

# CONTRIBUIÇÃO DAS OUVIDORIAS HOSPITALARES PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Felipe Alves Bastos<sup>1</sup>

Márcia Lopes Silva<sup>2</sup>

---

## **Resumo**

O objetivo do presente trabalho é contribuir para a promoção do envolvimento do paciente e seus familiares na notificação de eventos adversos e na melhoria contínua dos cuidados de saúde, por meio da atuação das ouvidorias hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As ouvidorias hospitalares têm potencial para atuar na identificação de incidentes/eventos adversos, pois em sua prática já acolhem manifestações similares às que são informadas no sistema de notificação da Vigilância Sanitária no âmbito do SUS. Para atingir tais objetivos, discorreu-se acerca da importância do sistema de notificação de eventos adversos no Brasil, o papel das ouvidorias do SUS e considerações sobre o envolvimento do paciente na sua segurança. A metodologia adotada foi a revisão bibliográfica por meio da pesquisa exploratória e integrativa. Como resultado, concluiu-se que as ouvidorias hospitalares do SUS podem contribuir para o envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde, sendo necessário o realinhamento de processos operacionais dos serviços e a capacitação dos profissionais.

**Palavras-chave:** Ouvidoria hospitalar. Segurança do paciente. Sistema Único de Saúde.

DOI:10.37814/2594-5068.2023v6.p135-149

---

1 Responsável pela Coordenação de Acompanhamento das Ouvidorias Setoriais da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (felipe.bastos@saude.rj.gov.br)

2 Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Mestra em Políticas Públicas e Direitos Humanos pela UFRJ. Mestra em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/Fiocruz. Especialista em Gestão em Saúde pelo IMS/UERJ. Ocupou o cargo de Ouvidora-Geral da SES/RJ. (marcialopes419@gmail.com)

---

**Abstract**

The aim of this study is to offer contributions to promote patient and family engagement in reporting adverse events and continuous improvement of health care, through the work by hospital ombudsmen of Unified Health System (SUS). The hospital ombudsmen is able to act identifying adverse incidents/events, since in their practice they accept manifestations similar to those reported in the Health Surveillance notification system within the scope of SUS. To achieve these goals, the importance of the adverse event reporting system in Brazil, the role of the SUS ombudsman and the considerations on patient engagement in their safety were discussed. The methodology adopted was the literature review through exploratory and integrative research. As a result, the conclusion achieved was that the SUS hospital ombudsmen can contribute to the patient's engagement in the safety of health care, requiring realignment of operational processes of the services and the training of professionals.

**Keywords:** Hospital ombudsman. Patient safety. Unified Health System.

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente no Brasil começa a ganhar importância durante os anos de 1990 com o surgimento de iniciativas que visavam a melhoria da qualidade na assistência. A partir desse período, podem-se citar diversas ações institucionais que promoveram o debate sobre a segurança do paciente, como por exemplo a criação, em 1994, da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde inserida no contexto do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade; o Prêmio Nacional de Qualidade; os Processos de Acreditação Hospitalar; e o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Essa trajetória é consolidada em 2013, com a instituição, pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde, que é a base atual para as ações de segurança do paciente no Brasil.

Em paralelo, inicia-se o caminho para a implantação de ouvidorias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1996, o Ministério da Saúde coloca à disposição da sociedade um serviço telefônico gratuito, denominado “Pergunte AIDS”. Nos anos posteriores, outros serviços similares foram implantados, como o “Disque Pare de Fumar” (2001) e o “Disque Saúde da Mulher” (2003). Em 2002, todos esses serviços foram reunidos em uma única central de atendimento e, no ano de 2003, é criado o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), com a responsabilidade de coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2010).

O Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), se insere na Política Nacional de Ouvidorias do SUS a partir da implantação de sua ouvidoria de saúde no ano de 2007. A Ouvidoria da Saúde da SES-RJ tem em sua rede ouvidorias descentralizadas localizadas nas instituições de saúde, sendo atualmente vinte e oito hospitais com serviços em funcionamento.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas com as ouvidorias hospitalares da SES-RJ, destacam-se os Ciclos de Reuniões, que são encontros realizados periodicamente objetivando a troca de informações e a interação entre os serviços de ouvidoria, a construção de conhecimento e a qualificação dos profissionais, com foco na melhoria e no aprimoramento dos serviços prestados ao cidadão.

Durante esse processo de interação entre os coordenadores das ouvidorias hospitalares, surgiu o questionamento sobre a possibilidade de essas instâncias de ouvidorias contribuírem para a política de segurança do paciente, já que as ouvidorias têm como finalidade precípua a vocalização da manifestação do cidadão e, portanto, conseguem levar à gestão das unidades hospitalares questões que possibilitem a melhoria e o aprimoramento dos serviços.

Nesse intuito e atuando na formação permanente dos ouvidores hospitalares, foi apresentado no 2º Ciclo de Reuniões das Ouvidorias Descentralizadas da SES-RJ, pela representante do Comitê Estadual de Segurança do Paciente, a palestra sobre “Segurança do Paciente e a importância de ouvir pacientes e seus familiares”. No encontro, foi possível mostrar aos profissionais a relevância dos aspectos de notificação de situações que afetam a segurança do paciente, além de ratificar a importância do envolvimento do paciente na sua segurança e o papel a ser desenvolvido pelas ouvidorias.

O presente artigo baseia-se na revisão integrativa da literatura e tem como principal finalidade oferecer contribuições para a promoção do envolvimento de paciente e familiares na notificação de eventos adversos e na melhoria da segurança dos cuidados de saúde por meio do trabalho das ouvidorias hospitalares do Sistema Único de Saúde. Para tal, o artigo foi organizado com base nos seguintes objetivos específicos: descrever a segurança do paciente nos cuidados à saúde e a importância do sistema de notificação de eventos adversos no Brasil; contextualizar as ouvidorias hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e identificar possibilidades de atuação das ouvidorias hospitalares como agentes de promoção do envolvimento do paciente e familiares na notificação de eventos adversos e na segurança dos cuidados de saúde.

### 1.1 Segurança do Paciente e a Notificação de Eventos Adversos no Brasil

A preocupação com a qualidade do cuidado ganha relevância com a publicação do relatório *To Err is Human*, do Institute of Medicine (IOM), nos Estados Unidos. Nessa publicação, os eventos adversos (EA) foram definidos como “dano causado pelo cuidado à saúde, e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014).

O conceito de qualidade abrange várias dimensões que foram se adequando e se modificando ao longo do tempo. Atualmente, as seis dimensões da qualidade propostas no relatório *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*, publicado pelo IOM, são as mais adotadas mundialmente (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2013):

- **Segurança:** evitar lesões e danos ao paciente em decorrência do cuidado.
- **Efetividade:** cuidado baseado em conhecimento científico.
- **Cuidado centrado no paciente:** cuidado respeitoso e responsivo às preferências e valores dos pacientes e respeito às necessidades de informação.
- **Oportunidade:** redução do tempo de espera e de atrasos.
- **Eficiência:** cuidado sem desperdício.
- **Equidade:** qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta conceitos-chave para uma classificação internacional de segurança do paciente. A elaboração dessa classificação é importante para a padronização e a comparabilidade, auxiliando na definição de ações e no seu monitoramento. Nesse sentido, os conceitos sobre segurança do paciente, dano, risco, incidente, circunstância notificável, *near miss*, incidente sem lesão e evento adverso devem ser explicitados.

## Quadro 1 – Termos e definições relacionados à segurança do paciente

SEGURANÇA DO PACIENTE	
Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.	
DANO	
Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.	
RISCO	
Probabilidade de um incidente ocorrer.	
Incidente relacionado ao cuidado de saúde	
Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.	
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
Evento adverso	Incidente com dano ao paciente.

Fontes: Adaptado de BRASIL, 2014; MENDES JR. *et al.*, 2013.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é constituído por quatro eixos organizativos, que se referem a: estímulo a uma prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua segurança; inclusão do tema “segurança do paciente” no ensino; e incremento de pesquisa em segurança do paciente. Esses quatro eixos são os pilares do PNSP e apoiam a disseminação de uma cultura de segurança de forma transversal e multiprofissional.

O PNSP também instituiu seis protocolos básicos de segurança do paciente, elaborados a partir das recomendações da OMS e de práticas de segurança com evidências científicas comprovadas: identificação do paciente; cirurgia segura; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas; e a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, foi editado o Plano Estadual de Segurança do Paciente, período de 2021 a 2025, que tem como principal objetivo “contribuir para a criação de uma cultura de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, por meio da implementação de medidas efetivas visando a melhoria da segurança do paciente” (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a administração do sistema Notivisa, que é utilizado para agregar as informações dos diferentes níveis de gestão, no que tange às notificações de eventos adversos. O sistema dispõe de um módulo específico para a Assistência à

Saúde com dois formulários: um para notificações realizadas pelos cidadãos (pacientes, familiares, cuidadores) e outro para notificações dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). O formulário do cidadão encontra-se disponível na página eletrônica da Anvisa e apresenta os seguintes campos para preenchimento: dados do notificador, tipo de incidente/evento adverso, grau do dano, características do paciente, característica do incidente/evento adverso.

Como já citado, o segundo eixo do PNSP trata do envolvimento do cidadão na segurança do paciente, considerado o mais difícil de ser trabalhado, “pois envolve uma grande mudança de cultura nos estabelecimentos de saúde” (BRASIL, 2014), o que remete à necessidade e ao desafio da combinação de ações entre diferentes atores envolvidos na segurança do paciente. O envolvimento do cidadão na segurança do seu cuidado de saúde pressupõe a noção do direito à saúde, à informação, a corresponsabilidade, a formação de vínculos solidários e a parceria de todos os atores.

As ouvidorias hospitalares acolhem relatos que podem se referir a possíveis falhas de segurança no atendimento ao paciente. Tais situações vão desde a queda do paciente até a administração e/ou dispensação inadequada de medicamentos. Esses relatos ficam restritos ao fluxo usual das ouvidorias e, por muitas vezes, são categorizados como uma insatisfação com o profissional de saúde. Deixa-se de observar esses relatos como uma possibilidade de análise de um evento adverso, conforme descrito no Quadro 1.

Tratar os pacientes e familiares como parceiros para a melhoria da segurança no cuidado requer também a ampliação e facilitação do canal para que essa comunicação seja exercida. Em análise preliminar observa-se que os canais onde o cidadão pode realizar uma notificação são os institucionais, de difícil acesso e pouco divulgados.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Ouvidorias no Sistema Único de Saúde**

No âmbito mundial, o fortalecimento da institucionalização democrática durante a década de 1980 e o avanço da redemocratização nos países latino-americanos favoreceram o cenário de participação da sociedade nas decisões dos interesses públicos. Segundo LYRA (2014, p. 19),

A expansão das ouvidorias está estreitamente relacionada com a nova sociabilidade política que se disseminou, em todo país, [...] a partir da resistência de setores crescentes da sociedade brasileira ao regime militar [...] Estes movimentos fizeram transportar as experiências de participação cidadã para o ordenamento jurídico institucional.

No Brasil, as experiências de participação popular começam a ser disseminadas por meio de quatro instrumentos: as consultas populares, o orçamento participativo, as audiências públicas, os conselhos gestores e as conferências. Esses mecanismos de participação do cidadão interagem com a administração pública na formulação das políticas públicas. Pode-se citar um quinto instrumento de participação popular, que são as ouvidorias. Conforme LYRA (2014),

As ouvidorias, a despeito de não terem sido contempladas na Carta Magna [...] são, também, produto do protagonismo alcançado pela sociedade civil, cujos anseios de participação vêm impondo, progressivamente, um novo relacionamento entre o cidadão-usuário dos serviços públicos e o Estado.

As ouvidorias do SUS surgem em contexto e trajetória de estímulo à participação social. A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 2003 aponta propostas para a criação dos serviços de ouvidoria na saúde pública. O mesmo ocorreu nas conferências seguintes: 13ª CNS e 14ª CNS, realizadas nos anos de 2007 e 2011, respectivamente. Em 2003, é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e, em sua estrutura, o Departamento-Geral de Ouvidorias do SUS, com o objetivo de implementar e coordenar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS.

Segundo CARVALHO (2014), “a participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços, e coletivamente, por meio de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde”. Os serviços de ouvidoria recaem na representação do indivíduo, na medida em que sua participação pode induzir à correção de ações inadequadas que afetam uma coletividade. É pela participação e interesse individual que uma manifestação tem potencial transformador para a coletividade. Ao se transformar em ação coletiva, poderá mudar processos e melhorar a qualidade no atendimento à saúde. Essa retroalimentação fortalece a gestão participativa.

Em 2011, a Lei nº 8.080/1990 é normatizada pelo Decreto nº 7.508, que em seu Artigo 37 descreve diretrizes básicas para a garantia da gestão participativa, entre as quais: “I – estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria”. Assim, no âmbito do monitoramento e da avaliação do sistema, a ouvidoria consegue contribuir a partir da visão do usuário, estabelecendo a comunicação entre o cidadão e o poder público de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução do problema.

Em 2022, existiam quase 4.200 serviços de ouvidorias do SUS, organizados nas três esferas de governo de todo o país, incluindo as ouvidorias hospitalares, conforme demonstrado na Tabela 1.

---

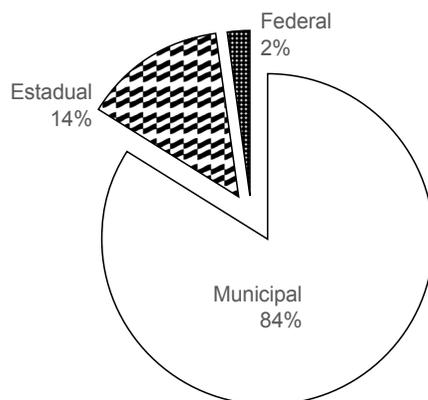
**Tabela 1 – Total de ouvidorias do SUS implantadas por esfera governamental – Comparativo 2018/2022**

<b>ESFERA / ANO</b>	<b>2018</b>	<b>2022</b>
Federal	50	79
Estadual	308	583
Municipal	1.564	3.515
Total Geral	1.922	4.177

Fonte: Coordenação da Rede de Ouvidorias do SUS – Corede/Dinteg/MS. Projeto Rumo ao Zero – Dados atualizados em 06/02/2023. Elaboração própria.

Ressalta-se o percentual de ouvidorias na esfera municipal, o que demonstra a capilaridade desses serviços, conforme o Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Percentual de ouvidorias por esfera governamental**



Fonte: Coordenação da Rede de Ouvidorias do SUS – Corede/Dinteg/MS. Projeto Rumo ao Zero – Dados atualizados em 06/02/2023. Elaboração própria.

No Estado do Rio de Janeiro foi realizado um processo de descentralização dos serviços de ouvidoria. Em 2012, apenas 28% dos municípios possuíam ouvidorias do SUS. Já em 2022, esse percentual subiu para 88%. Com relação à estrutura da Secretaria de Estado de Saúde, mais de 85% dos hospitais contam com ouvidorias.

As ouvidorias do SUS utilizam o sistema informatizado OuvidorSUS, que permite a categorização e organização dos dados coletados pelos serviços de ouvidoria. O sistema é organizado por temas referentes à assistência à saúde, consulta/atendimento/tratamento, cirurgias, armazenamento de células-tronco, diagnóstico, sangue e hemoderivados, vigilância sanitária, estabelecimento de saúde bucal, dentre outros.

Observa-se que existe uma aproximação entre os temas cabíveis de notificação no Notivisa (incidentes/eventos adversos), apresentados no Quadro 1, e as categorizações das manifestações apresentadas no Sistema OuvidorSUS que são passíveis de registro (reclamações e denúncias) nas ouvidorias hospitalares.

## **2.2 Envolvimento do Paciente na Sua Própria Segurança**

O envolvimento do cidadão nos cuidados de saúde está relacionado com modelos que utilizam a centralidade do cuidado no paciente e a integralidade da assistência, em detrimento do modelo biomédico, que tem a doença como foco principal. A integralidade é um princípio do SUS que garante ao usuário a atenção centrada no indivíduo, sua família e na comunidade.

Para viabilizar e assegurar que a voz do paciente esteja presente no centro do debate da saúde, a OMS definiu o programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). No Brasil, a Anvisa lançou em 2012 o projeto Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, em consonância com as premissas da OMS, que orienta pacientes, familiares e cuidadores sobre como fazer notificações ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014) enfatiza que o eixo “envolvimento do cidadão na sua segurança” é o mais difícil a ser desenvolvido por implicar mudança de cultura nas organizações de saúde. Curiosamente, para não dizer contraditoriamente, o documento orientador dedica somente uma página para introduzir essa temática.

O presente artigo apoia-se no trabalho das autoras SANTOS e GRILO (2019) para avançar na discussão sobre o envolvimento do paciente nos cuidados de saúde. Elas defendem a existência de três perspectivas, a saber: do paciente, do profissional de saúde e da organização.

Na perspectiva do paciente é possível considerar quatro áreas principais para o seu envolvimento: a tomada de decisão em questões médicas de diagnóstico e tratamento, a monitorização dos procedimentos do diagnóstico e tratamento, a identificação e relato de complicações e de eventos adversos e a participação em ações abrangentes de segurança do paciente no âmbito institucional (SANTOS; GRILO, 2019).

No que diz respeito aos relatos de eventos adversos, as autoras trazem que

[...] os pacientes não só demonstravam ter consciência de eventos que não foram reportados como, comparativamente, indicavam a ocorrência de um número maior desses eventos. [...] apesar de questões como a possível confusão por parte dos pacientes entre eventos adversos e situações de diminuída qualidade de prestação [...] parece [...] claro que os pacientes internados estão despertos para as questões de segurança e podem ser parceiros na identificação de situações de risco. (SANTOS; GRILO, 2019)

A segunda perspectiva para o envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde é a dos profissionais de saúde. Essa perspectiva é focada primordialmente no modelo centrado no paciente, em que ele é incluído em todas as fases do processo (SANTOS; GRILO, 2019).

Como última perspectiva temos a das organizações ou dos serviços. O principal ponto a ser discutido é sobre a construção de uma cultura de segurança centrada no paciente, em que as atitudes dos profissionais e as rotinas adotadas promovam a qualidade no atendimento, repercutindo na satisfação dos pacientes.

Trata-se de um processo que requer tempo, pois depende do estabelecimento de relações baseadas na comunicação aberta e na confiança mútua entre líderes, administradores, restantes membros da organização e pacientes. Não admira, portanto, que essa mudança origine certo grau de desconforto no seio de algumas organizações. (SANTOS; GRILO, 2019)

Importante ressaltar que o modelo centrado no paciente requer uma intensa interação entre os atores envolvidos nos cuidados à saúde e uma mudança de paradigma do modelo biomédico e hospitalocêntrico que ainda é adotado por várias organizações hospitalares.

Por ser instância transversal na organização de saúde, que atua interagindo com os diversos setores, a ouvidoria tem como função “intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua” (BRASIL, 2014). Nesse sentido, podemos sugerir que as ouvidorias hospitalares podem ter um papel contributivo para a valorização da cultura da segurança do paciente.

### 2.3 Método

Entende-se que, ao analisar a notificação de eventos adversos pelo cidadão, a partir da atuação das ouvidorias hospitalares do SUS, adentra-se um campo de pesquisa pouco explorado e passível de construção de conhecimento. Dessa forma, a escolha pela pesquisa exploratória, tendo como objetivo uma revisão integrativa, permitiu maior aproximação com as temáticas do presente estudo (GIL, 1999).

Relacionando as etapas do processo para a elaboração de uma revisão integrativa, a pesquisa foi iniciada com a definição da questão norteadora, a busca e seleção de estudos relevantes e a avaliação crítica dos estudos, finalizando com a coleta e síntese dos dados.

O tema proposto coloca em tela a principal questão dessa discussão, que é refletir sobre a contribuição das ouvidorias hospitalares como agentes de promoção do envolvimento do paciente e familiares na segurança dos cuidados de saúde e na notificação de eventos adversos durante as internações.

Foram identificados, assim, quatro termos que serviram de base para a busca de artigos preliminares para esse estudo, sendo eles: ouvidoria, reclamações/queixas, paciente/familiares e evento adverso, considerando também suas combinações na língua inglesa, quais sejam: *ombudsman, complaints, patient/family e adverse event*.

Importante esclarecer que existe uma vasta bibliografia, em separado, sobre os temas centrais dessa discussão: evento adverso e ouvidorias do SUS. A intenção, no entanto, foi interagir com a associação desses dois termos e, por esse motivo, fez-se a busca utilizando possíveis combinações dos quatro elementos acima citados. A pesquisa foi realizada utilizando os seguintes critérios: título, resumo, assunto e texto disponível.

Como critério de inclusão foram selecionados artigos publicados após a edição, em 25 de julho de 2013, da RDC nº 36, que, pela primeira vez, trouxe a possibilidade da notificação do cidadão nos módulos de Assistência à Saúde e do sistema Notivisa. A primeira notificação realizada por um cidadão ocorreu em março de 2014 (informação obtida na Anvisa, por meio da Lei de Acesso à Informação). Dessa forma o período de análise foi realizado entre os anos de 2014 e 2019, sendo este o ano do último relatório publicado com as análises de notificações de incidentes registradas pelo cidadão (BRASIL, 2019).

O próximo passo foi realizar a pesquisa, com os critérios já descritos, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Como resultado inicial, foram obtidos 68 estudos, sendo que somente 11 deles enquadravam-se nos critérios estabelecidos. Dos 11, 4

estavam listados em duas bases de dados e não foram selecionados. O Quadro 2 apresenta os 7 estudos elencados, em sua maioria em língua inglesa e 1 em língua espanhola.

**Quadro 2 – Títulos e assuntos dos estudos selecionados para a pesquisa**

TÍTULO		ASSUNTO
1	<i>Is Imperfection Becoming Easier to Live With for Doctors?</i>	Melhoria no enfrentamento dos eventos adversos e reclamações por médicos.
2	The Impact of Information Culture on Patient Safety Outcomes	O impacto da cultura de informação nos resultados de segurança do paciente.
3	<i>Analysis of the Adverse Events Reported to the Office of the Clinical Director at a Dental School in Bogota, Colombia</i>	Análise de queixas de pacientes sobre eventos adversos na Odontologia em Bogotá, Colômbia.
4	<i>Análisis de las reclamaciones de pacientes em Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica</i>	Análise da prevalência e dos problemas de segurança clínica contidos nas queixas feitas pelos pacientes e usuários da Atenção Primária.
5	Diseno y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente	Elaboração e validação de questionário baseado em boas práticas para avaliar a perspectiva do paciente em relação à segurança nos serviços de emergência.
6	<i>Adverse Drug Event Nonrecognition in Emergency Departments: An Exploratory Study on Factors Related to Patients and Drugs</i>	Estudo exploratório em um pronto-socorro buscando identificar os fatores associados ao não reconhecimento de eventos adversos no atendimento na emergência.
7	<i>Identification of Doctors at Risk of Recurrent Complaints: A National Study of Healthcare Complaints in Australia</i>	Identificação da distribuição de queixas formais dos pacientes na força de trabalho médica da Austrália e das características dos médicos com maiores chances de incorrer em queixas recorrentes.

Fonte: Elaboração própria.

Não foram encontrados artigos na língua portuguesa que contemplassem a pesquisa proposta. Dessa forma, as reflexões desenvolvidas foram baseadas nos artigos encontrados na pesquisa e demais literaturas que nortearam este estudo.

## **2.4 Possibilidades de Atuação das Ouvidorias Hospitalares na Promoção da Notificação de Eventos Adversos**

Com o resultado da pesquisa realizada na base de dados, foi possível identificar itens relevantes que possibilitaram a reflexão sobre a atuação das ouvidorias no intuito de estimular a notificação de incidentes/eventos adversos pelos pacientes ou seus familiares.

FØRDE e AASLAND (2017) discutem a reação dos médicos quando envolvidos em situações de incidentes/eventos adversos. A pesquisa evidenciou que médicos mais jovens têm maior confiança em relatar seu envolvimento em incidentes no local de trabalho em comparação com colegas mais velhos, o que pode ser resultante de uma mudança de cultura no ambiente hospitalar. Ressaltam que os médicos com menos de cinquenta anos apresentam-se mais preparados para o enfrentamento nas resoluções de eventos adversos. O texto sugere que esse fato pode ser devido a “um melhor acompanhamento em seu local de trabalho”. Outro dado é que a informação ao paciente e o acolhimento ao profissional após a ocorrência de um incidente devem fazer parte da cultura hospitalar e, dessa forma, ser objeto de aprendizagem.

Na experiência das ouvidorias do SUS, a reação dos profissionais de saúde diante de uma reclamação ou denúncia de possível incidente no atendimento prestado nos cuidados de saúde ainda é muito reativa. Relaciona-se com o entendimento de que, ao evidenciar uma falha, o profissional de saúde poderá ser culpabilizado. Deixa-se de perceber que, quando um problema é apresentado à ouvidoria, o objetivo maior é que ocorram melhorias no serviço.

Assim sendo, a comunicação ou a falta dela é um dado frequentemente presente nas manifestações acolhidas pelas ouvidorias e foi tema recorrente nos artigos estudados. Muitas reclamações são geradas por problemas de comunicação e má relação médico-paciente, o que resulta na diminuição de confiança que o paciente poderia apresentar para contribuir nas decisões do seu tratamento (JYLHÄ *et al.*, 2017; HUERTAS *et al.*, 2017; FØRDE e AASLAND, 2017).

A pesquisa de JYLHÄ *et al.* (2017) conclui que as habilidades de comunicação com os pacientes são essenciais para a tomada de decisão sobre o tratamento e também para a criação de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente. A mesma pesquisa cita a existência de uma integração entre o planejamento pedagógico para a formação do profissional de saúde e a prestação de serviços de saúde, no sentido de criar competências e habilidades desses profissionais para lidar com os pacientes.

A comunicação é um instrumento vital para as ouvidorias. O papel do ouvidor é incentivar e facilitar a comunicação entre os diversos atores (profissionais de saúde, gestores e pacientes), tentando minimizar a ocorrência de falta de comunicação e futuros conflitos. A atuação da ouvidoria não deve ser pensada somente como um elemento descolado da dinâmica hospitalar. O serviço de ouvidoria atua de forma transversal, facilitando o diálogo da gestão e dos profissionais com os pacientes/usuários.

O artigo de BISMARCK *et al.* (2013) descreve a análise da distribuição de queixas diante do

quantitativo de médicos, com o objetivo de identificar o perfil de risco para incorrer em novas reclamações. Os autores concluíram que a atuação para a correção dos problemas é realizada de forma reativa. Outro dado importante nesse artigo é a referência feita aos reclamantes que representam grupos maiores de pessoas insatisfeitas. Esse dado aproxima-se muito do objetivo da prática da ouvidoria: a resolução de casos individuais leva à proposição de mudanças que beneficiam toda uma coletividade.

O conceito de evento adverso também é tratado nos estudos analisados como forma de diferenciar os tipos de incidente. Um incidente relacionado aos cuidados de saúde que não causou dano ao paciente é denominado *near miss*. Fatores pessoais dos profissionais de saúde, falta de adesão às normas, tomadas de decisão inadequadas, distrações relacionadas ao trabalho e má comunicação a respeito dos pacientes são circunstâncias que podem levar ao *near miss*. Essas situações, quando identificadas, podem ser corrigidas em tempo hábil e evitar maiores danos.

Alguns autores ressaltam que os incidentes podem ser evitados em muitas situações. Quando os cuidados mal realizados não causam danos, podem ser considerados um sinal ou até mesmo um evento sentinela (HUERTAS *et al.*, 2017). BISMARCK *et al.* (2013) consideram que a reclamação do paciente pode ser considerada um evento sentinela, um alerta ou sinal para a necessidade de melhoria no serviço de saúde.

Existe consenso na literatura de que muitos eventos adversos são sub-registrados, subnotificados ou nem mesmo registrados. A subnotificação pode ser justificada pela natureza voluntária dos relatos e a relutância dos profissionais (HUERTAS *et al.*, 2017).

Sobre um canal para o registro das manifestações dos pacientes ou seus familiares, a maioria das experiências relatadas nos artigos sinaliza a existência de comitês, conselhos e comissões institucionais responsáveis por receber e resolver reclamações sobre a qualidade dos serviços de saúde (FØRDE e AASLAND, 2017; HUERTAS *et al.*, 2017; BISMARCK *et al.*, 2013).

O estudo de AÑEL-RODRÍGUEZ *et al.* (2015) vai mais além. Afirma a inexistência de procedimentos para o processamento diferenciado das reivindicações sobre as deficiências detectadas pelo paciente no campo da saúde e a existência de canais pouco eficazes para fazer uma reclamação. Esse estudo, realizado na atenção primária de um serviço de saúde no País Basco, analisou que as reivindicações com conteúdo de segurança clínica não foram tratadas de forma diferenciada das demais, perdendo-se, dessa forma, oportunidades de utilização dessas informações para a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

A percepção da segurança sob a visão do paciente foi a temática que GONZÁLEZ-CABRERA *et al.* (2014) analisaram em sua pesquisa. O resultado foi a elaboração de um questionário para avaliar a percepção de segurança do ponto de vista do paciente. O resultado da elaboração e aplicação dessa ferramenta contribuiu para o envolvimento do paciente e para a formação dos profissionais de saúde.

Os textos estudados permitiram destacar a contribuição com a prática das ouvidorias hospitalares, no sentido de refletir sobre o seu papel como agentes de promoção do envolvimento do paciente e familiares na segurança dos cuidados de saúde.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de uma cultura de comunicação no ambiente hospitalar é um ponto fundamental nos cuidados de saúde. Pensar a comunicação para interação entre os profissionais que também proporcione autonomia ao paciente para que ele possa decidir e contribuir para o seu tratamento é primordial para evitar incidentes. Nesse sentido, as ouvidorias hospitalares podem auxiliar na divulgação dos direitos e deveres dos pacientes e na orientação durante o processo de internação hospitalar, como também para uma comunicação mais assertiva.

Como uma primeira aproximação para responder ao questionamento apresentado neste estudo, percebe-se que os sistemas informatizados Notivisa – módulo Cidadão – e OuvidorSUS apresentam temáticas muito semelhantes, o que leva à suposição de que o banco de dados que armazena os dados das ouvidorias do SUS contém informações que podem subsidiar a análise de possíveis incidentes/eventos adversos.

As ouvidorias do SUS são caracterizadas por serem instâncias de escuta, mediação e participação e, tendo essas atribuições, podem atuar como agentes de promoção do envolvimento do paciente e familiares na segurança dos cuidados de saúde e na notificação de eventos adversos durante as internações.

A abordagem aqui apresentada inicia uma discussão que poderá ser mais detalhada em estudos futuros. Atuar contribuindo para a notificação de eventos adversos será um desafio a ser enfrentado por centenas de profissionais que lidam diariamente com os pacientes e seus familiares nas ouvidorias hospitalares. Para tal, será necessário o realinhamento de processos operacionais e a capacitação dos profissionais.

### REFERÊNCIAS

AÑEL-RODRÍGUEZ, R.M.; CAMBERO-SERRANO, M.I.; IRURZUN-ZUAZABAL. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, v. 30, Sep-Oct 2015, p. 220-225: Elsevier España, 2015. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-reclamaciones-pacientes-atencion-primaria-S1134282X15000871>. Acesso em: 1 nov. 2019.

BISMARCK, Marie M.; SPITTAL, Matthew J.; GURRIN, Lyle C.; WARD Michael; STUDDERT, David M. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality & Safety* 2013; 22: 532-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711360/>. Acesso em: 1 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Relatório nacional de análise de notificação de incidentes – Notivisa – Cidadão (mar. 2014 a out. 2019)*. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-notificacao-de-incidentes-notivisa-cidadao-final-11-05-21.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. 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: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 21 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/arquivos/2021/compendio-falando-de-ouvidoria.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_ouvidoria\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf). Acesso em: 30 ago. 2023.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *Participação da comunidade na saúde*. Campinas: Saberes Editora, 2014.

FØRDE, Reidun; AASLAND, Olaf G. Is imperfection becoming easier to live with for doctors? *Clinical Ethics* 12 (1) 31-36, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5375019/>. Acesso em: 1 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONZÁLEZ-CABRERA, Joaquín; FERNÁNDEZ-PRADA, María; RUANO, Rogélio Molina; TRUJILLO, Humberto; PEINADO, José M. *Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente*. Disponível em: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/4716>. Acesso em: 1 nov. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Gerj). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. *Plano Estadual de Segurança do Paciente – 2021-2025*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM3Mzc%2C>. Acesso em: 13 jul. 2023.

HUERTAS, María F.; GONZÁLEZ, Juliana; CAMACHO, Sandra M.; SARRALDE Ana L.; RODRÍGUEZ, Adriana. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia. *Odontol Latinoam*, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8a3e/0013ddc9460386ca5c9d5585ca7a-d686b79f.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2019.

JYLHÄ, Virpi; MIKKONEN, Santtu; SARANTO, Kaija; BATES, David W. The Impact of Information Culture on Patient Safety Outcomes. *Methods Inf Med*. 2017; 56(Open):e30–e38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388883/>. Acesso em: 1 nov. 2019.

LYRA, Rubens Pinto (org.). *A ouvidoria pública no Brasil: modelos em disputa*. João Pessoa: UFPB, 2014.

MENDES JÚNIOR, W. V.; NORONHA, J.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; LAJOLO, C.; CALDAS, B.; PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; QUADROS, A.; PEIREIRA, T. R.; APRATO, C. *Relatório Final QualiSUS*. Proqualis, 2013. Disponível em: [https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ\\_2013.pdf](https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf). Acesso em: 8 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Trabalhando juntos pela saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p.

SANTOS, Margarida C.; GRILO, Ana M. Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégias. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (orgs.). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

TRAVASSOS, Claudia; CALDAS, Bárbara. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf). Acesso em: 30 ago. 2023.