas práticas não humanizadas do HCFMB, em virtude da insatisfação dos usuários com os serviços prestados se destacar dentre os demais motivos. Essa insatisfação é atribuída principalmente à estrutura do HCFMB, constituída pelos recursos materiais e humanos disponíveis, porém não há uma diferença expressiva entre os níveis de estrutura e processo, o que indica que a insatisfação com a maneira como o serviço está sendo desenvolvido também possui grande influência nas práticas não humanizadas.

Os problemas geralmente são provenientes de acumulações sob as quais o ator envolvido possui influência para resolver, na maioria dos casos. Portanto entende-se que existem fatores casuais interferindo negativamente na qualidade dos serviços prestados e os envolvidos possuem governabilidade para resolver determinadas questões, seja por meio de alguma intervenção ou encaminhamentos, entretanto a resolutividade dos problemas não possui a representação que deveria, tendo em vista que as justificativas para estes são mais expressivas, representando aproximadamente 68% nas demandas negativas.

Tendo apresentado um diagnóstico das demandas registradas na ouvidoria do HCFMB, identificando o perfil das práticas não humanizadas expressas em tais demandas, esperamos que este estudo seja tomado como uma ferramenta e possa contribuir para o desenvolvimento de ações que visem a resolução ou diminuição dos problemas identificados, intensificando a PNH na instituição por meio do desenvolvimento de mais práticas humanizadas.

Vale ressaltar que os resultados deste trabalho não expressam o universo dos atendimentos prestados pelo Hospital das Clínicas de Botucatu, tendo em vista que grande parte dos usuários não registram suas demandas, tanto positivas como negativas, na ouvidoria. Esse fato não nos permite tomar os resultados apresentados como um estudo das práticas humanizadas ou da qualidade dos serviços prestados pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, mas sim identificar a que aspectos da PNH estão atreladas as demandas da ouvidoria, dando atenção especial as queixas, já que nosso objeto de estudo são as práticas não humanizadas.

Embora o estudo não possa demonstrar a satisfação de toda a clientela atendida no HCFMB, demonstrou a ocorrência de situações que afrontam a PNH, tendo em vista a expressão de demandas negativas pelos usuários associadas a mau atendimento pelos profissionais, relação médico-paciente inadequada, excessivo tempo de espera para atendimento das necessidades dos usuários, dentre outros. Um contexto que exprime a necessidade de desenvolver ações que possibilitem reverter essa situação, buscando solução para os problemas identificados e a intensificação das práticas humanizadas.

Seria oportuno pois dar continuidade a esta investigação dando oportunidade para que os profissionais do HCFMB pudessem expressar sua visão sobre o tema da humanização. Uma abordagem possível seria a realização de grupos focais de discussão, onde os sujeitos da pesquisa seriam os próprios profissionais dos setores críticos possibilitando um aprofundamento do tema, visando captar a concepção da PNH pelos profissionais envolvidos nas demandas já analisadas, possibilitando a construção de um conhecimento coletivo do grupo, de acordo com Gualda (1995).



## 7. REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

BATALHA, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? **Radis**, v. 127, p. 9-15, 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/127/reportagens/o-que-falta-para-termos-o-sus-por-inteiro>>. Acesso em: abr. 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: IMESP, 1988. Seção II. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: **Lei nº 8142 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. Brasília, 1990b. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha PNH. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Material de apoio. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: jul. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização-PNH: o que é a Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a ouvidoria**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/872-sgep-raiz/doges-raiz/ouvidoria-geral-do-sus/11-ouvidoria-g-sus/12221-conheca-a-ouvidoria-geral-do-sus>>. Acesso em: set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ouvidoria-Geral do SUS, um espaço de cidadania**. Brasília, 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria\\_geral\\_espaco\\_sus\\_cidadania.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_geral_espaco_sus_cidadania.pdf)>. Acesso em: set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual PNHAAH**. 2001 Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual\\_pnhah.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf)>. Acesso em: abr. 2016.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p.285-293, 1996.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. p. 13-28.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde**. Princípios. In: BRASIL, MULLER NETO, J. S. et SCHRADER, F.T. Curso de Desenvolvimento gerencial do SUS: coletânea de textos, Cuiabá: Ed. UFMT, 2011. p. 55-68. Disponível em: <<http://200.129.241.70/isc/sistema/arquivos/14101102534253.pdf>>. Acesso em: jul. 2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública Méx.**, v. 32, n. 2, p. 112-117, 1990.

DOS REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

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

GUALDA, D. M. R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 29, n. 3, p. 297-307, 1995.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. **Quem somos**. Botucatu, 2015. Disponível em: <[http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/#140\\_2055065-2-63](http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/#140_2055065-2-63)>. Acesso em: abr. 2016.

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. UNESP, 1994. p. 55 - 138.

LEITE, M. **Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros**. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>>. Acesso em: abr. 2016.

MACHADO, J. A. P. A formação das ouvidorias paulistas. **Rev Governança Desenvolv.**, v. 1, n. 1, p. 22-29, 2004.

MATUS, C. **Entrevista com Carlos Matus: o método PES**. São Paulo: Fundap, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC, 2009. Disponível em: <[www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf](http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf)>. Acesso em: abr. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

RIOS, I. C.; BATISTELLA, L. R. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 3, p. 853-865, 2013.

SÃO PAULO (ESTADO). Governo do Estado de São Paulo. Corregedoria Geral da Administração. **Lei 10.294, de 20 de abril de 1999**. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo e dá providências. São Paulo, 1999. Disponível em: <[www.corregedoria.sp.gov.br/adm/App\\_cadastro/uploads/visualizar.aspx?id=75](http://www.corregedoria.sp.gov.br/adm/App_cadastro/uploads/visualizar.aspx?id=75)>. Acesso em set. 2015.

SOUZA FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas\\_avaliacao\\_pnh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_avaliacao_pnh.pdf)>. Acesso em: abr. 2016.

SOUZA, R. C. R. **A ouvidoria como instrumento de avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987.

## 8. ANEXOS

### 8.1 Anexo 1: Ouvidoria do Hospital das Clínicas de Botucatu – Regulamento Interno Demandas

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Ouvidoria HC

HC  
FMB

Ouvidoria Geral do Hospital das Clínicas de Botucatu

Ouvidoria Geral do HCFMB, 10 de agosto de 2015. Ofício: 06/2015

**Prezados Senhores,**

Conforme estatística referente ao ano de 2013 registrado na Ouvidoria Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – HCFMB.

Foram registradas 2.739 demandas, sendo 920 encaminhadas para providências e análises e 241 para ciência.

Informação: **1.249**

Reclamação: **1.184**

Denúncia: **28**

Elogio: **241**

Sugestão: **23**

Expressão livre: **14**

Demanda: é qualquer expressão ou opinião apresentada pelo usuário a respeito de políticas ou serviços prestados pela administração estadual: Reclamações, informações, elogios, sugestões e denúncias.

^ Elogio = Manifestação de aprovação e/ou contentamento quanto aos serviços prestados pelo Hospital ou funcionário.

^ Denúncia = Indicação de fato ou indício de irregularidade dentro do Hospital.

^ Informação = Solicitação de orientação ou esclarecimento relacionado ao atendimento ou à prestação do serviço público, não relacionadas com o Serviço de Informação ao Cidadão.

Superintendência do Hospital das Clínicas  
Distrito de Rubião Júnior, s/n | CEP 18618-970  
Botucatu | São Paulo | Brasil  
Tel. (14) 3811-6215 | 3811-6218 | 3811-6100 | Fax 3882-5387  
www.hcfmb.unesp.br | hcbotu@fmb.unesp.br

Ouvidoria Geral do HCFMB  
ouvidoria-do-hc@fmb.unesp.br  
(14) 3811-6417  
08007715023  
http://www.hc.fmb.unesp.br/ouvidoria/



**8.1.1 Anexo 1: Ouvidoria do Hospital das Clínicas de Botucatu – Regulamento Interno Demandas (pg 2)**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP



- ↳ Mediação = É um método de resolução de conflitos com duração variável dependendo do tipo e persistência dos conflitos, da complexidade dos temas e do relacionamento e abertura das partes nele envolvidas.
- ↳ Reclamação = Queixa que aponta uma insatisfação do usuário ao serviço oferecido ou prestado pelo Hospital. Pode ser apenas um protesto ou incluir uma pretensão, reivindicação.
- ↳ Solicitação = Informação, requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde.
- ↳ Sugestão = Proposta de alteração do funcionamento e/ou procedimento adotado pelo Hospital.
- ↳ Expressão livre= Sem nexos causal

Observação: Das 920 demandas encaminhadas aos Departamentos do HCFMB para averiguação e análise, somente tivemos o retorno de aproximadamente 670 demandas.

Atenciosamente,

Sheila Luana Sales Abrantes

Coordenadora e Ouvidora Geral do Hospital das Clínicas de Botucatu - HCFMB  
*Seja a mudança que você quer ver no mundo – Mahatma Gandhi*

**Superintendência do Hospital das Clínicas**  
Distrito de Rubião Júnior, s/n | CEP 18618-970  
Botucatu | São Paulo | Brasil  
Tel. (14) 3811-6215 | 3811-6218 | 3811-6100 | Fax 3882-5387  
[www.hcfmb.unesp.br](http://www.hcfmb.unesp.br) | [hcbotu@fmb.unesp.br](mailto:hcbotu@fmb.unesp.br)

**Ouvidoria Geral do HCFMB**  
[ouvidoria-do-hc@fmb.unesp.br](mailto:ouvidoria-do-hc@fmb.unesp.br)  
(14) 3811-6417  
08007715023  
<http://www.hc.fmb.unesp.br/ouvidori>

## 8.2 Anexo 2: Secretaria Estadual de Saúde – Organização das Informações de Ouvidorias

ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE OUVIDORIAS			
MOTIVO	MOTIVO I	MOTIVO II	MOTIVO III
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>			
Informações referentes a medicamentos. Pode ser pela necessidade de informação de onde pode ser fornecido, se é de competência Estadual, Municipal ou de fornecimento federal.	<b>ATENÇÃO BÁSICA</b> - Quando o medicamento deve ser fornecido pela atenção básica UBS/PSF <b>MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO</b> - Fornecimento pela Secretaria de Estado - verificar listagem <b>DISPENSÇÃO EXCEPCIONAL</b> - Fornecimento pela Secretaria de Estado. Verificar listagem <b>MANDADO JUDICIAL</b> - O Juiz pode acessar tanto o Estado como o Município <b>MEDICAMENTO DE USO HOSPITALAR</b> - quando o hospital utiliza o medicamento porém não é fornecido pela rede pública <b>MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO</b> - Administrativo <b>PROCESSO ADMINISTRATIVO</b>	Fornecimento inferior ao prescrito Falta do medicamento Fornecimento Municipal Fornecimento Estadual Fornecimento do Ministério Receita ilegível	
<b>ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>			
Assuntos referentes a consultas e exames	<b>AGUARDA CIRURGIA</b> - Constatado pelo médico a necessidade e indicação da cirurgia <b>AGUARDA TRATAMENTO</b> quando foi encaminhado para especialista e ainda aguarda atendimento <b>AGUARDA CONSULTA</b> - quando a unidade já conhece a necessidade mas ainda não agendou <b>AGUARDA RETORNO</b> - Quando o paciente aguarda para mostrar exames ou ser reavaliado <b>FALTA DE REFERÊNCIA</b> - Quando não se tem referência do especialista ou do exame solicitado	Acupuntura Alergia/Imunologia Anestesiologia Angiologista Cardiologia Cirurgia Vascular Cirurgia da mão Cirurgia de cabeça e pescoço Cirurgia do aparelho digestivo Cirurgia Geral Cirurgia neurológica Cirurgia pediátrica Cirurgia Plástica Cirurgião Torácico Cirurgião Vascular Clínica médica Dermatologia Domiciliar Endocrinologia/metabologia Fisiatria Fisioterapia Foniatría Fonoaudiologia Gastroenterologia Genética médica Geriatría Ginecologia/Obstétrica Hematologia/Hemoterapia Hepatologia Homeopatia Infectologia Mastologia nefrologia Neurologia Nutrição Nutrologia Oftalmologia Oncologia Ortopedia e traumatologia Otorrinolaringologia Outros Pediatria Pneumologia Proctologia Psicologia Psiquiatria Reumatologia Urologia	



**8.2.1 Anexo 2:** Secretaria Estadual de Saúde – Organização das Informações de Ouvidorias (pg 2)

MOTIVO	MOTIVO I	MOTIVO II	MOTIVO III
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	<p><b>DEMORA PARA EXAME</b> - Quando a unidade já conhece a necessidade mas ainda não agendou</p> <p><b>NECESSIDADE DE EXAMES</b> - quando existe a solicitação porem ainda não está solicitado junto ao prestador.</p>	Diagnóstico em Ginecologia	
		Diagnóstico em angiologia	
		Diagnóstico em cardiologia	
		Diagnóstico por laboratório	
		Diagnóstico por endoscopia	
		Diagnóstico em neurologia	
		Diagnóstico em Oftalmologia	
		Diagnóstico em ORL e Fono	
		Diagnóstico em Radiologia	
		Diagnóstico por RNM	
		Diagnóstico por tomo	
		Diagnóstico por USG	
		Outros	
GESTÃO Toda situação que envolva a administração geral do SUS	<p><b>CENTRAL REGULADORA</b> - Responsavel pelo agendamento das consultas e exames</p> <p><b>DOCUMENTOS</b> - Fornecimento de documentos/cópias / declarações</p> <p><b>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> - Situações relativas a situações de gerenciamento</p> <p><b>RECURSOS HUMANOS</b> - Referente aos funcionários</p>	Municipal	
		Estadual	
		Dificuldade de contato/agendamento	
		Atestado Médico	
		Atestado de sanidade	
		Cartão de vacinação	
		Cópia de exame	
		Cópia de Prontuário	
		Relatório Médico	
		Acompanhante de gestante	
		Acompanhante de idoso	
		Acompanhante de crianças	
		Acomopanhante de deficientes	
Outros			
Alimentação de paciente			
Alimentação de acompanhante			
Demora no atendimento			
Falta de vaga			
Recusa de atendimento			
Superlotação			
Horário de visita			
Atendimento preferencial			
Falta de Profissional - quando não dispomos do profissional			
Insatisfação - quando o trabalho ou a atitude nos desagrada			
Satisfação - quando o trabalho ao a atitude nos agrada			
Falta de Informação - quando solicitamos informações e não recebemos			
Atraso - quando o profissional não chega no horário			
Demora no atendimento - quando agendam um horário e nos atendem em outro ou quando aguardamos por muito tempo.			
Indelicadeza - falta de respeito / delicadeza			
		assistente social	
		enfermagem	
		farmaceutico	
		fisioterapeuta	
		fonoaudiologo	
		médico	
		nutricionista	
		outros	
		psicólogo	
		receptionista/atendente	
		equipe administrativa	
		equipe de saúde	
		diretor do estabelecimento	
		mortorista	
		segurança	
RECURSOS MATERIAIS - refere-se a insumos materiais necessários para o funcionamento do serviço		Material de consumo - o que se utiliza na rotina diária	
			luva/seringa
			roupa de cama/travesseiro
			outros
		Material de uso contínuo - material de longa duração	
			cadeira para acompanhante
			cama
			equipamentos com defeito
			falta de equipamento
			qualidade do material
			má conservação
			aquisição do equipamento
		IVO	MOTIVO I

**8.2.2 Anexo 2: Secretaria Estadual de Saúde – Organização das Informações de Ouvidorias**  
(pg 3)

<b>TRANSPORTE</b>		
Necessidade de transportar pacientes de um serviço ao outro ou remoção de urgência	AMBULÂNCIA/VEÍCULO - quando é do próprio serviço	Aquisição
		Demora
		Má conservação
		Não Funcionamento
		Inexistência
	SAMU - Veículo do Serviço de Urgência	Demora no atendimento
		Atendimento inadequado
		Qualidade do serviço
	TFD ( Tratamento Fora de Domicilio)	Dificuldade com horário
		condições inadequadas de transporte
Demora na concessão do benefício		
Início/ continuidade de tratamento		
interrupção na concessão do benefício		
<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		
Quando coloca em risco um grande número de pessoas através de contaminações	INDÍCIO DE EPIDEMIA	
	SURTOS	
		Preocupação de familiares de contaminação
<b>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>		
Quando coloca em risco pessoas por situações geradas da falta de higiene, ou de qualidade e validade de produtos	Alimento impróprio para consumo	
	Água imprópria para consumo	
	limpeza estabelecimento de saúde	
	Medicação fora de validade	
	Presença de lixo comum/contaminado	
	Presença de animais/ insetos	