



CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Departamento de Ciência Política – Mestrado Profissional em Políticas Públicas

LÚCIA DE SOUZA LEMOS

**AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO REPERCUTEM
NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE? Um
estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de
Pernambuco (HC-UFPE)**

Recife

2021

LÚCIA DE SOUZA LEMOS

AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO REPERCUTEM NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE? Um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE)

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.

Área de concentração: Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Leon Victor de Queiroz Barbosa

Recife

2021

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

L557p Lemos, Lúcia de Souza.
As pesquisas de satisfação do usuário repercutem na efetivação das políticas públicas de saúde? : um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) / Lúcia de Souza Lemos. – 2021.
71 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Leon Victor de Queiroz Barbosa.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2021.
Inclui referências e anexo.

1. Política pública. 2. Controle social. 3. Pesquisa de satisfação. 4. Transparência ativa. 5. Ouvidorias. I. Barbosa, Leon Victor de Queiroz (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-193)

LÚCIA DE SOUZA LEMOS

AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO REPERCUTEM NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE? Um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE)

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.

Aprovada em: 01/06/2021.

Prof.^o. Dr. Leon Victor de Queiroz Barbosa (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a. Mariana Batista da Silva (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a. Luciana da Conceição Farias de Santana (Examinadora Externa)

Ao Infinito, como contribuição de uma célula do seu sistema, cada vez mais consciente de que a sua simples existência altera a configuração Universal. Que seja para melhor.

AGRADECIMENTOS

A todos que compartilharam comigo esta caminhada tão rica, na qual as paisagens que se seguiam me instigavam a novas descobertas. Que passeio maravilhoso!

À Universidade Federal de Pernambuco, que me proporcionou com gratuidade o acesso a um curso de tamanha qualidade. Ao Hospital das Clínicas da UFPE, que sempre serviu de base para o aprendizado e desenvolvimento das melhores teorias e práticas da minha vida profissional, e aos colegas de trabalho, nos quais sempre encontrei apoio e incentivo, por vezes, até, abrindo mão da minha participação intensiva na lida diária. Gratidão especial a Roberto, que mais do que incentivou, insistiu para que eu realizasse este mestrado, e a Isabel, que se deixou capturar e envolver pelo mesmo desafio, não permitindo o meu esmorecimento diante de certas adversidades impostas, tanto pelo curso como pelo trabalho e pela vida.

Ao Departamento de Ciência Política da UFPE e ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas, nas figuras dos professores, mestres e doutores que nos iluminaram ao compartilharem conosco os seus mais diversos saberes, instigando em nós o espírito crítico e inquieto, ao ponto de nos reposicionar no universo, ou frente a ele. No pouco tempo de convivência, nos brindaram com atitudes generosas e nobres que nos comoveram e inspiraram. Aqui, dedico destaque ao Prof. Ms. Leon Victor de Queiroz Barbosa, que aceitou assumir minha orientação para a confecção desta dissertação, com rigor e precisão técnica, sempre prezando pela presteza e gentileza, o que, na conjuntura pandêmica atual, adquiriu especial valor para mim. Por seu intermédio, conheci Ramon Henrique L. Ramos, doutorando que me deu importantes sugestões neste estudo.

O ambiente acadêmico também me presenteou com colegas/irmãos, aos quais também agradeço, pela flexão feita por cada um em direção ao outro, não havendo momento em que estivéssemos totalmente sós. Sempre surgia uma mão a nos erguer, um ombro a nos apoiar, uma palavra a nos incentivar. Cada um tem espaço garantido no meu coração e na minha mente. Referência especial a Enes que, apesar de ter sido uma das primeiras a concluir o curso, segue incansável no apoio técnico aos remanescentes.

Aos amigos fiéis, da vida inteira que, apesar da distância física imposta pela necessidade de me dedicar aos estudos e pela pandemia de COVID-19, vigente no mundo, nunca duvidaram da minha amizade, respeito, admiração e saudade, reforçando a alegria por mais esta luta e conquista, demonstrando reciprocidade dos sentimentos que lhes dedico.

Finalizo os agradecimentos me dirigindo à essência de todo o meu ser: minha família. Ponto de partida para eu querer ser alguém melhor a cada dia, por quem eu busco agregar valores, aparar arestas e me lapidar continuamente. Aos meus pais, Jaidete e Marcos, que sempre investiram esforços para uma boa educação dos filhos e permanecem como paradigmas nas nossas vidas; aos meus irmãos, tios e primos, que sempre me apoiaram nas lutas da vida, mãos para sempre entrelaçadas no fortalecimento dos laços familiares. Num dado momento da minha vida, fui surpreendida pelo amor do meu companheiro, Evaldo, a quem devoto gratidão pelo alicerce do nosso núcleo familiar, em forma de carinho, gentileza, presença, disponibilidade, alegria e paciência, além do suporte técnico, sempre estimulando o meu crescimento global. Da mesma forma, também agradeço às minhas filhas, Maria Alice e Heloísa, por acreditarem na minha capacidade de retomar os estudos e incentivarem esta conquista, ao mesmo tempo em que nos orgulham com suas próprias vitórias e sonhos de contribuírem para um mundo mais justo.

RESUMO

Esta obra tem por objetivo saber se as Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU) são ferramentas utilizadas na efetivação das políticas públicas de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Busca-se investigar em que medida os gestores do referido serviço público de saúde utilizam os resultados destas pesquisas, de forma concreta, no momento da instituição dos seus atos normativos. Para tanto, este estudo reuniu os dados das PSU, desenvolvidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), entre os anos de 2015 e 2019. Os temas abordados nas PSU foram utilizados como guia na busca de vínculo entre eles e o conjunto dos atos normativos emitidos pela instituição, no mesmo período, extrapolando para o semestre imediatamente posterior à última PSU. Encontrar o reflexo da voz dos usuários do hospital no repertório das deliberações oficiais dos gestores simbolizaria uma atitude de deferência à participação cidadã. Como método de pesquisa, foi desenvolvido um estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, pautado em abordagem quantitativa. No desenvolvimento do trabalho, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, além dos dados secundários anteriormente citados. Os resultados sugerem que o uso das PSU, no que tange aos atos oficiais publicados, não é de praxe na consideração das decisões dos gestores.

Palavras-chave: Controle Social; Pesquisa de Satisfação do Usuário; Política Pública; Transparência Ativa; Ouvidoria.

ABSTRACT

This work aims to know if the User Satisfaction Surveys (USP) are tools used in the implementation of public health policies of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE). It seeks to investigate the extent to which the managers of this public health service use the results of these studies, in a concrete way, at the time of the establishment of their normative acts. To this end, this study gathered data from the USPs, developed at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE), between 2015 and 2019. The themes addressed in the USP were used as a guide in the search for a link between them and the set of normative acts issued by the institution in the same period, extrapolating to the semester immediately after the last USP. Finding the reflection of the voice of hospital users in the repertoire of the official deliberations of managers would symbolize an attitude of deference to citizen participation. As a research method, a case study of exploratory and descriptive character was developed, based on a quantitative approach. In the development of the work, bibliographic and documentary research was carried out, in addition to the secondary data previously mentioned. The results suggest that the use of USP, with regard to official acts published, is not common in the consideration of managers' decisions.

Keywords: Social Control; User Satisfaction Survey; Public policy; Active Transparency; Ombudsman.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA INFRAESTRUTURA E ATENDIMENTO DO HC-UFPE, CONFORME AS PSU.....	48
GRÁFICO 2 - PROGRESSÃO DAS AVALIAÇÕES DO HC-UFPE, DE ACORDO COM AS PSU.....	49
GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DAS PSU CITADAS NAS PORTARIAS DO HC-UFPE.....	53
GRÁFICO 4 - PORTARIAS E SUA RELAÇÃO COM TEMAS DAS PSU.....	54

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	COMPONENTES DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
QUADRO 2 -	DIMENSÕES QUE INTERFEREM NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PELOS CLIENTES.....	35
QUADRO 3 -	ASPECTOS E DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DAS PSU DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	47
QUADRO 4 -	TÍTULOS DAS PORTARIAS PUBLICADAS PELO HC-UFPE ENTRE 2015 E 2019.....	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	TAXA DE USUÁRIOS SATISFEITOS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HC-UFPE.....	48
TABELA 2 -	TEMAS DE MAIOR INCIDÊNCIA NAS PORTARIAS DO HC-UFPE ENTRE 2015 E 2019.....	51
TABELA 3 -	PORTARIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES CONTEMPLADAS NAS PSU.....	52
TABELA 4 -	PERCENTUAL DE PORTARIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES CONTEMPLADAS NAS PSU, POR ANO.....	52
TABELA 5 -	TAXA DE INCIDÊNCIA DAS PORTARIAS EM RELAÇÃO ÀS DIMENSÕES DAS PSU.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
BS	Boletim de Serviço
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CGU	Controladoria Geral da União
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DOG	Departamento de Ouvidora-geral
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
e-SIC	Sistema Eletrônico de Informação ao Consumidor
Fala.BR	Sistema de Comunicação Eletrônica com o Governo Federal
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
LAI	Lei de Acesso à Informação
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OuveUFPE	Sistema de Ouvidorias da Universidade Federal de Pernambuco
PSU	Pesquisa de Satisfação do Usuário
RNOHUF	Rede Nacional de Ouvidorias dos Hospitais Universitários Federais
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	17
2.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	20
2.2	AS OUVIDORIAS PÚBLICAS.....	27
2.3	COMUNICAÇÃO TRANSPARENTE E PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	31
3	METODOLOGIA.....	37
4	LOCAL DA PESQUISA.....	41
4.1	A INSTITUIÇÃO.....	41
4.2	A OUVIDORIA.....	42
5	CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	45
5.1	AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO HC-UFPE.....	45
5.2	OS BOLETINS DE SERVIÇO E AS PORTARIAS.....	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXO A – MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	67

1 INTRODUÇÃO

A sociedade civil, como receptora principal das políticas públicas em um Estado democrático, deve atuar como grupo de interesse na definição, elaboração e controle de políticas públicas. Neste sentido, o desafio das instituições representantes e dos dispositivos legais é investir os cidadãos da capacidade de agir na defesa dos próprios interesses e da comunidade representada, entendendo os fatores que possam colaborar com o Estado no desenvolvimento de potencialidades para executar as políticas públicas (RAMAGEM, 2020).

Como instrumento de construção da justiça social no Brasil, a Constituição Federal de 1988 consolidou a proteção de vários direitos fundamentais, os quais, através da sua contínua evolução, foram abrangendo várias gerações ou dimensões importantes aos seres humanos. Para o nosso estudo, destacamos, na primeira dimensão, o direito de controlar os atos estatais, como a participação do indivíduo no processo do poder político (TAVARES, 2003, p. 369). Na segunda dimensão, dentro dos direitos positivos, por reclamarem a presença do Estado em ações voltadas à minimização dos problemas sociais (ARAÚJO, 2005, p. 116), estão os direitos econômicos, sociais e culturais que devem ser prestados pelo Estado por meio de políticas de justiça distributiva. De acordo com Osvaldo Carvalho (2019, p. 773), “é por meio das políticas públicas que o Estado concretiza os direitos fundamentais, sobretudo os direitos sociais”.

Sabe-se, no entanto, que inserir a vontade popular nas decisões das políticas públicas de forma direta envolve desafios. Porém, para enfrentamento das barreiras existentes à legitimação de direitos, as instituições democráticas buscam estratégias de inserção da população nas tomadas de decisão e fiscalização das políticas públicas, reconhecendo, como defendem Struecker e Hoffman (2017), que os próprios processos participativos podem apresentar soluções para mitigar os desafios associados à participação social. Assim, também toma vulto a ideia de que a inovação é um elemento essencial para enfrentar os percalços e desafios inerentes à proposição de políticas públicas (PFOTENHAUER, 2019) que no passado adotaram outra orientação e, atualmente, necessitam de novo arranjo criativo e, em muitas situações de instâncias intercessoras.

Vale ressaltarmos aqui a crítica de Nayaria Santos (2019, p. 49):

Em uma democracia, por meio de seus representantes, agentes políticos e demais agentes públicos, os cidadãos participam da orientação da implementação de políticas públicas. No entanto, no Brasil, em geral, os agentes públicos não consideram a opinião dos cidadãos na formulação de políticas públicas; pelo contrário, priorizam seus próprios interesses. Assim, criam programas cujos resultados e impactos não são efetivos para a sociedade.

Assumindo o papel de representar a vontade dos cidadãos perante os serviços públicos nota-se, com destaque, a ação dos Tribunais de Contas, do Ministério Público e do poder Judiciário, agindo no cenário político e social do Brasil como intercessores para a legitimação de direitos assegurados pela Constituição. No âmbito institucional, a fim de facilitar o acesso da população, atuando como ferramenta da gestão pública, abrindo caminho para o controle social e para o aperfeiçoamento da qualidade das ações e dos serviços prestados, surgiram as Ouvidorias, hoje presentes na maioria das instituições públicas.

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), a Ouvidoria se destaca como um importante canal de expressão da população, atuando em duas frentes. A primeira é a transparência passiva, que tem por objetivos receber, analisar, encaminhar e responder ao cidadão quanto às demandas suscitadas, figurando como difusora da voz do cidadão, facilitando o seu contato com instâncias antes inacessíveis dentro da instituição.

A segunda vertente é a transparência ativa, por meio da qual a Ouvidoria se adianta à demanda dos usuários, buscando, produzindo e disponibilizando, em meios físicos e virtuais, dados considerados importantes à comunidade. Uma forma de obter estes dados são as Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU), iniciadas em 2014 na instituição e interrompidas desde o segundo semestre de 2019 pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), gestora deste hospital universitário.

Dentre o vasto cenário das políticas públicas, será dado destaque a uma política social de grande relevância para a população: o Sistema Único de Saúde (SUS), focalizando especialmente uma das suas diretrizes, a participação popular, e atendendo à proposta de Lindblom (1981), que defende o método incrementalista de análise de política, relacionado à micropolítica e sua busca contínua por soluções para os problemas mais urgentes da sociedade, de maneira a identificá-los de forma específica e pontual, produzindo consensos, evitando provocar rupturas.

Esta análise, ao envolver negociação, também responde ao modelo de sistema, descrito por Thomas Dye (1981), no qual há uma resposta de um sistema político que, para se autopreservar, deve responder a forças produzidas no ambiente e gerar um conjunto de estruturas e processos inter-relacionados, alocadores de valores para a sociedade.

Ao salientar as PSU do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) como instrumento capaz de reduzir a distância entre os cidadãos e a gestão pública, busca-se perceber seu reflexo na publicação de atos (portarias) pela superintendência da

instituição, o que denotaria consideração da voz dos usuários em cumprimento à diretriz participativa defendida na Carta Magna.

Esta dissertação se insere no campo de análise das políticas públicas e se trata de um estudo de caso de natureza quantitativa e caráter exploratório-descritivo, apoiando-se em dados secundários gerados pela Superintendência do HC-UFPE, através de suas Portarias, e pela Ouvidoria deste hospital, responsável pela realização das Pesquisas de Satisfação do Usuário, ambos publicados no site da instituição durante o período de 2015 a 2019.

As reflexões e análises apresentadas nesta dissertação encontram-se dispostas em cinco partes. No capítulo 1 encontram-se as referências teóricas utilizadas como base da pesquisa. A metodologia é abordada no capítulo 2. O capítulo 3 apresenta informações acerca da instituição e da unidade nas quais se desenvolveu a pesquisa. No capítulo 4 é realizada a imersão do leitor no contexto das Pesquisas da Satisfação dos Usuários e das Portarias publicadas pelo HC-UFPE durante o período estudado, ao mesmo tempo em que os dados são expostos e analisados. O capítulo 5, como desfecho, apresenta as considerações finais deste estudo.

Espera-se que esta dissertação contribua com a evolução constante das políticas públicas, em especial, no âmbito da saúde e do controle social, as quais devem sempre caminhar em busca da superação dos hiatos entre a letra e a prática, perseguindo o modelo pluralista de gestão da administração pública de Leonardo Secchi (2014, p. 99), onde não há predominância de um ator ou um grupo, e “todos conseguem influenciar, de alguma maneira, as decisões e os caminhos tomados pela comunidade política”.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao se pressupor a considerável abrangência das políticas públicas, talvez pudéssemos dispensar maiores explicações ao seu respeito. Entretanto, pesar de encontrarmos seus reflexos em todos os campos da sociedade, sua consciência ainda se revela diluída e fluida na maioria dos círculos sociais. Assim, ponderando-se que este conteúdo se destina, não apenas a cientistas políticos, mas também a profissionais de saúde, de administração, de gestão e outros interessados, importa esclarecer alguns aspectos conceituais.

A Política Pública é uma subárea contida na Ciência Política. Seu marco inicial mundial localiza-se em 1951, com a edição do livro “The Policy Science”, de David Lerner e Harold Lasswell (DIAS e MATOS, 2012; SECCHI, 2020). Entretanto, de acordo com os mesmos autores, apenas na década de 1970 passou a ter expressão no Brasil e, com maior significância após o advento da Constituição de 1988 que, entre outros elementos, impulsionou a construção do arcabouço legislativo necessário ao desenvolvimento notório das políticas públicas.

No entanto, é indiscutível que a consolidação da Carta Constitucional foi resultado de vários embates travados pela população, contra interesses elitistas. Desde então, legou-se aos movimentos sociais de diversos matizes um amparo na busca incessante por melhorias das condições de vida das pessoas, fortalecendo o surgimento de conselhos de gestores de políticas (NUNES; CANÇADO, 2020), locais representativos, de discussão e deliberação de estratégias em diversas áreas de interesse social.

Desta forma à medida que a população passou a tomar consciência da importância das políticas públicas, elas se destacaram nos governos e passaram a ser objeto de conflitos de interesses na arena política, pelo seu poder de definir para onde, como e quando os recursos disponíveis devem ser destinados, sejam estes recursos financeiros, humanos, tecnológicos ou ambientais. Tal decisão acaba por fortalecer certos grupos, ao determinar também quem ganha o quê, por que e que diferença faz (LASSWELL, 1936).

Lucchese (2002, p. 3) define as políticas públicas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. Desta forma, como esclarece Schmidt (2019, p.122), “designam iniciativas do Estado (governos e poderes públicos) para atender demandas sociais referentes a problemas políticos de ordem pública ou coletiva”, completando com a declaração de que “são o campo de luta em que se definem os contornos do que está à disposição de todos e do que é objeto de lucro” (SCHMIDT, 2019, p. 124). Assim, as políticas públicas refletem nas inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade,

compondo um sistema que recebe contribuições (*inputs*) dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, interferindo nos seus resultados e efeitos (*outputs*) (EASTON, 1965).

Ao discorrer sobre políticas públicas, Rua (2014, p. 7) ressalta a descrição feita por O'Donnell e Schmitter no ano de 1988: “instâncias empíricas do Estado em ação”, e enfatiza que as políticas públicas são produtoras de conflitos e interesses ao lidarem com a elaboração de propostas, deliberações e sua efetivação pelas instituições públicas, afetando diretamente assuntos de interesse da coletividade, enquanto que, na perspectiva de Secchi (2014, p. 1), uma política pública pode ser definida como “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e se fundamenta em dois elementos: intencionalidade pública e resposta a um problema público”.

Recorrendo a termos do inglês para distinguir os termos política e política pública, Rua (2014, p. 16) explica que a política (*politics*) se expressa nas relações de poder que influenciam o comportamento das pessoas para atingir ou gerar uma solução pacífica de conflitos próprios das decisões públicas. Em contrapartida, política pública (*policy*) é a formulação de propostas, tomada de decisões que afetam a coletividade, e sua implementação por organizações públicas, mobilizando interesses e conflitos. Em resumo, política pública (*policy*) é a ação do governo a partir do processo da política (*politics*) (RUA, 2014, p. 17).

Entretanto, mesmo que uma política pública implique decisão política, isto não significa que toda decisão política atinge o patamar de uma política pública. Como explicado a seguir:

Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando - em maior ou menor grau - uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis (RUA, 2014, p. 17).

Assim, cabe ao Estado, como representante máximo da sociedade, e, especificamente nas democracias, empenhar-se na compreensão e atendimento das necessidades da população, além de incentivar o exercício da cidadania de forma participativa, direcionando suas ações para a ampliação do bem-estar social, em contraposição aos interesses de grupos essencialmente econômicos. Tais grupos dedicam-se a competir por nichos lucrativos, os quais surgem sempre que o Estado se omite de áreas fundamentais, como educação, segurança, justiça e saúde.

Neste sentido, Rodrigues (2013) defende que a democracia só existe quando o Estado está a serviço dos próprios atores sociais e não somente do país e da nação. Para ele, independentemente do nível de civilização em que um povo possa se encontrar, para ser livre e democrático deve viver e experimentar a democracia.

O povo participativo (o *homo democraticus*) fortalece o regime democrático, e a democracia voltando-se para o povo, dando-lhe as primícias de suas virtudes, fortalece

nele a consciência e o espírito cívicos necessários para a harmonia social. Esse círculo virtuoso é indispensável e constitui-se na força nutriz dos dois pólos (a condição política de existência do cidadão é a democracia, e vice-versa) (RODRIGUES, 2013, n. p.).

Convém salientar que o funcionamento do sistema político não é alvo dos estudos das políticas públicas. De acordo com Araújo e Rodrigues (2017, p.12), o objetivo das análises das políticas públicas é explicar “a lógica da ação pública, as continuidades e rupturas nas políticas públicas, as regras do seu funcionamento, a afetação de recursos e o papel e os modos de interação de atores e instituições nos processos políticos”.

As autoras citam, entre diversos modelos de análise, o modelo incrementalista, tomado por base neste estudo:

No seu modelo analítico, Lindblom (1959: 84-86) defende que o processo de decisão política tem as seguintes características: (i) é construído passo a passo, através de mudanças incrementais, com base em políticas preexistentes; (ii) envolve ajustamentos mútuos e negociação, e (iii) não é uma solução final para os problemas, é apenas um passo que, quando é bem-sucedido, pode ser seguido de outros (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 15).

Dalfior *et al* (2015, p. 284), apoiados em diversos autores, esclarecem que “Dentre os modelos de análise de políticas públicas, destaca-se o do ciclo da política, que considera o processo político como algo organizado no tempo e composto por etapas”.

Neste modelo, também chamado de sequencial, diferentes autores identificam várias etapas, fases ou sequências, tendo, no entanto, quatro etapas comuns, como esclarecem Araújo e Rodrigues (2017, p. 19):

- i.** Definição do problema e agendamento: quando se percebe um problema como importante, ao ponto de o incluir na agenda política;
- ii.** formulação das medidas de política e legitimação da decisão: processo de decidir e de elaborar argumentos para a ação política, desenhar objetivos e estratégias de solução do problema, escolher alternativas, e mobilizar as bases de apoio político;
- iii.** implementação: fase de fornecimento de recursos institucionais, organizacionais, burocráticos e financeiros para concretizar a política; e
- iv.** avaliação e mudança: momento de acompanhar e avaliar os programas de ação e as políticas públicas, para medir seus efeitos e impactos, a distância dos objetivos e metas estabelecidos, a eficiência e eficácia da intervenção pública, os processos de modificação dos objetivos e dos meios políticos resultantes de novas informações e alterações no contexto de tempo e espaço.

Importa ressaltar que, se na teoria há etapas que se seguem, na prática, elas se misturam, nem sempre obedecendo a sequência descrita, tendo tal segmentação um caráter didático para melhor compreensão do assunto. Além disto, também deve-se frisar que ocorre um processo de retroalimentação, num *contium*, onde cada avaliação gera novos elementos que fomentam o início de um novo ciclo, segundo Araújo e Rodrigues (2017, p. 18), “em resultado de mudanças induzidas por efeito de *feedback* das próprias políticas públicas, ou por alterações do contexto ou da relação entre os atores e instituições envolvidos”.

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Partindo da perspectiva internacional, no contexto atual, as políticas públicas voltadas à saúde encontram vasto suporte na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecida em 2015, que declara, no seu Plano de Desenvolvimento Sustentável, foco não apenas para a proteção do planeta, mas também das pessoas e a prosperidade (ONU, 2015). Este movimento mundial teve ponto de partida em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretendia alcançar a saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 através da priorização do investimento na atenção primária, e com a publicação do Relatório Mundial da Saúde 2010-Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, também pela OMS (INSTITUTO, 2020), (SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S., 2019).

Na Agenda 2030 são apresentados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde figuram 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que se desdobram em 169 metas para garantir direitos humanos a todos (erradicação da pobreza em todas as suas dimensões, sobretudo a pobreza extrema) apoiados, integrados e indivisíveis, na tríade econômica, social e ambiental, o que reforça este documento como *habitat* das políticas públicas.

Concernente ao tema aqui abordado, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 16 representa bem o foco deste trabalho, ao dar destaque a aspectos como resposta, inclusão, participação e representatividade, mais especificamente expressos na meta 16.1, como segue:

ODS 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

Meta 16.7 – Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis (ONU, 2015, p. 28).

A OMS é uma agência subordinada à ONU, especializada em saúde, fundada em 07 de abril de 1948, que tem o objetivo maior de desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos do mundo. Define que saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021, s. p.). Em consequência, esta entidade também apoia e trabalha para a concretização da Agenda 2030.

No Brasil, desde a edição do Decreto-Lei nº 200, (BRASIL, 1967, art. 6º), o qual estabeleceu que o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação de competência

e o controle seriam princípios fundamentais a se cumprir pela Administração Federal, percebe-se a preocupação com a eficiência e com o controle dos serviços prestados pelo Estado. No entanto, tais ações eram exclusivamente de âmbito governamental, não comportando assim, no seu arcabouço legal, oportunidade à participação da sociedade. Era a perspectiva de um governo militar.

Apenas a partir da década de 1970, diversos movimentos sociais passaram a reivindicar uma série de direitos que foram assegurados pela Constituição Cidadã de 1988, ao consagrar a saúde como prerrogativa de todos e obrigação do Estado. Como exemplo do resultado destes movimentos, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a participação popular foi apresentada como diretriz organizativa (BRASIL, 1988, art. 196). Entretanto, toda regulamentação deste sistema precisou ser construída através de legislação infraconstitucional, dando margem a embates de grupos de interesse e, ainda hoje, 33 anos após, sofre ajustes, num longo percurso de avanços e recuos entre o direito garantido legalmente e seu penoso exercício prático numa arena capitalista.

Para mensurar e monitorar a atuação das instituições brasileiras, a partir do advento da Constituição Federal de 1988, replicou-se com mais intensidade o instituto da ouvidoria que hoje segue em franca ascensão, atuando como um canal de escuta do usuário e visando reverter ou alterar qualquer circunstância geradora de insatisfação deste com o serviço público, através de mecanismos ativos e passivos de ação. Também a Política Nacional de Dados Abertos (Decreto nº 8.777/2016), que estabelece regras para disponibilização de dados no âmbito do Poder Executivo Federal, e a Lei de Acesso à Informação (LAI), de nº 12.527/2011, funcionam como ferramentas democráticas para a realização de melhorias nas políticas públicas, estabelecendo íntima relação com o item 16.7 do 16º ODS contido na Agenda 2030 defendida pela ONU.

Desta forma, os acordos internacionais sobre sustentabilidade, dos quais o Brasil é signatário, apresentam as políticas públicas como importante via para o alcance da paz social e da vida sustentável. Isto exige do Estado um certo nível de *accountability*, termo sem tradução para o português, que compreende aspectos de prestação de contas à sociedade pelos gestores, sua responsabilização por atos e resultados, além da adoção das políticas de escolha dos seus governados (SANTOS, 2019). Entretanto, a pouca consciência política da população inibe a sua luta pela conquista e manutenção de direitos, mesmo que muitos deles sejam fundamentais.

[...]grande parte da população, quando utiliza um serviço público, o considera como se fosse um favor ou caridade da autoridade pública que o fornece, sentindo-se obrigada a retribuí-lo. Isso também explica outra característica marcante da democracia brasileira: a venda ou troca de votos nas eleições (SANTOS, 2019, p. 49).

Dalfior, Lima e Andrade (2015), ao tratarem sobre os processos de racionalização da ação do Estado e da política pública que ocorreram principalmente na Inglaterra e nos EUA, após a Segunda Guerra Mundial, dão destaque à sua finalidade de previsão e controle de ações para diminuição de riscos e aumento de certezas na tomada de decisões dos governos. Estes objetivos seriam alcançados através de leis capazes de prever comportamentos sociais, apontar problemas e antecipar políticas.

Quanto à eficiência das políticas públicas, Santos (2019, p. 49) evidencia que “é necessário que as decisões dos governantes sejam mais abertas ao público, justamente para os cidadãos saberem que sua vontade é conhecida e está sendo atendida pelos agentes públicos que tomam as decisões”.

Sabe-se que disponibilizar a prestação serviços públicos à população, em quantidade e qualidade satisfatórias, é um dever constitucional ainda a ser perseguido por todos os que integram as instituições, sejam públicas ou privadas, no caso de estas serem concessionárias de serviços essenciais.

Ao se tratar da quantidade, considera-se que seria o suficiente para que nenhum cidadão se encontre à margem de qualquer política pública ou qualquer direito fundamental, pois são de obrigação do Estado. Etzioni (1967, p. 115) já defendia que “a ideia de serviço público deriva diretamente do ideal de que seja justo proporcionar a máxima felicidade ao maior número possível de pessoas”. No entanto, Serapione (2009, p. 66) aponta que, “o campo da saúde sempre se caracterizou por um grande desnível informativo entre oferta e demanda, que garante à primeira uma posição de dominância e uma forte capacidade de influenciar os pacientes”.

Já, quanto ao aspecto da qualidade, Serapione (2009, p. 69), destaca a sua relação com a gestão dos processos de saúde orientados para as expectativas do cliente, como expresso no trecho a seguir:

A ênfase no cliente e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação.

Souza *et al* (2019), quando avaliam os desafios da luta pelo direito à saúde no Brasil, lançam foco no fortalecimento do capital e do mercado, através de grandes corporações que utilizam importante parte do orçamento da União em detrimento do interesse público na área de saúde, ao passo que as instituições públicas, que servem à maioria da população, são desvalorizadas e têm seus recursos transferidos para o segmento mais privilegiado da sociedade.

Na perspectiva de Soraya Cortes *in* Madeira (2014, p. 191),

[...] a coexistência de duas lógicas diversas na organização da atenção, uma orientada pela eficiência, medida principalmente pela lucratividade, e outra orientada pelas

necessidades epidemiológicas e necessidades sentidas pelos cidadãos, provoca tensões que limitam as possibilidades de realização do objetivo reformista de universalização do direito a cuidados integrais de saúde conforme estabelecem os princípios fundadores do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Faz-se necessário conhecer e entender a perspectiva do usuário dos serviços públicos, com vistas a suplantando as deficiências e otimizar a prestação dos serviços, o que é possível através de debates públicos. Tais debates tornam a participação social e a compreensão da realidade mais ricas, produzindo acordos e consensos que contribuem para mobilização e atuação estratégica das forças sociais comprometidas com a defesa da saúde e do SUS (SOUZA *et al*, 2019; ANOSIKE *et al*, 2019).

Para se abordar a qualidade dos serviços de saúde brasileiros, é oportuno localizar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública. Apesar da sua nomenclatura nos conduzir a relacioná-lo apenas com a saúde, o SUS também é responsável pela vasta área da seguridade social, que abrange políticas não apenas de saúde, mas também de previdência e de assistência social. Trata-se de uma grande estrutura de proteção social, na qual a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado por políticas sociais e econômicas para redução do risco de doença e de outros agravos. Ainda assegura uma política setorial de saúde que permita o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a população (BRASIL, 1988, art. 196).

De acordo com Theodor Lowi (1964, p. 690), as políticas públicas são distributivas quando realizam o propósito do Estado, ou seja, visam “aplicar à coletividade, ou à parte da coletividade mais necessitada, o conjunto de recursos dos indivíduos entregues aos governos para a satisfação dos interesses da sociedade”. Para isto ocorrer, são feitas coalisões em torno de interesses comuns e mais estáveis, com apoios mútuos entre os grupos de interesse e os indivíduos, com relações políticas de não interferência recíproca entre os envolvidos. Os benefícios são concentrados em alguns grupos, mas seus custos são divididos pela coletividade, permitindo que haja menos conflitos para sua implantação (LOWI, 1964).

Observado por este prisma, o SUS seria, portanto, uma política pública distributiva de nível federal. Entretanto, alguns autores preferem classificá-lo como uma política social, baseando-se na premissa de que “as políticas sociais são entendidas como fruto da dinâmica social, da inter-relação entre os diversos atores, em seus diferentes espaços e a partir dos diversos interesses e relações de força” (PIANA, 2009, p.23).

O SUS, como política estatal, foi aprovado durante o período de redemocratização do país, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, e instituído na Carta Constitucional de 05 de outubro de 1988, entre muitas disputas de interesses (como esperado a este tipo de

política). Tais disputas impediram a definição de algumas regras importantes para o processo de sua implementação, como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, etc. (BAPTISTA, 2007). Tais pendências ficaram a cargo de leis infraconstitucionais e muito desses conflitos ainda resistem. Quanto a isto, Paim *et al.* (2011), afirmam que a relação entre o poder público e a iniciativa privada, na saúde, trata-se de uma relação complexa pautada por interesses distintos.

Solidificando suas bases, o SUS adotou como princípios a universalização dos serviços de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a equidade ao acesso e às ações de saúde. Como diretrizes, articuladas a estes princípios, encontram-se a descentralização (distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal), a regionalização (aproximação a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura dos distritos ou regiões dos municípios), a hierarquização dos serviços por níveis de complexidade e a participação popular. Desta forma, ao associar elementos da democracia representativa e da democracia participativa, adotou-se a participação social como um elemento essencial na organização das políticas públicas.

O arcabouço legal do SUS é fundamentado em três documentos que expressam os elementos básicos estruturantes e organizadores do sistema de saúde nacional:

- i. A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).
- ii. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, ou Lei Orgânica da Saúde, que trata principalmente da organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).
- iii. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que adota a participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Articulam-se a estes fundamentos outras normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos da organização e operacionalização do sistema. No entanto, por serem infraconstitucionais, tais ferramentas ainda não se mostraram capazes de impedir, como aponta Paim (2018, p. 1727) que “a articulação público-privada no âmbito da saúde no Brasil possibilitasse um fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis”.

O autor ainda destaca que, no curso da sua prática, o SUS se depara com “grandes interesses econômicos e financeiros relacionados às operadoras de planos de saúde, empresas

de publicidade, empresas farmacêuticas e indústrias de equipamentos médico-hospitalares” (PAIM, 2018, p. 1727).

Também se impõe ao SUS a limitação de recursos públicos, e diversos entraves burocráticos que restringem a sua manutenção e, em especial, a sua expansão, ao passo que os interesses privados predominam livremente. Paim (2018, p. 1726) salienta que “como essa ameaça do capital não é tão visível como as filas, a falta de profissionais ou o acesso aos medicamentos, tem sido menos problematizada e investigada”.

Importa destacar que a construção do SUS teve como característica o protagonismo da participação social na arena política, inspirado nos movimentos sociais propagados após a ditadura militar e, principalmente, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986. Este evento inaugurou a participação da comunidade e de especialistas na discussão de uma política setorial, produzindo um relatório que serviu de base discursiva na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987-1988. Sobre este evento, Baptista (2007, p. 49) enfatiza a declaração de Faria (1997):

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral.

A população atuante, através das suas entidades representativas, foi enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na Lei nº 8.142/1990, onde se define a composição dos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde, além da realização periódica das conferências de saúde (também em cada esfera de governo, a cada quatro anos).

Outra diretriz do SUS que fortaleceu a participação social foi a descentralização, pois como uma estratégia de democratização, permitiu maior controle e acompanhamento das ações públicas pelos cidadãos, conferindo-lhes a possibilidade de interferir mais efetivamente no processo de formulação da política pública.

Ainda com referência à forma como é tratada a participação da comunidade no texto constitucional, Matta (2007, p. 76) considera que ela chega a ser confundida como mais um princípio do SUS, pelo fato de estar “constando do texto constitucional como uma das marcas identitárias do sistema ao lado da universalidade, integralidade e descentralização”.

Rodrigues (2013), concordando com John Stuart Mill, prega o treinamento social pelo Estado, através do estímulo do pensamento coletivo a atingir uma condição de maior consciência, tornando a população guia direto das deliberações estatais e reforçando a importância da prática da participação social na formação da democracia. Nesta perspectiva,

ninguém melhor do que o povo sabe do objetivo geral a ser alcançado nos negócios públicos, como expresso no seguinte fragmento:

É o mesmo que indagar a dois indivíduos famintos o que querem: o primeiro, com paladar refinado, vai discriminar e especificar detalhadamente o *menu*, enquanto o menos amaneirado, simplesmente exigirá alimento para saciar a fome. Assim é o povo, insciente quanto às minúcias e filigranas de sua satisfação, mas sabedor do que precisa em termos gerais. É a confirmação da velha locução popular: *o povo sabe o que quer...*, desde que o problema seja apresentado de forma clara e honesta (Grifos do autor) (RODRIGUES, 2013, n. p.).

No campo da saúde, concebe-se o controle social como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Essa noção deve indicar uma nova modalidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o controle social é, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal democrata (GERSCHMAN, 2004). Desta forma, pode-se depreender que a manutenção e conquista de direitos fundamentais, como o direito universal e igualitário à saúde, não prescinde da participação social, pois são frutos das batalhas cotidianas travadas nos campos político, econômico e social na luta pela redução das desigualdades. Para Rodrigues (2013), se os grupos de interesses, as categorias e as classes sociais constroem a realidade social, não é a unidade do Estado, mas eles próprios, na sua pluralidade, que dominam a vida política democrática.

Como informa Fernandes (2016), a Lei Complementar n.º 131 (também conhecida como Lei da Transparência), de 27 de maio de 2009, obriga todos os poderes públicos, em todas as esferas e níveis da Administração Pública, a assegurar a participação popular, a qual pode ocorrer de duas formas:

- i. Incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos; e
- ii. Liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público.

O autor considera a democracia como o regime que melhor permite o exercício da cidadania ativa, do respeito e da materialidade dos direitos humanos e da justiça social, citando também que a vontade das minorias também deve ser respeitada, apesar da sobreposição democrática do direito das majorias (ou seja, a prática da democracia das minorias) (FERNANDES, 2016).

Ainda no que tange às contínuas lutas travadas pela manutenção e expansão das políticas públicas, recentemente, no ano de 2019, aconteceu a 16ª Conferência Nacional de Saúde, durante a qual foi redigido um Documento Orientador atualizando o tema “Democracia e

Saúde”, foco da VIII Conferência Nacional de Saúde, e denunciando medidas prejudiciais às políticas sociais, como o congelamento dos recursos públicos para a saúde por 20 anos (SOUZA, 2019), o que intensifica a importância da luta pela manutenção e criação de políticas universalistas que combatam as desigualdades, com base na formação permanente de cidadãos ativos, desenvolvida em todos os espaços educativos da sociedade.

2.2 AS OUVIDORIAS PÚBLICAS

Como informa Cavalcante (2016), a primeira Ouvidoria Pública do Brasil foi criada pelo Decreto nº 93.714 de 1986, que instituiu a Comissão de Defesa dos Direitos do Cidadão, vinculada à Presidência da República, para proteção dos direitos dos cidadãos contra abusos, erros e omissões na Administração Pública Federal.

As Ouvidorias públicas têm o objetivo de gerar soluções tanto para o cidadão, quanto para a instituição pública, produzindo uma relação de parceria entre ambos, passando a representarem, segundo Cavalcante (2016, p, 268), “o elo entre o cidadão e a Administração Pública, as expectativas sociais e direitos, entre legitimidade e legalidade”.

Iasbeck aborda a importância das Ouvidorias, pontuando:

Por sua vez, a ouvidoria precisa entender que, aquém e além de todas as facetas de sua atuação (políticas, administrativas, sociais, legais-jurídicas, pedagógicas, entre outras), é a função vinculadora da comunicação que atua para restabelecer relacionamentos adoecidos, proporcionando manutenção ininterrupta aos vínculos entre cliente e empresa, entre consumidor e fornecedor, entre cidadão e instituição pública (IASBECK, 2010, p. 24).

No inciso XXXIII do art. 5 da Constituição Federal de 1988 reza que todos têm o direito de receber dos órgãos públicos informações de interesse particular ou coletivo ou geral, que são prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (CAVALCANTE, 2016). Desta forma, as Ouvidorias, ao funcionarem como vias de comunicação entre o cidadão e o Estado, respaldam-se em forte estrutura legal.

O Decreto nº 7.336/2010 determina que o Departamento de Ouvidoria Geral (DOG) do SUS, criado em 2003 e, à época, integrado à estrutura da Controladoria-Geral da União (INSTITUTO, 2016, p. 189), tem por competência viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento para subsidiar a formação de políticas de gestão do SUS.

Também como prescrição legal, as Ouvidorias baseiam-se na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 12.257/2011, também conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), e no

Decreto nº 3.507/2000, que dá as instruções normativas de fixação de padrões de qualidade do atendimento prestado pelos órgãos e entidades da Administração Pública direta, indireta e fundacional (CAVALCANTE, 2016).

A LAI foi publicada em 18 de novembro de 2011 e entrou em vigor a partir de 2012, regulamentando o direito de qualquer cidadão solicitar e receber dos órgãos e entidades públicos, de todos os entes e Poderes, informações públicas por eles produzidas ou custodiadas. Está regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012, no que tange aos procedimentos para garantia do acesso à informação e classificação de informações sob restrição de acesso.

Outro dispositivo que dá suporte às ações das Ouvidorias é a Política de Dados Abertos do Poder Executivo Federal que, regulamentada pelo Decreto nº 8.777/2016, objetiva (BRASIL, 2016):

- i. Promover a abertura de dados contidos em bases de dados de órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional sob a forma de dados abertos;
- ii. aprimorar a cultura de transparência pública;
- iii. franquear aos cidadãos acesso, de forma aberta, aos dados produzidos ou acumulados pelo Poder Executivo Federal, sobre os quais não recaia vedação expressa de acesso;
- iv. facilitar o intercâmbio de dados entre órgãos e entidades da administração pública federal e as diferentes esferas da federação;
- v. fomentar o controle social e o desenvolvimento de novas tecnologias destinadas à construção de ambiente de gestão participativa e democrática e à melhor oferta de serviços públicos para o cidadão;
- vi. fomentar a pesquisa científica de base empírica sobre a gestão pública;
- vii. promover o desenvolvimento tecnológico e a inovação nos setores público e privado e fomentar novos negócios;
- viii. promover o compartilhamento de recursos de tecnologia da informação, de maneira a evitar a duplicidade de ações e o desperdício de recursos na disseminação de dados e informações; e
- ix. promover a oferta de serviços públicos digitais de forma integrada.

Ainda como amparo legal, a Lei nº 13.460/2017, conhecida como Código de Defesa do Usuário do Serviço Público, estabelece normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos prestados direta ou indiretamente pela Administração Pública. Tem dispositivos regulamentados pelo Decreto de nº 9.094/2017, que delibera sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, institui o Cadastro de Pessoas Físicas-CPF como instrumento suficiente e substitutivo para a apresentação de dados do cidadão no exercício de obrigações e direitos e na obtenção de benefícios, valida a dispensa do reconhecimento de firma e da autenticação em documentos produzidos no país e institui a Carta de Serviços ao Usuário.

O Decreto nº 9.492/2018 também regulamenta o Código de Defesa do Usuário do Serviço Público, instituindo o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal e alterando o Decreto nº 8.910/2016, que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos

em comissão e das funções de confiança do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União.

Segundo Salm e Menegasso (2009, p. 107), o modelo de administração pública denominado “Novo Serviço Público”, proposto na década de 1980 por diversos autores, defende que um governo deve ser conduzido como uma democracia, e não como um negócio e sugere novas posturas a serem tomadas pela administração pública frente aos desafios, tais como: servir aos cidadãos e não aos consumidores; trabalhar pelo interesse público; valorizar mais a cidadania do que o empreendedorismo; pensar estrategicamente e agir democraticamente; admitir que a *accountability* não é simples; servir, em vez de dirigir (ou controlar); valorizar as pessoas, além da produtividade. (Denhardt e Denhardt, 2007). Rocha (2011, p. 92) comenta, assertivamente, que a perspectiva de Denhardt e Denhardt considera os princípios legais, constitucionais e democráticos como cernes da ação administrativa responsável, tendo o objetivo de garantir a capacidade de resposta do governo às preferências e necessidades dos cidadãos.

Com base em Santos (2019, p. 35), “O termo *accountability* vem do latim *ad* e *computare*, que significa contar para, prestar contas a”. Por não possuir tradução direta para o português, sugere-se o foco no sentido mais próximo, relacionado à responsabilização direta e, de acordo com Campos (1990), ligado a uma questão de democracia, pois uma cidadania organizada teria capacidade de interferir no processo de reconhecimento de necessidades e direcionamento de demandas, além de maior habilidade para cobrar melhorias de desempenho do serviço público.

Arantes et al. (2010) definem *accountability* como dispositivos institucionais possíveis de serem acionados durante o exercício dos mandatos para incentivar a prestação de contas ou a responsabilização política dos governantes. No âmbito democrático, a *accountability* pode se efetivar através de um processo eleitoral (quando os representantes são recompensados ou punidos pelo voto), por mecanismos de fiscalização contínua dos governantes e das altas instâncias decisórias (controle intraestatal ou *checks and balances*, como sugeridos por Montesquieu), ou também pela limitação do poder de atuação do governo vigente sobre os direitos individuais e coletivos, protegidos por regras estatais intertemporais. (ABRUCIO e LOUREIRO, 2004).

Os princípios das Ouvidorias Públicas envolvem conscientizar o cidadão sobre o direito de ter acesso a um serviço público eficiente e o ajudar na resolução de problemas junto aos órgãos da administração, dialogando com o público (CAVALCANTE, 2016). Suas decisões têm caráter informativo e persuasivo para induzir a correção de falhas, omissões e ilegalidades

cometidas pela Administração Pública, dentro de princípios éticos e constitucionais (BRASIL, 2010; VILANOVA, 2005).

A ferramenta de trabalho das Ouvidorias é a informação, disponibilizada ao público para o exercício de cidadania, na busca contínua pela garantia de direitos fundamentais (CAVALCANTE, 2016), possibilitando aos gestores de todas as esferas públicas, através de uma relação dialógica com seu público-alvo, a construção de diagnósticos que poderão melhorar a qualidade dos seus serviços. Nas palavras de Ilara Moraes (1998, p. 10),

[...] a informação em saúde vem se constituindo em espaço estratégico fundamental de disputa entre modelos de gestão e, conseqüentemente, de organização das informações em saúde. Propostas em disputas que repercutem, direta ou indiretamente, tanto na própria direcionalidade da Política de Saúde quanto nos padrões de conscientização construídos na relação Estado-Sociedade. Enfim, repercute no próprio processo de democracia em construção no Brasil.

O Departamento de Ouvidoria Geral (DOG) do SUS descreve quatro macroprocessos de trabalho próprios à sua Ouvidoria: recebimento de manifestações (através de amplo acesso); análise e tratamento das demandas (registro, classificação, tipificação, encaminhamento e acompanhamento); resposta ao cidadão; e gestão da informação (disponibilizando-a de forma correta, à pessoa indicada, custo adequado, tempo oportuno e lugar apropriado, a fim de decidir mais acertadamente). (BRASIL, 2014).

Depreende-se, a partir dos instrumentos citados, que as Ouvidorias Públicas são estruturas legítimas que visam facilitar as relações dos cidadãos com o Estado, com foco na melhoria da Administração Pública e na valorização do processo participativo da população. Atuam mediando conflitos de forma preventiva e corretiva, destacadamente sem caráter punitivo. Suas principais funções, explicitadas pelo Departamento Geral de Ouvidoria do SUS, são: acolher manifestações; mediar a relação entre o usuário e a instituição de saúde; e cobrar respostas e ações (Ministério da Saúde, 2009). Tais funções revelam um caráter cooperativo das ouvidorias em relação aos usuários.

As Ouvidorias possuem uma série de atividades que as enquadram, hora como passivas, hora como ativas. São “Ouvidorias Passivas” quando exercem a capacidade de intercambiar informações entre o público-alvo e as organizações, “administrando intenções, interesses, motivações, conflitos e demais afetos, muitos deles inconfessáveis, explícitos ou acobertados pelo manto da polidez linguística de que se revestem os discursos formais” (IASBECK, 2010, p. 17). Por outro lado, ao desenvolver ferramentas para escutar os cidadãos através de estratégias de busca das informações para subsidiar a gestão e o controle social, assumem o papel de “Ouvidoria Ativa” (FERNANDES, 2016).

As democracias contemporâneas, segundo Filgueiras (2011), demandam por reformas e pela intensificação da *accountability*, gerando políticas de transparência que possibilitem avaliação do público. A partir da edição da Lei de Acesso à Informação, esta transparência se tornou essencial e obrigatória à administração pública, possibilitando maior controle social.

Eduardo Fernandes (2016), ao ponderar sobre temas como a melhoria dos controles públicos, o aperfeiçoamento da transparência e o desenvolvimento da gestão participativa, conclui que estes dependem da transformação do pensamento dos cidadãos, ao adquirirem um modo institucional de ver o mundo.

2.3 COMUNICAÇÃO TRANSPARENTE E PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A divulgação de informações por iniciativa própria do órgão público, antes mesmo de ser demandado, ou seja, a Transparência Ativa, gera alguns benefícios, como: melhoria da comunicação com o usuário, aumento da credibilidade da gestão, redução de gastos e de dúvidas sobre um mesmo tema. Em contraponto, na Transparência Passiva, as instituições se mantêm inertes até serem forçadas a responderem às demandas dos usuários, quando estes demonstram possuírem o germe da cidadania ao perseguirem a garantia dos seus direitos.

Em meados de 2011 foram iniciadas estratégias de Ouvidoria Ativa com a intenção de mobilizar o cidadão para uma postura crítica em relação ao SUS, para obtenção de maior inclusão e governança cidadã nas políticas públicas de saúde. Para tanto, coube à Ouvidoria Ativa promover métodos eficazes para escuta do cidadão, não só apenas recebendo as manifestações pelos canais de acesso, mas também buscando estas informações através de pesquisas (BRASIL, 2014).

Lessa (2018) argumenta que através dos relatórios de Ouvidoria, como prática de comunicação institucional, a transparência ativa dos órgãos públicos pode ser ampliada, garantindo o princípio da publicidade, na busca de atender aos interesses da sociedade com mais eficiência.

A comunicação é um processo que, do ponto de vista de Iasbeck (2010, p. 16), “se dá no tempo e que, portanto, tem início e desenvolvimento, encerrando-se como um ciclo. Porém não se extingue enquanto processo: ela continua abastecida e reabastecida por respostas, retornos, *feedbacks* e reações”.

Desta forma, com o desenvolvimento dos regimes políticos democráticos, defende-se a maior importância da comunicação com o cidadão, reforçando o caráter dialógico das instituições com a população, e, ainda que enfrentando dificuldades políticas e operacionais,

segue seu processo de amadurecimento.

Retornando à Lei de Acesso à Informação (LAI), desde a sua publicação vários dados considerados de interesse público passaram a ser divulgados obrigatoriamente por órgãos públicos, através do princípio da transparência pública, ao prever a divulgação das informações detidas pelos órgãos públicos em virtude da atividade que executam. Apesar deste tipo de publicação atender ao princípio da transparência ativa, outros assuntos são do interesse dos usuários dos serviços públicos e merecem a devida publicidade, como as dúvidas e reclamações mais frequentes, os elogios, sugestões e resultados de pesquisas.

Sabe-se que a comunicação consiste na troca de informações entre indivíduos, tornando comum uma mensagem ou informação, sendo este um dos processos essenciais à experiência humana e sua organização social (CHIAVENATO, 2006). Como a Ouvidoria é um local destinado à troca de informações com os usuários da instituição, entende-se que os seus profissionais desenvolvem habilidades para lidar com o público, interno e externo, seja através do acolhimento e resposta às suas manifestações espontâneas ou da provocação de respostas às suas pesquisas, tratando-as conforme critérios éticos, legais, regulamentares e técnicos.

Através da publicação dos seus relatórios, os quais têm contínua evolução, a Ouvidoria garante o cumprimento do princípio da publicidade, levando em consideração as demandas do cidadão. Assim, a Ouvidoria, ao articular, produzir e reproduzir informações, torna-se “um lugar de produção de sentido, de transformação de informações em outras informações e, portanto, um espaço de fabricação e transformação de ‘realidades’” (IASBECK, 2010, p. 18). Este autor salienta que, apesar de não se tratar de única via de trânsito de informações, as Ouvidorias são os ambientes institucionais onde ocorrem as mediações e intermediações conflituosas que ameaçam os vínculos entre os públicos e as organizações (IASBECK, 2010).

Ainda pelo prisma deste autor, destaca-se que

As ouvidorias constituem um serviço especial prestado pelas organizações aos seus públicos. A essência desse serviço está apoiada no reconhecimento de que todo usuário de serviços públicos ou privados eventualmente fica insatisfeito com o serviço recebido e, portanto, pode reclamar, criticar, pedir reparação, sugerir novas formas de prestação de serviço e, em alguns casos, pode até mesmo ficar tão satisfeito que necessite elogiar. É, pois, um serviço de comunicação (IASBECK, 2010, p. 16).

Do ponto de vista de Alessandra Lessa (2018, p. 39),

A prática de uma comunicação que vá ao encontro das demandas dos usuários do serviço público atende à determinação legal de se realizar a transparência ativa, ou seja, quando o órgão público, *per se*, faz a divulgação proativa de informações que interessam a todos. Seria, por exemplo, o caso de órgãos que, em virtude de terem recebido muitas reclamações sobre a prestação de determinado serviço, resolvem publicar informativo com esclarecimentos sobre o tema no site institucional ou dirigem um comunicado para pessoas de semelhante perfil e necessidades ao daqueles que se manifestaram na Ouvidoria.

A autora considera que esse cenário reforça a viabilidade de tendência da “comunicação institucional a partir do trabalho realizado pela Ouvidoria. A perspectiva adotada é a de que – ouvindo o cidadão – a Administração Pública atende ao princípio da transparência e pode se aproximar do interesse público” (LESSA, 2018, p. 39).

Durante os anos 1970, estudos de satisfação foram iniciados pelos EUA e o Reino Unido, abrangendo também os serviços de saúde. No entanto, apenas por volta de 1990 o cenário brasileiro acolheu as noções de qualidade, equidade e satisfação do usuário, com destaque à necessidade de humanização da atenção à saúde, o que desencadeou uma mudança cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, extrapolando o conceito de consumidor para cidadão (ARAÚJO *et al.*, 2009). Estas mudanças vieram se somar aos movimentos populares surgidos no processo de redemocratização ocorrido na década de 1980 e que culminaram com a criação do SUS, incluindo a sociedade nas etapas de planejamento e avaliação das políticas de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Apesar das pesquisas de satisfação terem sua origem no setor privado, a natureza e a complexidade dos serviços prestados pelo Estado, sob a forma de políticas públicas, quando analisadas pela expectativa e percepção dos usuários, têm capacidade de gerar dados que subsidiem os processos de garantia dos direitos dos cidadãos, inclusive no que se refere à qualidade dos seus serviços.

O pediatra Avedis Donabedian, foi pioneiro em sistematizar, estudar e publicar sobre qualidade no setor saúde, absorvendo da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D’INNOCENZO, *et al.*, 2006).

QUADRO 1 - COMPONENTES DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

COMPONENTE	DESCRIÇÃO
Estrutura	Características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial: área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.
Processo	Prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, e utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.
Resultados	Consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas

	a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.
--	--

Fonte: Adaptado de D’Innocenzo, *et al.*, 2006, p. 85.

Paulo Silva (2012) considera que, quando se trata de satisfação, a expectativa é considerada um dos aspectos mais complexos, pela possibilidade de sofrer variações de acordo com o grau de exigência do paciente, que pode ser modulado por diversos fatores da sua realidade naquele momento, conferindo um caráter subjetivo ao termo “satisfação”.

A satisfação se mede através da relação entre o que o cliente recebeu ou percebeu e o que esperava ter ou ver. Se o que recebeu ou percebeu é maior do que teve ou viu, o cliente fica muito mais satisfeito do que esperava. Mas se for menor, frustra-se e não registra positivamente a experiência (SILVA, 2012, p. 44).

Complementando esta premissa, Luiz Carlos Iasbeck (2010, p. 19) declara que:

Para entender as diferenças entre o que se envia e o que se recebe, é necessário analisar as intenções de emissão e das expectativas de consumo, materializadas tanto em informações intangíveis (serviços, atividades, ideologias) quanto em suportes identificáveis (produtos, critérios, regulamentos).

Assim, ao perguntar ao usuário de um serviço público em que medida ele ficou satisfeito com o serviço prestado pela unidade de saúde, busca-se ajustar a visão do paciente às das outras partes interessadas na melhoria da prestação do serviço, aproximando o setor público e o cidadão, ou o Estado e a sociedade civil. Estas perguntas podem ser realizadas a partir de instrumentos quantitativos (como questionários) ou qualitativos (como grupos de discussão ou entrevistas em profundidade).

De acordo com o Guia Metodológico de Pesquisa de Satisfação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, alguns dos objetivos que as pesquisas nas organizações públicas visam são (PESQUISA, 2013, p. 23):

- i. Subsidiar o processo de elaborar da Carta ao Cidadão;
- ii. definir padrões de atendimento;
- iii. detectar necessidades da sociedade e do público-alvo;
- iv. antecipar o impacto de decisões regulatórias, que apresentam potencial de influenciar diretamente ou indiretamente a vida do cidadão;
- v. simplificar processos e procedimentos administrativos;
- vi. envolver o público-alvo interessado/potencial no processo de tomada de decisão;
- vii. testar iniciativa;
- viii. possibilitar o acompanhamento e monitoramento dos processos internos, permitindo mudança de rumo ou consolidação;
- ix. avaliar, em tempo real e de forma contínua a satisfação com o serviço;
- x. avaliar a qualidade no atendimento;
- xi. possibilitar melhor acompanhamento das políticas públicas por parte do cidadão e de instituições da sociedade civil (controle social);
- xii. avaliar se os compromissos firmados na Carta ao Cidadão foram atendidos;
- xiii. avaliar grau de confiança e imagem institucional;
- xiv. permitir avançar além da fronteira de uma única organização pública e olhar para o serviço público de forma mais holística, independente da organização.

Apesar das dificuldades em aferir com exatidão o nível de satisfação do paciente, as Pesquisas de Satisfação do Usuário são instrumentos de importante orientação de medida da qualidade dos serviços. Suzely Moimaz (2010, p. 1421), apoiando-se em vários autores (SANTOS, 1995; KLOETZEL *et al*, 1998; PALM, 2002; MULLER, 2003; MATEOS *et al*, 2009) assegura que “diversos estudos têm sido realizados para avaliação do grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde”, mas a autora também concorda com Resende *et al* (1999) ao ressaltar que “Um dos principais pontos discutidos nesse caminho é a crescente e cada vez mais consensual opinião de que a maioria das ações de saúde não tem levado em consideração a concordância e a aceitação do paciente”. Tal fato é lamentável, pois a avaliação e satisfação do cliente deveriam fazer parte das preocupações de todos os gestores que buscam a excelência dos serviços que oferecem à sociedade.

Um dos modelos de avaliação de satisfação do usuário de serviços de saúde foi desenvolvido em 1985 por Parasuraman, Zeithaml e Berry. Os autores trabalharam com cinco dimensões do atendimento após pesquisa com vários tipos de empresas: Confiabilidade, presteza, segurança, empatia e tangíveis. Estas dimensões estão descritas no quadro 2.

QUADRO 2 - DIMENSÕES QUE INTERFEREM NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PELOS CLIENTES

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
Confiabilidade	Capacidade do provedor de serviços em proporcionar os resultados que os clientes desejam, sem surpresas desagradáveis.
Presteza	Percepção do cliente de que o provedor de serviços responde rápida e precisamente às suas demandas e necessidades específicas.
Segurança	Sentimento do cliente de estar em mãos corteses, capazes e competentes.
Empatia	Sensação do cliente de estar recebendo atenção individualizada.
Tangíveis	Percepção do cliente de que os aspectos tangíveis do serviço (como instalações, equipamentos, ferramentas e documentos) são apropriados para a tarefa e amigáveis ao cliente.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al*. (1985).

Porém, Miguel e Salomi (2004) consideram que a generalização, para todos os tipos de serviços, destas cinco dimensões da qualidade e sua influência na percepção da qualidade geram controvérsias, o que produz a necessidade de melhor avaliação. Os mesmos autores referem que, para Parasuraman *et al*, a qualidade de serviços observável ou perceptível seria um julgamento global, enquanto a satisfação estaria relacionada especificamente a um fato ou

transação. Tais dimensões da satisfação seriam, portanto, baseadas em: acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, atendimento recebido pelos profissionais, etc.

D’Innocenzo *et al* (2006, p. 85) lembram que em 1993 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a qualidade da assistência à saúde como “um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde”.

Ora, ao se considerar o grau de satisfação dos pacientes, admite-se que eles são capazes de atribuir valor a algo, emitindo um juízo de valor que depende muitas vezes dos valores de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador (D’INNOCENZO, *et al.*, 2006). E as autoras continuam:

Sendo assim, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização, como nos aspectos de políticas, de programas, serviços ou sistemas. Assim, a avaliação é um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade e que pode ser aplicado a qualquer ramo de atividade profissional, tipo de serviço ou organização, utilizando diversas áreas do conhecimento (D’INNOCENZO, *et al.*, 2006, p. 85).

3 METODOLOGIA

A fim de investigar em que medida o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) utiliza os resultados das pesquisas de satisfação desenvolvidas pelo setor de ouvidoria institucional e os aplica administrativamente, a partir de seus atos normativos, optou-se, neste estudo, por uma metodologia de pesquisa aplicada em um estudo de caso caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa.

Inicialmente, o *corpus* de análise utilizou dados secundários com base nos bancos gerados pelas Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU), realizadas e divulgadas pelo HC-UFPE entre os anos de 2015 e 2019, as quais tiveram início em 2014, mas com algumas falhas, e foram suspensas após o 1º ciclo de 2019, sem perspectiva de retomada até a conclusão deste estudo. Os resultados publicados foram transformados em uma tabela (4) e dois gráficos (1 e 2).

Num segundo momento, através de Análise de Conteúdo (AC), foram feitos levantamentos das portarias publicadas pela instituição, utilizando o critério temporal, já que todas elas foram publicadas no mesmo período das PSU, buscando-se pelos temas de maior incidência nas portarias e também por assuntos que se relacionassem com aspectos ou dimensões abordadas nas PSU, o que também foi transformado em duas tabelas (2 e 3) e um quadro (4).

Finalmente, a busca por correlações entre as PSU e as portarias culminou na construção de dois gráficos (3 e 4) que congregaram os dois bancos de dados, serviram de sustentação para as análises realizadas, no intento de verificar se as respostas do usuário hospitalar aos levantamentos de opinião, executados periodicamente pela Unidade de Ouvidoria do HC-UFPE, foram percebidas e correspondidas com relevância pelos atos administrativos.

O acesso às portarias constituintes do banco de dados pode ser feito pelo link <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/aceso-a-informacao/boletim-de-servico>, sendo possível escolher o ano e o boletim de serviço nos quais seja necessário verificar a informação.

Os dados foram segregados em grupos, de acordo com os títulos que apresentavam cada portaria, totalizando 37 grupos.

No entanto, observou-se que algumas vezes, um mesmo tipo de ato era apresentado sob um título diferente, gerando, desnecessariamente, uma categoria diversa. Assim, foi feita uma segunda categorização, unindo temas/títulos afins, reduzindo o número de categorias a 7, como consta no quadro 4.

Destas 7 categorias, observou-se que 2 delas, destituição e prorrogação, não possuíam relação alguma com o objeto de estudo deste trabalho, sendo, portanto, excluídas. Assim, restaram 5 categorias para as quais constatou-se relação direta com a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

Invocando suporte teórico para a metodologia de pesquisa escolhida para o desenvolvimento deste estudo, temos que Cunha e Araújo (2018, p. 17), em concordância com vários outros autores, definem estudo de caso como “um método de pesquisa empírica que investiga a manifestação do fenômeno localizada temporal e espacialmente, em profundidade e no seu contexto” e arrematam, esclarecendo que “os estudos de um caso singular são mais propensos a gerar hipóteses, apresentar maior validade interna, enfatizar mecanismos causais, alcançar profundidade da análise, associar-se a relações determinísticas e à heterogeneidade dos casos” (CUNHA e ARAÚJO, 2018, p. 18). Yin defende que “como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (YIN, 2001, p. 21) e conclui com a ideia de que “a teoria, ao realizar estudos de caso, não apenas representa uma ajuda imensa na definição do projeto de pesquisa e na coleta de dados adequados, como também se torna o veículo principal para a generalização do estudo de caso” (YIN, 2001, p. 54).

Um estudo exploratório auxilia a situar o assunto na literatura acadêmica sobre o tema de interesse, para então aprofundá-la e utilizar os autores para uma explanação crítica e científica sobre o tema. Segundo Vergara (1998, p. 45), “a investigação exploratória é realizada; em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”. Piovesan e Temporini (1995, p. 321) definem pesquisa exploratória como:

[...]estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer. Em outras palavras, a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre.

Quanto ao caráter descritivo desta pesquisa, justifica-se pela realização de estudo, análise, registro e interpretação dos fatos do mundo físico sem a ingerência do pesquisador, como é o caso das pesquisas de opinião (BARROS; LEHFELD, 2007), onde a finalidade não é entrar no mérito dos conteúdos. Triviños (1987, p. 110) afirma que “o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Sylvia Vergara (1998) pontua que:

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir

sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Pesquisa de opinião insere-se nessa classificação. (VERGARA, 1998, p. 45)

Fazendo referência ao método quantitativo, Dalfovo, Lana e Silveira (2008) esclarecem que “descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuindo no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos”. Já Airton Silva (2015, p. 52), em concordância com Zanella (2006, p. 89), destaca quatro fundamentos básicos da pesquisa quantitativa:

- i. O mundo social opera de acordo com leis causais;
- ii. o alicerce da ciência é a observação sensorial;
- iii. a realidade consiste em estruturas e instituições identificáveis enquanto dados brutos por um lado, crenças e valores por outro;
- iv. o que é real são dados brutos considerados dados objetivos, valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas através dos dados brutos.

Sobre a análise de conteúdo (AC), Silva (2015, p. 59) define este método de tratamento e análise para “informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação reduzida a um texto ou documento.”. Como descreve Laurence Bardin (2011, p. 47), a AC é:

[...]um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esta técnica se destaca entre os métodos qualitativos, sendo cada vez mais aceita ao se empenhar na garantia do rigor científico e profundidade das pesquisas. Ao utilizar várias técnicas para descrever o conteúdo presente na comunicação, esta técnica utiliza procedimentos sistemáticos para gerar indicadores que permitem inferências. (BARDIN, 2011).

Tais procedimentos ocorrem em fases, iniciando por uma pré-análise, ao se conhecer os documentos, através da sua leitura, seleção de trechos para análise, formulação de hipóteses e objetivos e, finalmente, determinação de indicadores. (BARDIN, 2011).

A segunda fase, ainda segundo Bardin (2011), destina-se à exploração do material, com sua descrição analítica, composta por definição de categorias através de codificação e identificação das unidades de registro, categorização e contagem de frequência.

Por fim, ao se tratar dos resultados, através de interpretação e inferência, condensação e destaque das informações para análise, buscou-se, novamente, apoio em Bardin (2011), que percebe este como o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, culminando nas interpretações inferenciais para a elaboração das conclusões do estudo.

Optou-se por se apresentar e analisar os dados em contexto, organizando-os em dois subcapítulos: um dedicado às ações da Ouvidoria (as Pesquisas de Satisfação do Usuário-PSU)

e outro aos atos administrativos praticados pela Superintendência e Gerências da instituição (os Boletins de serviço e suas Portarias), nos quais realizou-se análise de conteúdo a fim de detectar a frequência de temas relativos às PSU naquelas Portarias, procurando identificar conexões entre eles. Os dados, apresentados em tabelas, quadros e gráficos, foram tratados através do Microsoft Office Excel.

4 LOCAL DA PESQUISA

O estudo se restringe ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, atualmente filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, sobre o qual seguem algumas informações.

4.1 A INSTITUIÇÃO

O Hospital das Clínicas Professor Romero Marques (HC-UFPE) é um órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco criado pelo Decreto-Lei nº 9.388, de 20 de junho de 1946, vinculada ao Ministério da Educação, com sede na Rua Prof. Moraes Rego, s/n, Bairro Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50740-900. Foi edificado em meados de 1950, tendo, porém, sua inauguração no campus universitário em 14 de setembro de 1979, quando foi iniciada a transferência gradativa do Hospital Pedro II, primeira unidade hospitalar ligada à Universidade Federal de Pernambuco. O objetivo, inicialmente, foi dar suporte às atividades de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFPE – CCS, apenas como hospital de ensino. Porém, sua finalidade ampliou-se até passar a atuar como centro de pesquisas científicas e prestador de serviços de saúde, ligado ao SUS, para atender à população do Estado de Pernambuco e da região Nordeste (BRASIL, 2015, s. p.).

Segundo o Artigo 2º do seu Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 159, de 10 outubro de 2019, publicado no Boletim de Serviço nº 136, 15 de outubro de 2019, o HC-UFPE tem como objetivo “prestar atenção à saúde com excelência à sociedade, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como cenário de prática adequado ao ensino, pesquisa e extensão, com intuito de avançar nos conhecimentos científicos para docentes e discentes” (EBSERH, 2019, p. 3).

A missão do HC-UFPE, expressa na Carta de Serviços ao Usuário, “Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida”. Quanto a sua visão, foca em “Ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde”. Possui como valores os ideais de “Legalidade, Transparência Humanidade, Conhecimento, Entusiasmo, Comprometimento, Profissionalismo, Impessoalidade, Moralidade e Cortesia” (HC-UFPE, s. d., *on line*).

A partir de 2013, o HC-UFPE passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), também subordinada ao MEC, autorizada pela Lei nº

12.550, de 15 de dezembro de 2011, e com Estatuto Social aprovado pelo Decreto nº. 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Desta forma, o HC-UFPE tornou-se uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Apesar de caber à EBSEH a responsabilidade sobre a gestão e infraestrutura, obedecendo às diretrizes de modernização da gestão, reestruturação da força de trabalho, reestruturação física e tecnológica e qualificação da gestão orçamentária e financeira (EBSEH, 2019, *on line*), o HC-UFPE permanece como um dos órgãos suplementares da UFPE, diretamente subordinado ao Reitor, com a finalidade de supervisão e controle administrativo, com os recursos provenientes tanto do Ministério da Educação como do Ministério da Saúde, além de continuar atendendo exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde.

4.2 A OUIDORIA

A Divisão de Ouvidoria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) funciona desde julho de 2000. É um dos órgãos de assessoramento diretamente vinculados à Superintendência, conforme demonstra a figura 1. A escolha do ouvidor compete ao Superintendente do hospital e a uma comissão formada por membros da Diretoria Executiva da EBSEH que avaliam, através de uma análise curricular, a qualificação para o atendimento das competências específicas para o cargo. Este cargo tem mandato de 6 anos, com possibilidade de prorrogação por mais 3 anos, porém, como esta regra é recente, a atual ouvidora já ocupa o cargo há 20 anos (EBSEH, 2019, *on line*).

FIGURA 1 - ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DO HC-UFPE



O espaço físico da Ouvidoria do HC-UFPE é bem sinalizado, com rampa de acessibilidade, dividido em três ambientes (recepção, sala da ouvidora e sala de guarda de documentos), adequadamente iluminado e climatizado, tendo como ferramentas de trabalho computadores e telefones. O quadro funcional é composto pela ouvidora e dois servidores, que realizam o acolhimento dos usuários e suas manifestações, tanto presencialmente quanto por via telefônica, pelos Correios, por e-mail ou através dos sistemas Fala.BR, e-SIC, SEI e OuveUFPE.

Segundo o Art. 34 do Regimento Interno do Hospital das Clínicas Professor Romero Marques, da UFPE, filial EBSEH, aprovado pela Portaria nº 159, de 11 de outubro de 2019, compete à Ouvidoria:

- i. Assegurar o contínuo funcionamento dos canais de comunicação do cidadão com o hospital;
- ii. receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados;
- iii. acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;
- iv. propor à Superintendência medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do HC-UFPE, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas ao aperfeiçoamento administrativo;
- v. assegurar a realização da pesquisa de satisfação do usuário, conforme diretrizes da EBSEH, e participar das discussões acerca das ações necessárias para melhoria contínua;
- vi. manter atualizada a “Carta de Serviços ao Cidadão”, bem como sua ampla divulgação;
- vii. monitorar o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) no âmbito do HC-UFPE, nos termos da Lei nº 12.527/2011, regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012 e prestar informações ao público quanto aos serviços e ao funcionamento da instituição, de acordo com a legislação em vigor; e
- viii. exercer outras atribuições determinadas pelo Superintendente.

Parágrafo Único: A ouvidoria se reportará diretamente ao Superintendente e integrará a Rede Nacional de Ouvidorias dos Hospitais Universitários Federais (RNOHUF), coordenada pela Ouvidoria-Geral da EBSEH, para a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, realização de pesquisas de satisfação e produção de relatórios estatísticos e de gestão (EBSEH, 2019, p. 14 e 15).

Destarte, a Ouvidoria do HC-UFPE atende ao preceito de *accountability* do Estado, apresentado por Rocha (2008, p. 1) como sendo a “responsabilização permanente dos gestores públicos em razão dos atos praticados em decorrência do uso do poder que lhes é outorgado pela sociedade”, e classificado por Fleury (2014) como a dimensão social das políticas, por se tratar da relação entre o poder público e a sociedade, aumentando a participação na definição de prioridades e no desenho das políticas públicas, o efetivo controle social, a prestação de contas, e a responsabilização dos servidores. Representa um espaço para exercício de cidadania e acolhimento das pessoas, onde se recebem e se formalizam as denúncias, reclamações, sugestões e elogios, manifestações estas necessárias para a cultura de cooperação e participação

da construção das políticas públicas nas instituições. Nesta cultura devem prevalecer o bom senso, a ética, o respeito à diversidade e o diálogo entre as partes envolvidas.

À Ouvidoria do HC-UFPE cabe, como diretrizes técnicas:

- i. Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados;
- ii. acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;
- iii. propor à Superintendência medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do hospital, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo;
- e
- iv. encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria, para a devida análise e divulgação (EBSERH, 2013).

Ao cumprir o Decreto de nº 9.094/2017, que regulamenta o Código de Defesa do Usuário do Serviço Público (Lei nº 13.460/2017), a Ouvidoria do HC-UFPE produziu a Carta de Serviços ao Usuário, que tem o objetivo de informar ao cidadão os serviços prestados pela instituição, suas formas de acesso, os compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público, além de outras informações relevantes, possibilitando a participação do cidadão no monitoramento dos serviços oferecidos. Esta Carta, além de outras informações disponibilizadas no sítio eletrônico, é uma das formas de transparência ativa que a instituição realiza.

Com o mesmo propósito, a Ouvidoria do HC-UFPE efetua semestralmente, as Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU). Este tipo de pesquisa figura como uma forma de chamado da população ao exercício da cidadania, na medida em que estimula a crítica aos serviços prestados, provocando os usuários.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Ao se abordar as Pesquisas de Satisfação do Usuário e as Portarias publicadas pela Superintendência do HC-UFPE nos seus Boletins de Serviço, cabem algumas informações a respeito de ambos, a fim de facilitar a compreensão do leitor.

5.1 AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO HC-UFPE

As Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU), realizadas pela Ouvidoria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), fundam-se nas diretrizes da Ouvidoria Geral da EBSEH e do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização Decreto nº 9.094/2017, que revogou o Decreto nº 5.378/2005, na Lei de Acesso à Informação ou LAI (Lei nº 12.527/2011), no Decreto nº 7.724/2012 e na Lei nº 13.460/2017, já tratados.

Além destes instrumentos legais, as PSU também respondem ao Acórdão nº 2.813/2009 do Tribunal de Contas da União (TCU), que sugere a adoção de mecanismos de avaliação periódica, inclusive através de pesquisas de satisfação, e divulgação de resultados nas unidades hospitalares vinculadas às universidades federais do país, versando da seguinte forma:

9.24.1. avaliação da possibilidade de desenvolvimento, com a finalidade de permitir, em fiscalizações de maior porte, a realização de pesquisas de opinião mediante uso da Internet, de ferramenta automatizada que possibilite elaboração de formulários com diversos tipos de questões, possua facilidade de publicação na rede mundial de computadores, garanta disponibilidade de acesso em tempo integral e possua mecanismos de acesso e tratamento dos dados informados; ou,

9.24.2. alternativamente, avaliação da viabilidade de uso da solução disponível no Google e de sua disseminação para as unidades técnicas. (TCU, 2009)

No inciso V, Art. 34 do Regimento do HC-UFPE, destaca-se que uma das competências da Ouvidoria é “Assegurar a realização da pesquisa de satisfação do usuário, conforme diretrizes da EBSEH, e participar das discussões acerca das ações necessárias para melhoria contínua” (EBSEH, 2019, *on line*).

Nesta instituição, as Pesquisas de Satisfação do Usuário (PSU), também pretendem colaborar na continuidade do ciclo das políticas públicas, permitindo a inclusão da opinião e perspectiva do usuário na sua avaliação, fase “final” do ciclo sucessivo de toda política pública, auxiliando na identificação dos problemas, na formação de novas agendas e na construção de alternativas, antes da tomada e implementação de novas decisões. Por conseguinte, os investimentos de qualquer natureza feitos naquelas áreas podem encontrar embasamento em dados sólidos e sempre atuais.

Portanto, reflexões e ações sobre o ciclo contínuo do processo das políticas públicas, além de demonstrar respeito à sociedade, que busca receber um produto adequado às suas

demandas e perceber a sua efetiva participação nos processos de melhoria dos serviços públicos essenciais, fortalecem a instituição, que investe na sua imagem e confiabilidade perante o público-alvo, sendo este, no caso de um hospital universitário, pacientes, profissionais de diversas áreas, estudantes e empresas colaboradoras, os quais valorizam seu vínculo com uma organização responsável, que possa oferecer garantias éticas, técnicas e científicas em constante evolução. De acordo com o site do HC-UFPE,

A Pesquisa de Satisfação do Usuário, realizada pela Ouvidoria do hospital, busca trazer melhorias à unidade através da coleta de opinião de seus usuários. Os resultados são direcionados à gestão a fim de desenvolverem ações a partir dos dados coletados. Ao longo do ano, a pesquisa é aplicada duas vezes, correspondendo ao primeiro e segundo ciclo (EBSERH, 2019, *on line*).

Quanto à escolha pela aplicação de questionários semiestruturados do tipo *survey*, para a condução das pesquisas, a EBSERH (2019) esclarece que “se deveu às vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo”.

A metodologia prevalente fundamentou-se na escala de Likert (figura 2), sendo acrescida a questão do “não se aplica” em itens que não comportam a aferição nesta escala, e a segurança e confiança do usuário nos serviços utilizados são medidos em percentual pela escala NPS (Net Promoter Score), exposta na figura 3.

FIGURA 2 - ESCALA DE LIKERT



Fonte: EBSERH, 2019.

FIGURA 3 - ESCALA NPS



Fonte: EBSERH, 2019.

Como as PSU do HC-UFPE tiveram início em 2014, mas com falhas de registro, os resultados aqui apresentados ocorreram a partir do ano de 2015, quando foram realizados três ciclos. A partir daí, seguiu-se o protocolo de dois ciclos anuais, com nova alteração no ano de 2019, neste ano, além da mudança no *layout*, ocorreu apenas o 1º ciclo, devido à suspensão deste tipo de pesquisa (direcionada aos usuários).

As pesquisas foram realizadas através da aplicação de questionários, cujo modelo está apresentado no anexo A deste estudo. Os aspectos abordados por estas pesquisas estão dispostos no quadro 3 e representam dimensões percebidas pelo público ao se utilizarem dos serviços ofertados pelo hospital, seja esta experiência em ambiente ambulatorial ou nas dependências destinadas a internamentos.

QUADRO 3 - ASPECTOS E DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DAS PSU DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

ASPECTOS	DIMENSÕES
Aspectos tangíveis	Aparência das instalações físicas e equipamentos, limpeza, conforto das salas de espera, etc.
Confiabilidade	Indicação do hospital, nível de confiança e avaliação geral.
Receptividade, Empatia, Responsabilidade, Segurança.	Atendimento da recepção e da equipe de saúde.

Fonte: Adaptado de EBSEH, 2019.

Durante este período de cinco anos, foram realizadas e publicadas 10 Pesquisas de Satisfação do Usuário, nas quais ocorreram 3 ciclos ao longo do ano de 2015, 2 ciclos em cada ano consecutivo até 2018 e apenas 1 ciclo no ano de 2019, quando houve a interrupção desta modalidade de pesquisa, para a qual não houve justificativa apresentada ou que chegasse ao conhecimento da autora até a conclusão deste estudo. Ao se realizar questionamento do motivo à Ouvidoria, obteve-se como resposta apenas que a suspensão partiu da EBSEH e que ainda não havia previsão de retomada.

Os resultados destas pesquisas, com suas dimensões, por ciclo, foram reunidos, apresentados em percentual na tabela 1.

TABELA 1 – TAXA DE USUÁRIOS SATISFEITOS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HC-UFPE

DIMENSÕES	PERÍODOS										
	2015			2016			2017		2018		2019
	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 1	
Infraestrutura	53,22	53,43	60,03	64,92	63,41	59,15	51,20	64,26	58,38	37,52	
Atendimento	61,67	59,38	67,36	79,22	75,89	74,11	69,78	69,50	61,80	49,11	
Avaliação geral	59,95	58,24	60,32	73,23	69,60	93,40	89,30	66,06	93,15	41,32	
Indicação	83,00	78,00	94,00	97,00	97,00	95,00	94,00	96,00	96,73	98,50	
Satisfação geral	60,95	59,34	67,06	75,33	73,06	70,73	70,11	69,63	69,67	97,60	

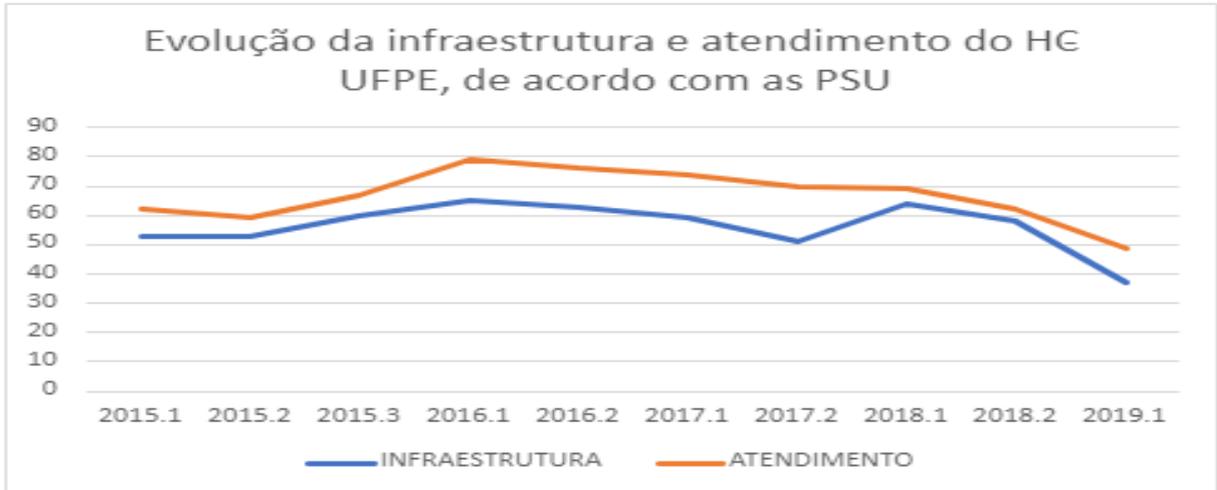
Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Nesta tabela, fica evidente que, apesar da queda do índice de satisfação referente às dimensões de infraestrutura, do atendimento e da avaliação geral, tais resultados não se comportaram da mesma forma no que tange à indicação e à satisfação geral, o que evidencia um conflito. Tal incongruência pode repousar na necessidade premente de acesso a um serviço de saúde público, mesmo que o mesmo não satisfaça plenamente as expectativas dos usuários. Também há a possibilidade de se inferir a possibilidade de estes usuários terem adquirido uma maior criticidade a respeito das dimensões avaliadas, sem que isto interferisse, necessariamente, na sua avaliação geral e indicação. Tal comportamento refletiria o dito popular “Quem ama, reclama”, de onde tomamos licença para elaborar “Quem precisa, ameniza”, pois sabe-se que saúde é um produto de grande necessidade de todos.

[...] em órgãos públicos a relação entre produtos/serviços para o usuário/cliente é motivada por necessidade extremada, como é o caso da busca por atendimento em hospitais públicos, mesmo que não existam médicos, enfermeiros e/ou recursos materiais disponíveis, mas a necessidade pelo atendimento obriga a população a dirigir-se para o local no qual não foi bem atendida (SILVA, 2012, p. 44-45).

As dimensões de infraestrutura e atendimento se enquadram nos aspectos delimitados pela EBSEH (quadro 3) de forma que a primeira representa os aspectos tangíveis e a segunda os aspectos de receptividade, empatia, responsabilidade e segurança. O gráfico 1 representa como estas dimensões foram avaliadas pelo público ao longo do tempo em estudo, segundo as PSU.

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA INFRAESTRUTURA E ATENDIMENTO DO HC-UFPE, CONFORME AS PSU

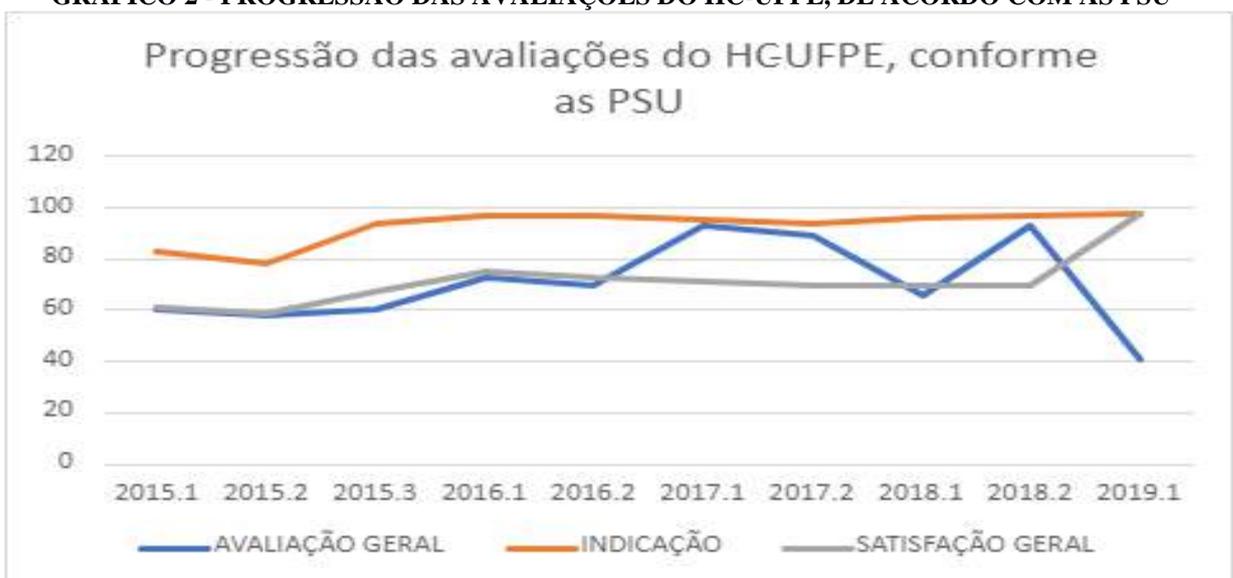


Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Este gráfico evidencia uma oscilação nos resultados de satisfação dos usuários, finalizando com uma queda a níveis abaixo dos registrados nos períodos iniciais das PSU. Pode-se inferir que estas dimensões apresentaram uma real decadência, o que ensejaria uma ação pontual dos gestores a fim de diagnosticar e solucionar os problemas encontrados. Porém, também há a possibilidade de as expectativas dos usuários terem se elevado, o que revelaria resultado positivo no incentivo à prática da avaliação cidadã.

As dimensões de avaliação geral, indicação e satisfação geral, que se enquadram no aspecto de confiabilidade da EBSERH exposto no quadro 3, têm, com base nas PSU, sua evolução temporal apresentada no gráfico 2.

GRÁFICO 2 - PROGRESSÃO DAS AVALIAÇÕES DO HC-UFPE, DE ACORDO COM AS PSU



Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Observa-se variações na avaliação geral, com brusca queda na última pesquisa, sugerindo à gestão que seja prestada uma maior atenção a esta dimensão, o que pode estar relacionado, tanto a um aumento da expectativa dos usuários, quanto a reais deficiências dos serviços prestados. Quanto à indicação, há uma constância na sua avaliação, sugerindo que, apesar das deficiências observadas pelos usuários do hospital, há uma certa credibilidade na instituição, ao ponto de indicarem aos seus familiares e amigos. No que tange à satisfação geral, ocorre um aumento constante na sua aprovação, com pico na última pesquisa realizada, o que conflitua com a avaliação geral, mas reforça a tendência da indicação. Quando se trata de serviços de saúde, a possibilidade de realização de exames e de resolução das patologias como direito garantido torna imprescindível a manutenção do vínculo com uma instituição que seja referência em alta complexidade, como é o caso do HC-UFPE.

Como as expectativas dos clientes aumentam com o tempo, eles tendem a não mais se satisfazer se a empresa não acompanhar as mudanças de suas necessidades e desejos, o que demanda tempo e investimento. No ambiente público há o agravante que se o órgão público for ineficiente na sua função, poderá haver prejuízos irreparáveis para o usuário/cliente frente a esta ineficiência (SILVA, 2012, p. 44).

5.2 OS BOLETINS DE SERVIÇO E AS PORTARIAS

Desde a publicação da Norma Operacional nº 01, de 05 de janeiro de 2015 que dispõe sobre a regulamentação do processo de produção e publicação do Boletim de Serviço (BS) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), filial EBSEH, e tem a finalidade de garantir a publicidade dos atos administrativos praticados pela Superintendência e Gerências da instituição, semanalmente são publicadas nestes BS as Resoluções e Portarias da Superintendência, as Portarias das Gerências, a relação dos contratos administrativos, convênios, acordos e outros instrumentos similares firmados pela instituição, as Normas Operacionais elaboradas pela Superintendência e outros atos de interesse coletivo.

Todos estes atos administrativos foram analisados, no período de 2015 a 2019, com o intuito de encontrar referências às dimensões abordadas nas Pesquisas de Satisfação do Usuário do HC-UFPE realizadas na mesma época, o que poderia ser compreendido como uma resposta prática a estas pesquisas que, ao funcionarem como instrumentos ativos de captação da opinião pública, gerariam dados com potencialidades para interferir na política ofertada pelo serviço.

Ao todo, foram publicados, durante o período estudado, um universo de 179 Boletins de Serviço (BS), contendo 1002 Portarias. A fim de distribuir com equilíbrio os períodos, o ano de 2015 foi dividido em 3 períodos, como ocorreu nas PSU, enquanto os outros anos foram separados em 2 momentos, tendo o ano de 2019 apenas um ciclo concluso.

A fim de demonstrar quais seriam os títulos que apresentavam as Portarias institucionais e a categorização adotada para tabulação dos dados, foi construído o quadro 4.

QUADRO 4 - TÍTULOS DAS PORTARIAS PUBLICADAS PELO HC-UFPE ENTRE 2015 E 2019

TÍTULO	CATEGORIA
Designação, delegação, subdelegação, substituição, inclusão, exclusão.	Designação
Constituição, instituição, criação, instauração.	Constituição
Normatização, regulamento interno, norma operacional, instrução, regimento, estabelecimento de normas, resolução.	Normatização
Prorrogação, recondução.	Prorrogação
Concessão, divulgação, aprovação, publicação, resultado, progressão, movimentação, elogio e registro em ficha funcional.	Concessão
Destituição, interrupção, exoneração, dispensa, afastamento, suspensão.	Destituição
Alteração, retificação, revogação, anulação.	Alteração

Fonte: Criação da autora a partir de dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Na tabela 2, aponta-se, em cada período, as categorias de maior incidência no período deste estudo.

TABELA 2 - TEMAS DE MAIOR INCIDÊNCIA NAS PORTARIAS DO HC-UFPE ENTRE 2015 E 2019
FREQUÊNCIA

CATEGORIAS	FREQÜÊNCIA					TOTAL POR CATEGORIA
	2015	2016	2017	2018	2019	
Designação	107	107	160	134	112	620
Constituição	24	25	15	23	50	137
Normatização	5	1	7	1	2	16
Prorrogação	6	9	12	12	9	48
Concessão	0	5	8	8	11	32
Destituição	1	1	11	1	2	16
Alteração	27	31	33	28	14	133
TOTAL POR ANO	170	179	246	207	200	1002

Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Observa-se alta proporção de temas relativos à movimentação de pessoal, como designação, seguidos por constituição e alteração de comissões e serviços. Saliando a tarefa inerente à Superintendência de estruturar os serviços, com toda sua complexidade de pessoal e aparato burocrático, compreende-se a importância de cercar-se de profissionais confiáveis e

capacitados nos vários setores que compõem uma entidade tão complexa. Entretanto, causa estranhamento que matérias propostas nas PSU, as quais, teoricamente, norteariam as ações dos gestores, tenham sido relegadas a um espaço deveras restrito na instância decisória.

**TABELA 3 – PORTARIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES CONTEMPLADAS NAS PSU
FREQUÊNCIA**

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA					TOTAL POR CATEGORIA
	2015	2016	2017	2018	2019	
Designação	3	0	0	1	0	4
Constituição	1	0	1	1	13	16
Normatização	1	1	1	0	1	4
Prorrogação	0	0	0	0	0	0
Concessão	0	0	0	0	2	2
Destituição	0	0	0	0	0	0
Alteração	0	0	0	1	0	1
TOTAL POR ANO	5	1	2	3	16	27

Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Quanto às relações entre as portarias publicadas e os temas abordados nas PSU (tabela 3), apenas 27, do total de 1002, se enquadraram nestes temas, com destaque para as portarias que tratavam de constituição de comissões e serviços (16), seguidos pelos temas relativos a designação e normatização (ambas com 4 citações), concessão (2) e alteração (apenas 1).

Como os temas prorrogação e destituição não apresentaram relação com as dimensões das PSU, os mesmos foram eliminados do estudo.

Gerou-se, então, a tabela 4, na qual pode-se observar as taxas relativas do surgimento os temas abordados pelas pesquisas de satisfação dos usuários, conforme cada categoria, anualmente, reforçando a baixa taxa de referência a estes temas.

TABELA 4- PERCENTUAL DE PORTARIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES CONTEMPLADAS NAS PSU, POR ANO

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA				
	2015	2016	2017	2018	2019
Designação	60	0	0	33,33	0
Constituição	20	0	50	33,33	81,25
Normatização	20	100	50	0	6,25
Concessão	0	0	0	0	12,5
Alteração	0	0	0	33,33	0

Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Considerou-se que estes atos administrativos, para serem responsivos às PSU, deveriam tratar dos aspectos (ou dimensões) de maior controle dentro das Pesquisas de Satisfação do Usuário, sejam eles a “infraestrutura” e o “atendimento”.

O levantamento realizado revelou a configuração apresentada na tabela 5, onde se percebe a discrepância entre os números relativos de Portarias que se referem às dimensões das PSU comparados com outras (neste momento, vistas de forma geral).

TABELA 5 – TAXA DE INCIDÊNCIA DAS PORTARIAS EM RELAÇÃO ÀS DIMENSÕES DAS PSU

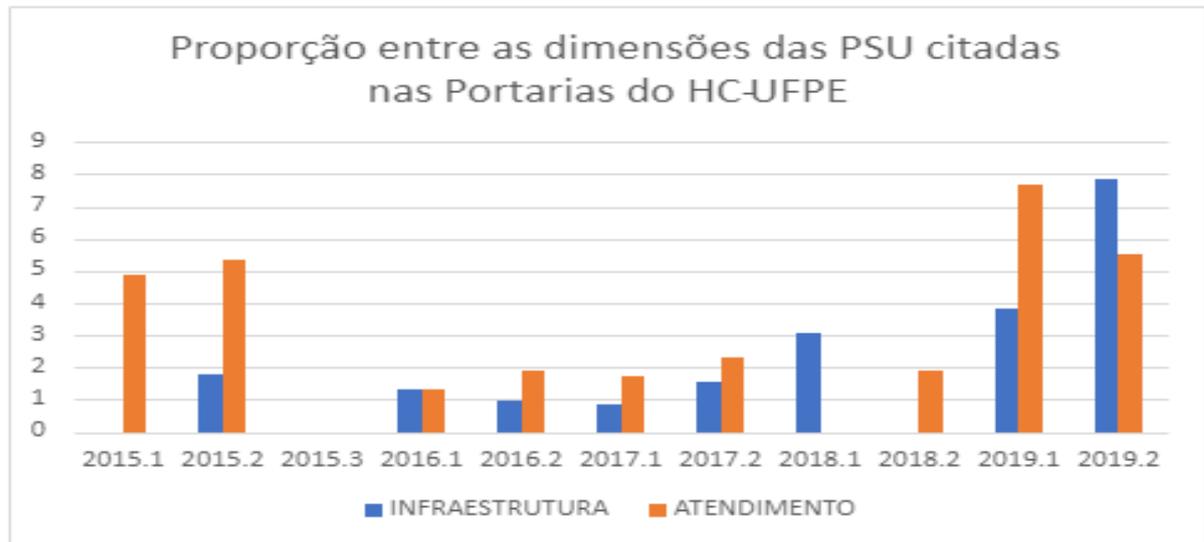
ANO	PORTARIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES DAS PSU		PORTARIAS NÃO RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES DAS PSU
	Infraestrutura	Atendimento	
2015	0	4,88	95,12
	1,78	5,36	92,86
	0	0	100
2016	1,3	1,3	97,4
	0,96	1,92	97,11
2017	0,87	1,73	97,39
	1,55	2,32	97,12
2018	3,06	0	96,94
	0	1,92	98,07
2019	3,85	7,7	88,46
	7,87	5,51	86,61

Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

As proporções apresentadas na tabela acima foram convertidas em gráficos (3 e 4), para melhor visualização destas disparidades.

No gráfico 3, abaixo apresentado, está evidenciada a proporção de citações de cada dimensão das PSU mencionadas nas Portarias do HC-UFPE durante o período estudado.

GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DAS PSU CITADAS NAS PORTARIAS DO HC-UFPE

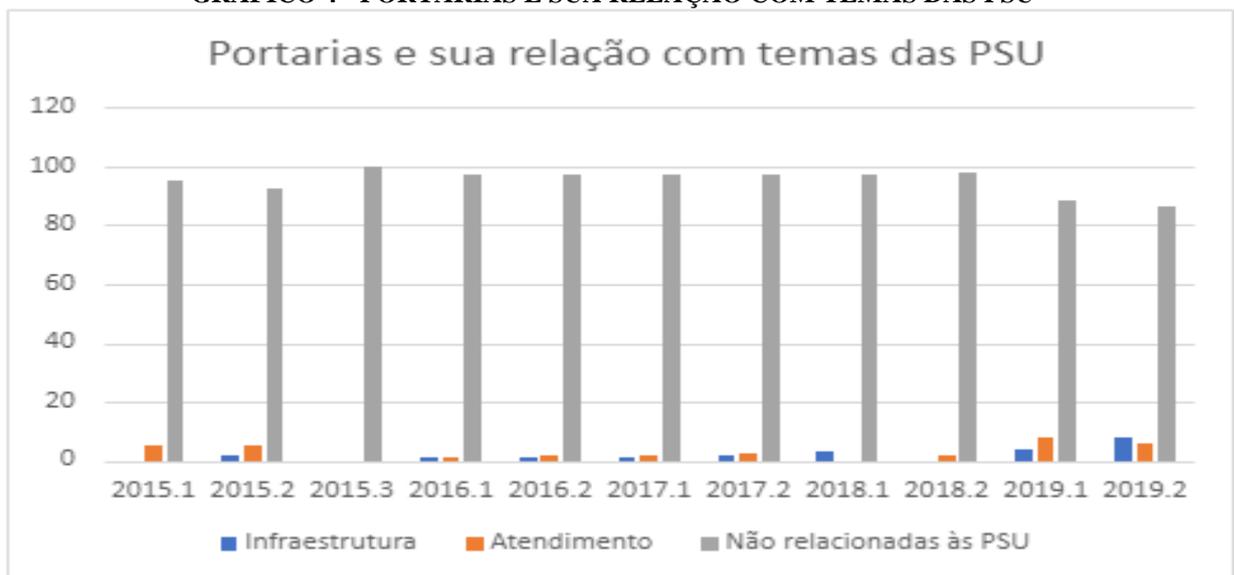


Fonte: Criação da autora a partir dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Evidencia-se que houve um período em que nenhuma das dimensões foi mencionada (2015.3), outros nos quais a infraestrutura foi omitida (2015.1 e 2018.2), assim como o atendimento (2018.1), o que sugere a inobservância das demandas dos usuários. Entretanto, no ano de 2019 estas dimensões foram mais abordadas, inclusive, com certo equilíbrio, denotando uma possível tendência de valorização destas demandas e a possibilidade de fortalecimento da participação social nas políticas da instituição.

No entanto, quando se compara a proporção entre os aspectos relacionados às dimensões abordadas nas PSU e outros assuntos, o gráfico 4 ressalta a disparidade.

GRÁFICO 4 - PORTARIAS E SUA RELAÇÃO COM TEMAS DAS PSU



Fonte: Criação da autora a partir de dados fornecidos pelo HC-UFPE.

Fica patente, pela configuração acima apresentada, a desproporção entre a relevância das necessidades dos usuários captadas pela Ouvidoria, através das PSU, e outros temas, ao se analisar os BS e suas Portarias. Cabe salientar que a ausência absoluta, no terceiro quadrimestre de 2015, dos temas buscados e a total inexistência de um ou outro em 2015.1, 2018.1 e 2018.2, reforça sua incapacidade de alterar o curso das políticas de saúde institucionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcurso do estudo, alguns empecilhos ocorreram, de forma que não podem deixar de se destacar que, no período imediatamente posterior à suspensão das PSU, a superintendência do hospital foi substituída por duas vezes (em novembro de 2019 e abril de 2020), alterando a ocupação das chefias e gerências de muitos setores. Também interferiu nas análises a eclosão da pandemia de covid-19, no início de 2020, alterando, sensivelmente, a dinâmica de funcionamento do hospital, obrigando todos os setores a se reestruturarem e abalando profundamente os profissionais (inclusive psicologicamente), ao ponto de tudo ser ressignificado. Impossível desconsiderar este impacto na autora, que exerce a profissão de enfermeira, e precisou dividir a atenção à sua pesquisa com um novo contexto de adoecimento próprio e de pessoas próximas. A suspensão das PSU, no início do segundo semestre de 2019 também gerou prejuízo à pesquisa, que pretendia, a priori, completar aquele ano com dados do segundo ciclo.

Convém esclarecer que a pesquisa não buscou avaliar a eficiência da Ouvidoria, unidade responsável pela realização das pesquisas, mas verificar se, após mobilizar a sociedade com levantamento de opinião, através da proposta de uma Ouvidoria ativa, as respostas adquirem relevância ao ponto de serem percebidas na legitimação dos atos administrativos.

Verificou-se que a participação popular, apesar de instigada por um comportamento ativo da Ouvidoria institucional, ao solicitar do usuário a expressão da sua opinião sobre a qualidade dos serviços ofertados pela instituição hospitalar, não pareceu encontrar eco nos atos administrativos institucionais.

Respostas diretas às demandas do usuário pela instância decisória evidenciariam, além do aproveitamento de uma ferramenta diagnóstica continuamente atualizada, a legitimação da diretriz constitucional da participação popular na construção da agenda das políticas públicas nesta instituição hospitalar. No entanto, a busca de correlações entre as PSU e as Portarias não conseguiu demonstrar tal faculdade.

Pelo contrário, o caso estudado revelou que a implantação das Pesquisas de Satisfação do Usuário se deu, unicamente, como resposta a uma demanda imposta pelo Acórdão nº 2.813/2009 do Tribunal de Contas da União (TCU) às unidades hospitalares vinculadas às universidades federais do país. Tal ação da Ouvidoria, apesar de ser executada conforme as diretrizes da EBSEH, foi suplantada por outras atividades e relegada ao esquecimento, pelo menos momentaneamente, a partir da sua suspensão, pela própria EBSEH, desde o segundo

semestre de 2019. Além disto, mesmo no período em que as pesquisas ocorreram, percebe-se que o fluxo de outros fatos termina por encobrir este tema na agenda política institucional.

Talvez as PSU não sejam uma ferramenta capaz de orientar ou provocar mudanças nas políticas institucionais, talvez o momento político-social atual não seja apropriado a este intento, talvez, ainda, o presente estudo não seja adequado para captar a importância dada pelos gestores à opinião do usuário, ao que se recomenda novas e diferentes incursões com o mesmo propósito. O fato é que a realidade apresentada reforça a ideia de que, apesar de os procedimentos democráticos terem sido instituídos legal e formalmente, apresentam-se inoperantes do ponto de vista prático, frustrando transições sociais necessárias. Além disto, as análises das políticas públicas podem permitir melhor compreensão de algumas tensões geradas por tendências contraditórias que atravessam os debates públicos na sociedade.

A escuta da opinião dos usuários dos hospitais universitários é um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, podendo servir de referência para o estabelecimento de políticas públicas pelos gestores das instituições. As PSU têm a capacidade de captar estas opiniões sem que o usuário seja movido por frustrações, como ocorre na maioria dos casos em que a Ouvidoria é buscada (passiva), o que, provavelmente, suavizaria os conflitos entre Estado e sociedade.

Ao longo desta pesquisa percebeu-se a ausência do envolvimento de Conselhos de Saúde, ficando a definição da política ao cargo da administradora dos HU, como uma decisão “intra-muros”.

Acreditando que eventos pequenos podem se somar, ao longo do tempo, e gerar grandes efeitos futuros, sugere-se que as PSU passem a fazer parte do cotidiano do HC-UFPE, sob a orientação da Ouvidoria, independentemente das exigências da EBSEH. Tal medida, além de garantir uma fonte de informações sempre atualizadas, servindo como vetor do direcionamento e do planejamento das políticas de saúde internas. Além disto, esta medida inclusiva instigaria a participação popular no SUS, destacando sua importância para a educação cidadã e cooperando para a construção de um sistema de saúde pública mais orgânico.

Sugere-se também o alargamento das fronteiras do tema, através do envolvimento dos Conselhos de Saúde nestas discussões e definições da agenda política dentro dos hospitais universitários federais, fortalecendo a perspectiva popular e pautando temas que até o momento encontram-se ao cargo exclusivo dos gestores nacionais.

Por fim, considera-se que os achados desta pesquisa, assim como as proposições aqui apresentadas, são potencialmente generalizáveis aos demais 39 hospitais universitários federais administrados pela EBSEH, já que a suspensão das PSU partiu desta empresa.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. G. Finanças Públicas, Democracia e *Accountability*. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (Org.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus/ FGV, 2004.
- ANOSIKE, A. *et al.* Clients' satisfaction with HIV treatment and care services in Nigeria. **Public health**, v. 167, p. 50-54, 2019.
- ARANTES, R. B. *et al.* Controles Democráticos Sobre a Administração Pública no Brasil: Legislativo, Tribunais de Contas, Judiciário e Ministério Público. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R.; PACHECO, R. S. (Org.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para o estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.
- ARAÚJO, C.; FIGUEIREDO, K.; DE FARIA, M. D. Qualidade em Serviços de Saúde. **Qualitas Revista Eletrônica**, 2009, v. 9, n. 1, 13 p. Disponível em: <[529-1461-1-SM\[1\]\(ufrj.br\)](mailto:529-1461-1-SM[1](ufrj.br))>. Acesso em: 02 set. 2020.
- ARAÚJO, L. A. D. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
- ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de Análise das Políticas Públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas** [on-line], Ed. Mundos Sociais, n. 83, 2017, pp. 11-35. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/spp/2662>>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 29-60.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.
- BONAVIDES, P. **Teoria constitucional da democracia participativa**. 3 ed. São Paulo: Malheiros, 2008. 392 p.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Vade Mecum Saraiva**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 64-65.
- BRASIL. **Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 02 abr. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000. Dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade prestado aos cidadãos [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 14 jun. 2000.

BRASIL. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 16 maio 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 6., col. 1, 20 out. 2010.

BRASIL. Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016. Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo Federal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 21, 12 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 8.910, de 22 novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União – CGU [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 13, 23 nov. 2016.

BRASIL. Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 2, 18 jul. 2017.

BRASIL. Decreto nº 9.492, de 05 de setembro de 2018. Regulamenta a [Lei Federal nº 13.460](#), de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública federal, institui o sistema de ouvidoria [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 3, 06 set. 2017.

BRASIL. Lei nº. 8080, 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 [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [...]. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Plenário. Acórdão nº 2.813. **Processo 002.024/2009-5, de 25 de nov. de 2009**. Relator: Aroldo Cedraz. VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório consolidado de auditorias operacionais de orientação centralizada realizadas nos hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal [...]. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 18 nov. 2011.

BRASIL, Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p. 4, 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2. ed., Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 32-37.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria de Gestão Pública. **Pesquisa de Satisfação: Guia Metodológico**. Brasília: Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013. p. 72.

CARVALHO, O. F. de. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 773-794, set./dez. 2019. DOI: 10.5380/rinc.v6i3.59730.

CAVALCANTE, M. L. S. A. Ouvidorias Públicas: Conceito, Papel, Evolução e Qualidade no Controle Social. **Revista Controle – Doutrina e Artigos**. v. 12, p. 266-281. 2016. DOI: 10.32586/rcda.V12i2.117.

CERVO, A. L.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações**. 8. ed. São Paulo – SP: Editora Atlas, 2006.

CORTES, S. M. V. O sistema único de saúde no Brasil: uma avaliação. In: MADEIRA, Lígia M. (org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014, p. 179-194.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; PLANO-CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, E. S. M.; ARAÚJO, C. E. L. **Process tracing nas Ciências Sociais: fundamentos e aplicabilidade**. Brasília: Enap, 2018. 103 p.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00283.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. Blumenau, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.

DENHARDT, J. V.; DENHARDT, R. B. *The New Public Service: serving, not steering. Expanded ed.* Nova York: M. E., 2007. 240 p.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos.** São Paulo: Atlas, 2012. 264 p.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** [on line] Brasília, 2016, vol. 59, n. 1, pp. 84-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.

DYE, Thomas R. *Understanding public policy.* 4. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1981.

EASTON, D. *A Framework for Political Analysis.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1965, 143 p.

EBSERH-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Estrutura Organizacional dos Hospitais Sob Gestão da EBSEH:** diretrizes técnicas. Versão 1.0. mar. 2013. Disponível em: <[EBSEH_EstruturaOrganizacionaldosHUsobgestodaEBSEH.pdf \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 14 mar. 2020.

EBSEH-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório da Pesquisa de Satisfação do Usuário.** Recife, PE, EBSEH, 2019, 37 p.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública.** Salvador, v. 22, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n6/1267-1276/pt/#ModalArticles>>. Acesso em 17 jan. 2020.

ETZIONI, A. *Sociologia dell'organizzazione.* Bologna: Il Mulino; 1967.

FERNANDES, E. S. Institutos do Estado e a promoção de direitos e garantias sociais fundamentais. **Jus Navigandi,** 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/51211/institutos-do-estado-e-a-promocao-de-direitos-e-garantias-sociais-fundamentais>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

FLEURY S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde.** Rio de Janeiro: CEBES/Editora Fiocruz; 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

GERRING, J. *The case study: what it is and what it does.* In: BOIX, Carles; STOKES, S. C. (Ed.). **The oxford handbook of comparative politics.** Oxford: Oxford, 2007.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública,** v.20, n. 6, p. 1670-81, 2004.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro: teoria das obrigações.** 11 ed. São Paulo:

Saraiva, 2014, v. 2.

HINKS, T. *Bribery, motivations for bribery and life satisfaction in transitional countries*. *World Development Perspectives*, p. 100172, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.wdp.2020.100172>>. Acesso em 18 jan. 2020.

UFPE. Hospital das Clínicas. **Carta de Serviços ao cidadão**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/0/Carta+de+Servi%C3%A7os+atualizada+2015/3c74e9ad-cbcb-4003-97f5-e4b7ae7809af>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

IASBECK, L. C. A. Ouvidoria é Comunicação. **Revista Organicom**, n. 12, jan./jun. 2010, p. 15-24. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/departam/crp/cursos/posgrad/gestcorp/organicom/re_vista12/14.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). A efetividade da Ouvidoria-Geral da União. *In*: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. [Brasília, DF]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. Disponível em: <160525_livro_ouvidoria.pdf (ipea.gov.br)>. Acesso em: 24 nov. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003. 310 p. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view>. Acesso em: 09 abr. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LESSA, A. S. Transparência ativa: como os relatórios de ouvidoria podem orientar a comunicação institucional dos órgãos públicos? **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**. n. 1, 2017/2018. DOI:10.37814/2594-5068. 2018V1. p. 37-46.

LASSWELL, H. D. *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland: Meridian Books, 1958.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: UnB, 1981.

LOWI, T. J. *American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory*, *World Politics*. *Política Mundial*, v. 16, n. 4, 1964, p.677-715. JSTOR. Disponível em: <www.jstor.org/stable/2009452>. Acesso em: 02 abr. 2020.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MADEIRA, L. M. **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. 254 p.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 61-80.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. **Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços**. Prod., São Paulo, v. 14, n. 1, 2004, p. 12-30. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000100003>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative Data Analysis: a methods sourcebook**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2014.

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Universidade Federal de Pernambuco. **Portaria nº 159**. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco, 11 out. 2019. Assunto: Aprova o Regimento do Hospital das Clínicas Professor Romero Marques da Universidade Federal de Pernambuco, Filial EBSEH.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MORAES, I. H. S. de. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. 1998. 285 p. [Tese (Doutorado em Saúde Pública)]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

NUNES, C.O.; CANÇADO, A.C. Desenvolvimento local e controle social: notas sobre os conselhos gestores de políticas públicas em saúde no Brasil e no Tocantins. **Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 14, 2020. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3496>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 44, p. 27-54, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000200003>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

O'DONNELL, G.; SCHMITTER, P. (Org.). **Transições do Regime Autoritário: Sul da Europa**. São Paulo: Vértice, 1988.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Washington: ONU, 2015.

OKANO, M. T.; GOMES, J. G. C. Dimensões de Satisfação da Qualidade em Serviços de Saúde Privado. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 4, 2020, p. 206-2017. Disponível em: <<https://orcid.org/0000-0003-1680-7821>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 07 abr. 2021.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. *A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*. **Journal of Marketing**, v. 49, p. 41-50. set. 1985. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/002224298504900403>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

PENA, M. M. *et al.* A utilização do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry nos serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1227-1232, out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>>. Acesso em 19 jan. 2020.

PFOTENHAUER, S. M.; JUHL, J.; AARDEN, E. *Challenging the “deficit model” of innovation: Framing policy issues under the innovation imperative*. **Research Policy**, v. 48, n. 4, p. 895-904, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.respol.2018.10.015>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PIANA, M. C. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. *In*: PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde pública**, v. 29, n. 4, p. 318-25. 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

RAMAGEM, R. D. **Arranjos institucionais e a construção de capacidades relacionais do Estado para produção de políticas públicas intersetoriais: o caso do Programa Água Para Todos**. Brasília: Universidade de Brasília, fev. 2020. 244 p. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/39080>>. Acesso em: 07 nov. 2020.

RAMOS, R. H. L. **Omissão institucional e o uso dos instrumentos judiciais correspondentes na arena política**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas), Programa de Pós-graduação em Ciências Políticas-Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2020. 70 p.

ROCHA, A. C. *Accountability* na Administração Pública: Modelos Teóricos e Abordagens. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança**. Brasília. v. 14, n. 2, p. 82- 97, maio/ago. 2011.

RODRIGUES, J. G. Estado e democracia: a necessidade de um Estado controlável e de uma nova moral democrática. **Revista Jusbrasil**. 2013. Disponível em: <<https://jgaspar2013.jusbrasil.com.br/artigos/265040885/estado-e-democracia-a-necessidade-de-um-estado-controlavel-e-de-uma-nova-moral-democratica>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

RUA, M. G. **Especialização em Gestão Pública Municipal: políticas públicas**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2014. 130p.

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. **ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Cadernos ODS: o que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: Ipea, 2019, 46 p. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_o_bjetivo_3.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Os Modelos de Administração Pública como Estratégias Complementares para a Co-Produção do Bem Público. **Revista de Ciências da Administração**, 2009, v. 11, n. 25, p. 68-96. Disponível em: <<https://doi.org/10.5007/2175-8077.2009v11n25p83>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Penso, 2013.

SANTOS, N. C. L. dos. **Mecanismos de Accountability Horizontal e Confiança Pública no Desempenho Organizacional**. Brasília: Boletim Científico ESMPU, n. 54, p. 31-55, jul./dez. 2019.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 504 p. 2012.

SCHMIDT, J. P. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, jan. 2019. ISSN 1982-9957.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas (livro eletrônico): diagnóstico de problemas e recomendações de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2020. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CgMHEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=o+jogo+de+interesse+nas+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas+no+brasil&ots=fB9n-nlGYu&sig=QY-WTp5_pIAj2SNmFo8KOhzMRDM#v=onepage&q=o%20jogo%20de%20interesse%20nas%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20no%20brasil&f=false>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SECCHI, L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, 2009, p. 65-82. Acesso em: 09 fev 2020. <<https://doi.org/10.4000/rccs.343>>.

SILVA, A. M. da. Metodologia da pesquisa. 2. ed., rev. Fortaleza: EDUECE, 2015. 108 p.

SILVA, P. R. A. **Qualidade no atendimento e serviços para satisfação do usuário/cliente: um olhar para a administração pública**. 2012, 51 p. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais, Campina Grande. 2012.

SOUZA, L. E. P. F. de *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>>.

STRUECKER, D. R.; HOFFMANN, M. Participação social nos serviços públicos: caracterização do estado da arte por meio da bibliometria e da revisão sistemática. **Revista de Gestão**, v. 24, n. 4, p. 371-380, 19 dez. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616306233>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

TAVARES, A. R. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 2. ed. 494p. São Paulo: Atlas, 1998.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VILANOVA, M. F. V. Evolução das ouvidorias universitárias no contexto das ouvidorias brasileiras. In: VISMONA, E. L. (Org.). **A ouvidoria brasileira: dez anos da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2005. p. 91-102.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *About who*. Disponível em: <<https://www.who.int/about>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

ANEXO A – MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Pesquisa de Satisfação dos Usuários dos HUFs da Rede Ebsersh

Olá,

Sou pesquisador do Hospital e gostaria de contar com a atenção do (a) senhor (a), por alguns segundos, para responder rapidamente perguntas simples sobre a sua opinião em relação ao atendimento e a estrutura do hospital. Peço, por favor, que o (a) senhor (a) sinta-se bem à vontade para dar a sua opinião sincera. A pesquisa é anônima e sua opinião vai nos ajudar muito na melhoria do hospital.

1. Escolha seu hospital: _____										
2. Sexo (<i>Informação do usuário</i>): () Feminino () Masculino										
3. Faixa Etária (<i>Informação do usuário</i>):										
a) 0 a 19 anos		b) 20 a 39 anos			c) 40 a 59 anos			d) 60 anos ou mais		
4. Tipo de Serviço (<i>Informações do serviço prestado ao usuário</i>):										
Ambulatorial ()					Internação ()					
Unidade de Atendimento Ambulatorial:										

Unidade de Atendimento Internação:										

5. O (a) Senhor (a) indicaria esse Hospital para algum familiar seu? (<i>Opinião de indicação e confiança</i>)										
1. () Sim 2. () Não										
6. Numa escala de 0 a 10, qual o seu nível de confiança quanto aos serviços utilizados no hospital? (<i>Opinião de indicação e confiança</i>)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Conforto e espaço físico no local da recepção (*Opinião sobre a estrutura do Hospital*)

Agora, vou fazer algumas perguntas para saber a sua opinião sobre a estrutura do Hospital. Diga como se sentiu em relação ao seguinte: Notas: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = ótimo)

	1. Péssimo	2. Ruim	3. Regular	4. Bom	5. Ótimo
Conforto no local da recepção: Cadeiras, bebedouro e banheiros					

Acessibilidade - Facilidade de Locomoção					
Ambiente: iluminação, temperatura e ventilação					
Sinalização do Hospital: analisar se a sinalização do Hospital facilita o acesso em todas as dependências					

8. Conforto e espaço físico das instalações na área de atendimento (*Opinião sobre a estrutura do Hospital*)

Agora, vou fazer algumas perguntas para saber a sua opinião sobre a estrutura do Hospital. Diga como se sentiu em relação ao seguinte: Notas: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = ótimo)

	1.Péssimo	2.Ruim	3.Regular	4.Bom	5.Ótimo
Consultórios ou enfermaria: cadeiras, camas, banheiros e mesa de exame					
Local de espera: cadeiras, banheiros e bebedouro					
Acessibilidade - Facilidade de locomoção (consultório ou enfermaria)					
Ambiente: iluminação, temperatura e ventilação (Ambulatório ou Enfermaria)					
Sinalização (consultório ou enfermaria)					

9. Higiene, Limpeza e Organização do Hospital (*Opinião sobre a estrutura do Hospital*)

Agora, vou fazer algumas perguntas para saber a sua opinião sobre a estrutura do Hospital. Diga como se sentiu em relação ao seguinte: Notas: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = ótimo

	1.Péssimo	2.Ruim	3.Regular	4.Bom	5.Ótimo
Higiene e limpeza dos consultórios ou enfermaria e banheiros					
Organização (atendimento, rotinas, fluxos e agendamento de consultas e exames)					

10. Utiliza alguma refeição do hospital? (*Acesso à refeição no hospital*)

1. () Sim 2. Não ()

Se sim, faça pergunta 12. Refeições. Se não, pule para pergunta 13.

11. Refeições

	1.Péssimo	2.Ruim	3.Regular	4.Bom	5.Ótimo
Qualidade das refeições					
Temperatura das refeições					
Apresentação e variedade das refeições					

12. Atendimento e Assistência da Equipe (*gentileza, atenção, informações recebidas, interesse em solucionar o seu problema ou a sua demanda e orientação e tratamento de saúde recebido*)

Agora, vou querer saber a sua opinião sobre o atendimento que recebeu. Diga como se sentiu em relação ao seguinte: Notas: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = ótimo

	1.Péssimo	2.Ruim	3.Regular	4.Bom	5.Ótimo	Não se Aplica
Atendimento da Equipe de Recepção e Portaria: gentileza, atenção, informações recebidas, interesse						

em solucionar o seu problema ou a sua demanda						
Atendimento da equipe de saúde: gentileza, cordialidade e respeito						
Assistência da equipe médica: orientação sobre estado de saúde e informação sobre tratamento recebido						
Assistência da equipe de enfermagem: orientação e acompanhamento recebido						
Assistência da equipe multiprofissional: orientação e acompanhamento recebido						
Disponibilidade da equipe de saúde para resolver demandas apresentadas						

13. Tempo de Espera pelo Atendimento (*Opinião sobre o tempo de espera pelo atendimento*)

Agora, vou querer saber a sua opinião sobre o tempo de espera pelo atendimento. Diga como se sentiu em relação ao seguinte: Notas: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = ótimo

	1.Péssimo	2.Ruim	3.Regular	4.Bom	5.Ótimo	Não se Aplica
Tempo de espera pelo atendimento – para agendar uma consulta de retorno						
Tempo de espera pelo atendimento – no momento da consulta ou internação						
Tempo de espera pelo atendimento – para agendamento ou realização de um procedimento cirúrgico						
Tempo de espera pelo atendimento – para agendamento ou realização de exames						

14. Como o (a) senhor (a) se sentiu quanto ao atendimento recebido no hospital? (*Atendimento Geral*)

1. () Muito Insatisfeito
2. () Insatisfeito
3. () Indiferente
4. () Satisfeito
5. () Muito Satisfeito