

OMBUDSMAN DO PACIENTE E OUVIDORIAS HOSPITALAR E DO SUS NO BRASIL: ANÁLISE DAS SUAS DISTINÇÕES SOB A ÓTICA DO DIREITO DO PACIENTE¹

PATIENT OMBUDSMAN AND RECEIVING HOSPITAL AND SUS MANIFESTATIONS SERVICE IN BRAZIL: ANALYSIS OF THEIR DISTINCTIONS FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENT RIGHTS

Aline Albuquerque

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisadora visitante na Universidade de Oxford. Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: alineoliveira@hotmail.com

Mariana Lima Menegaz

Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestra em Direito pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: mariana.lima.menegaz@gmail.com

Claudia Maria Figueiredo Matias

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Santos (UniSantos). Gerente de Qualidade, Segurança do Paciente e Ouvidoria Hospitalar. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: claudiamfmatias@gmail.com

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar as aproximações e os distanciamentos entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS, no contexto brasileiro, sob a ótica do direito do paciente. Sob o prisma metodológico, trata-se de pesquisa de cunho teórico, fundamentada no Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos do Paciente, nos estudos de Mackenney e Fallberg (2004) e Molven (2007), no que tange ao *ombudsman* do paciente, bem como no marco formulado por Albuquerque (2018, 2020, 2022, 2023) acerca do direito do paciente. Desse modo, o artigo aborda o direito do paciente como um novo ramo jurídico, destacando o direito de apresentar queixa e o direito à

¹ As autoras agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) o apoio à realização da pesquisa.

reparação integral no contexto do cuidado em saúde. Em seguida, é feita a análise do *ombudsman* do paciente e da ouvidoria no Brasil. Após, verificam-se as aproximações e os distanciamentos entre *ombudsman* do paciente, ouvidoria hospitalar e ouvidoria do SUS. Concluiu-se que o *ombudsman* do paciente, fundamentado no direito do paciente, não equivale à ouvidoria no Brasil. As reflexões apontam para a possibilidade da adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil especialmente para as situações de violações dos direitos dos pacientes.

Palavras-chave: Direito do paciente. Bioética. *Ombudsman* do paciente. Pacientes. Reparação de danos.

Abstract: This article aims to analyze the similarities and differences between the patient ombudsman and the receiving hospital and SUS manifestations service, in the Brazilian context, from the perspective of patient rights. From a methodological perspective, this is theoretical research, based on the Final Report of the European Union on Patient Rights, the studies by Mackenney and Fallberg (2004) and Molven (2007), regarding the patient ombudsman, as well as the framework formulated by Albuquerque (2018, 2020, 2022, 2023) on patient rights. Thus, the article addresses patient rights as a new legal branch, highlighting the right to file a complaint and the right to full compensation in the context of health care. Next, an analysis of the patient ombudsman and the receiving manifestations service in Brazil is carried out. Afterwards, the approximations and distances between the patient ombudsman, receiving hospital and SUS manifestations service in Brazil are verified. It is concluded that the patient ombudsman, based on patient rights, is not equivalent to a receiving hospital and SUS manifestations service in Brazil. The reflections point to the possibility of adopting the patient ombudsman in Brazil, especially for situations of violations to patients' rights.

Keywords: Patient's rights. Bioethics. Patient ombudsman. Patients. Damage repair.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, a concepção de que pacientes possuíam direitos começou a ser reconhecida paulatinamente nas esferas jurídica e sanitária. Até esse momento, os pacientes eram considerados como objeto do cuidado, e o paternalismo ainda era vigente, de forma recorrente, nas relações de cuidado em saúde. Movimentos sociais, como o movimento dos direitos civis nos Estados Unidos, movimentos feministas e de pacientes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, contribuíram para o reconhecimento de direitos específicos aplicáveis ao contexto dos cuidados em saúde, denominados direitos do paciente, tais como o direito ao consentimento informado, o

direito à informação, o direito de acesso ao prontuário, o direito de participar da tomada de decisão, entre outros. Esses direitos derivam dos direitos humanos, ou seja, são aplicados a todos os pacientes pelo simples fato de serem humanos, constituem imperativos éticos de respeito à dignidade e à integridade dos pacientes, e, portanto, devem ser garantidos de forma universal (Albuquerque, 2020, p. 18).

Entre os direitos do paciente, há dois que incidem diretamente quando há a violação dos demais, quais sejam: o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. Sob a ótica do direito do paciente (Albuquerque, 2020, p. 206), o direito de apresentar queixa não se confunde com o direito de acesso ao Poder Judiciário, porquanto consiste no direito de os pacientes e familiares contarem com mecanismos por meio dos quais podem apresentar suas narrativas sobre o que ocorreu em seu cuidado, de modo que sejam acolhidos e que uma providência seja adotada no contexto do sistema de saúde. Com efeito, as queixas são narrativas complexas que relatam falhas percebidas na prestação de cuidados em saúde, a partir da perspectiva do paciente. Elas são valiosas fontes de informações sobretudo acerca de eventos adversos e áreas de difícil monitoramento (Gallagher; Mazor, 2015, p. 352-355). Assim, um mecanismo de queixa é instituído especificamente para o recebimento e a resolução de queixas no contexto dos cuidados em saúde.

Da mesma forma, o direito à reparação integral do paciente não coincide com a reparação civil pleiteada no Poder Judiciário, tradicionalmente verificada no Brasil, pautada na responsabilidade individual do profissional e reduzida ao pedido de uma reparação de cunho financeiro. Na reparação integral, o foco recai sobre as necessidades do paciente, compreendendo o pedido de desculpas, eventual compensação pecuniária, concessão de informações e medidas de não repetição (European Commission, 2016; Albuquerque, 2022, p. 70-79; Studart; Brenna, 2001).

Diversos países estabelecem o dever legal de auxiliar os pacientes a apresentar uma queixa, de analisá-la de forma oportuna e de informar o paciente sobre a sua conclusão (European Commission, 2016). O *ombudsman* do paciente é um dos mecanismos de ligação dos pacientes, porquanto tem como uma de suas principais funções o acolhimento, o direcionamento e a possível resolução das queixas dos pacientes, como será desenvolvido neste estudo. No Brasil, não há o mecanismo do *ombudsman* do paciente, contudo verifica-se a existência das ouvidorias nas esferas pública – ouvidorias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – e privada (ouvidoria hospitalar em organizações de saúde privadas), instâncias que viabilizam a comunicação entre o usuário/consumidor/paciente e as organizações de saúde, seja ela na esfera pública ou na privada, cujo fundamento de atuação se alicerça na lógica do consumo e do serviço, mas não do cuidado. Desse modo, neste artigo serão nomeadas a ouvidoria do SUS, de natureza pública e não hospitalar, e a ouvidoria hospitalar, que se situa em

organizações de saúde privadas. Como se nota, a ouvidoria hospitalar e a ouvidoria do SUS não se relacionam diretamente com os direitos do paciente, e, portanto, este estudo sustenta a hipótese de que é necessário aprofundar a necessidade de reformulação do papel da ouvidoria sob a ótica do direito do paciente. Ainda, registra-se que, em geral, as organizações de saúde, por contarem com ouvidorias hospitalares, não buscam incorporar em sua estrutura o *ombudsman* do paciente, notadamente sob o argumento de que as ouvidorias já desempenham as suas funções, inclusive as de processamento e solução de queixas.

Considerando a escassez de estudos sobre o tema e o desconhecimento acerca do *ombudsman* do paciente, este artigo tem como objetivo analisar as aproximações e os distanciamentos entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS, sob a ótica do referencial teórico-normativo do direito do paciente.

Sob o prisma metodológico, trata-se de pesquisa teórica e documental. Registra-se que o referencial dos direitos do paciente se encontra em desenvolvimento e é fundamentado em estudos desenvolvidos no campo dos direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde. Quanto ao referencial teórico adotado, foram utilizados os estudos de Albuquerque (2020, p. 16) sobre o direito do paciente, visto que é a precursora no Brasil sobre as pesquisas desenvolvidas no campo dos direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde. Em relação ao *ombudsman* do paciente, utilizaram-se os estudos de Mackenney e Fallberg (2004), posto que as pesquisas realizadas apresentam estudos detalhados sobre diversos países que adotam o mecanismo do *ombudsman* do paciente, especialmente a Finlândia, que foi o primeiro país a prever legalmente esse recurso, e de Molven (2007), cuja pesquisa aprofunda-se no *ombudsman* do paciente na Noruega, país que também está entre os primeiros a possuir esse mecanismo. Ademais, empreendeu-se uma análise documental e teórica para compreender a temática relacionada à ouvidoria hospitalar e à ouvidoria do SUS. Na esfera da ouvidoria do SUS, efetuou-se uma pesquisa documental, e, no contexto privado, realizou-se a busca de artigos científicos sobre o tema das ouvidorias hospitalares no Brasil.

No que diz respeito à pesquisa documental, foi considerado o Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos dos Pacientes (European Commission, 2016), que proporcionou uma visão transversal da situação dos direitos dos pacientes nos 30 países estudados. O relatório indica que há um conjunto de direitos dos pacientes que são extraídos das legislações europeias e se incorporam no rol de direitos aplicáveis aos pacientes no contexto dos cuidados em saúde, como o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral (Albuquerque, 2020, p. 206), ambos abordados na presente pesquisa. O relatório foi escolhido por ser o principal documento sobre os direitos do paciente produzido por um organismo internacional. Ainda, para abordar a ouvidoria

do SUS, fez-se uso do *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*, elaborado pelo Ministério da Saúde, documento que serve de diretriz para todas as ouvidorias instaladas no âmbito do SUS.

Além deste texto introdutório, o presente artigo apresenta seis seções. A primeira analisa o que é o novo ramo jurídico denominado direito do paciente. A segunda versa sobre dois direitos dos pacientes, quais sejam: o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. A terceira examina o *ombudsman* do paciente. A quarta identifica aspectos das ouvidorias hospitalares brasileiras. A quinta analisa o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalares e do SUS no Brasil sob a ótica dos direitos do paciente. E a sexta apresenta as considerações finais.

DIREITO DO PACIENTE: NOVO RAMO JURÍDICO

O reconhecimento dos pacientes como sujeitos de direitos remonta à década de 1970. Até essa década, a concepção de que pacientes possuíam direitos não fazia parte da realidade dos indivíduos. Vários foram os movimentos sociais que contribuíram contra a perspectiva paternalista de que os profissionais de saúde detinham o poder em relação ao paciente e às decisões sobre os seus cuidados em saúde, destacando-se os movimentos feministas nos Estados Unidos, bem como o ativismo dos pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos e os movimentos relacionados ao direito do consumidor (Albuquerque, 2020, p. 30).

A partir da década de 1970, foi fortalecida a ideia de que o paciente é soberano no que tange ao seu corpo e às suas decisões na esfera da saúde. No mesmo sentido, conforme Albuquerque (2020, p. 12), os movimentos em prol dos direitos dos pacientes partiram de duas premissas: 1. todas as pessoas possuem direitos inerentes, inclusive quando estão sob cuidados em saúde; e 2. alguns profissionais de saúde falham em reconhecer e proteger esses direitos. A partir da década de 1990, diversos países elaboraram legislações sobre o tema, e a Finlândia foi o primeiro país a possuir uma lei específica sobre direitos do paciente.

No início do século XXI, o modelo do cuidado centrado no paciente (CCP) passou a ganhar espaço no campo da saúde, conferindo ao paciente o papel de protagonista do próprio cuidado, rechaçando a cultura paternalista. Sob a perspectiva paternalista, o benefício para o paciente equivale ao fato de o profissional fazer o que entender ser melhor para o paciente, sem considerar a vontade e as preferências deste. Em contrapartida, o CCP se contrapõe a esse modelo, na medida em que preconiza o engajamento do paciente e a promoção da sua autonomia (Albuquerque, 2020, p. 34). Atualmente, mecanismos de implementação dos direitos do paciente, como o *ombudsman* do paciente, estão sendo disseminados pelo mundo com o escopo de promovê-los e solucionar os conflitos que emergem dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 34).

Para compreensão dos direitos do paciente, é importante distingui-los dos direitos do consumidor e dos usuários, visto que são direitos relativos a pessoas que se encontram sob cuidados em saúde. Albuquerque (2020, p. 31) destaca que o direito do paciente é alicerçado na lógica do cuidado, permeada pela interação entre paciente e profissional de saúde, que se caracteriza como uma parceria dinâmica. O direito do paciente tem como finalidade última assegurar a dignidade e a integridade dos pacientes, fundamentando-se nos direitos humanos. Em contraposição, o direito do consumidor é pautado pela lógica do consumo e reduz o cuidado em saúde ao processo racional de escolha do consumidor, tornando a saúde um bem de consumo (Albuquerque, 2020, p. 31). Esses direitos estão previstos no Código de Defesa do Consumidor (CDC) e pressupõem a relação com o profissional de saúde ou com o serviço, como de consumo. Por derradeiro, os direitos dos usuários são aqueles que as pessoas possuem em relação aos serviços de saúde, envolvendo acesso a bens e serviços de saúde por parte do Estado, como acesso a leitos e medicamentos, sendo objeto do direito sanitário (Albuquerque, 2020, p. 32).

Assim, o direito do paciente é definido como o novo ramo jurídico autônomo, de natureza interdisciplinar, que possui corpo teórico próprio e aplicação para todas as pessoas quando se encontram sob cuidados em saúde. Segundo Albuquerque (2020, p. 24), os direitos do paciente são: direito ao cuidado em saúde de qualidade e seguro, direito à autodeterminação, direito a recusar tratamentos e procedimentos, direito ao consentimento informado, direito a participar do processo de tomada de decisão, direito à segunda opinião, direito à confidencialidade de dados pessoais, direito de não ser discriminado, direito à informação sobre sua condição de saúde, direito de acesso ao prontuário, direito de apresentar uma queixa e direito à reparação.

Passa-se à análise de dois desses direitos, diretamente relacionados com o tema tratado no presente estudo.

DIREITO DE APRESENTAR QUEIXA E DIREITO À REPARAÇÃO INTEGRAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

Entre os direitos do paciente, relacionam-se diretamente com este estudo o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral, que são expressão do direito humano aos remédios efetivos e imperativos éticos de respeito à dignidade humana dos pacientes (Albuquerque, 2020, 2023; European Commission, 2016), e, portanto, devem ser garantidos de forma universal. O artigo 13 da Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes prevê o direito de apresentar queixa, determinando que os serviços de saúde garantam esse direito sempre que o paciente tenha sofrido um dano, assegurando também o direito de obter uma resposta (European Commission, 2002). Do mesmo modo, o Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos dos Pacientes também

prevê mecanismos para apuração e respostas às queixas dos pacientes (European Commission, 2016). Assim, quando os direitos dos pacientes são violados, os pacientes e familiares possuem o direito de apresentar queixas e de ter uma reparação integral.

Quanto ao direito à queixa, é importante demarcar o conceito de queixa, que enuncia narrativas complexas que relatam falhas percebidas na prestação de cuidados em saúde, a partir da perspectiva do paciente (Gallagher; Mazor, 2015). Elas são valiosas fontes de informações, especialmente sobre Incidentes de Segurança do Paciente (ISPs) e áreas de difícil monitoramento (Gallagher; Mazor, 2015). Registra-se que os pacientes e os familiares possuem um conhecimento experiencial singular sobre o ecossistema de saúde, sendo importante que os profissionais e as organizações de saúde saibam quais são as queixas relatadas e as utilizem para o aprimoramento da qualidade do cuidado e prevenção de ISPs (Allsop; Mulcahy, 1995). Além disso, o baixo envolvimento de pacientes e familiares nos cuidados em saúde pode contribuir para o agravamento do sofrimento psicológico e o aumento da probabilidade de queixas e de processos judiciais (McQueen *et al.*, 2022). Todas as queixas devem ser compreendidas, portanto, como um meio de identificar quaisquer questões relacionadas, em maior ou menor escala, à qualidade do serviço prestado, visando melhorar as organizações e o cuidado em saúde (Avant Mutual Group Limited, 2016; Sundler *et al.*, 2022).

O direito à queixa se distingue do direito de acesso à justiça disposto no inciso XXXV do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, haja vista que é um direito específico que o paciente e os familiares possuem, relacionado à existência de um mecanismo próprio, célere e não oneroso, para recebimento de queixas nos cuidados em saúde, objetivando acolhê-las, processá-las e solucioná-las. Tradicionalmente, o modelo de solução de queixas nos cuidados em saúde, no Brasil, é pautado pelo litígio (Albuquerque, 2020, p. 187). Em regra, quando há algum conflito nesse contexto, os envolvidos optam pelo ajuizamento de processos para solucionar as controvérsias (Albuquerque, 2020, p. 187). A busca pela reparação por meio dos processos judiciais, como indicado, não confere centralidade ao paciente, nem reconhece a importância de que exista suporte a todos os envolvidos, em conformidade com suas necessidades (Albuquerque, 2020, p. 187). Ademais, não há previsão de pedido de desculpas, sem que tal pedido possa caracterizar assunção de culpa, nem de medidas de não repetição.

Sob a ótica do direito do paciente, a reparação integral vai além da compensação pecuniária (Albuquerque; Regis, 2020, p. 194), abrangendo também o atendimento às necessidades emocionais, a concessão de informação, o pedido de desculpas e a adoção de medidas preventivas a fim de que o incidente que gerou o dano não se repita (medida de não repetição).

Considerando que as medidas reparatórias no campo do direito do paciente se vinculam às necessidades dos pacientes e familiares, é importante que os profissionais

desenvolvam habilidades de empatia para auxiliar na compreensão dessas necessidades (Albuquerque, 2023; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Laarman (2022) indica que, entre os motivos relacionados às queixas apresentadas pelos pacientes, estão a melhoria do cuidado em saúde, questões emocionais e a necessidade de responsabilização do profissional de saúde e de reparação. Nota-se que a responsabilização não possui correspondência com a culpabilização e punição, adotadas nos modelos de responsabilidade civil. Aqui, a responsabilização deriva de um dever ético.

Conforme o Inquérito de Bristol, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Bristol para apresentar conclusões sobre eventos vivenciados por pacientes crianças que realizaram cirurgias cardíacas e para indicar recomendações, em regra, quando algo inesperado ocorre, os pacientes desejam três coisas: 1. alguém para lhes dizer o que ocorreu, 2. um profissional de saúde para se desculpar e 3. uma atitude que assegure a não repetição do evento (Albuquerque, 2020, p. 194). Esses componentes retratam elementos importantes para que a reparação seja efetivamente integral (não apenas pecuniária), posto que a organização de saúde possui um dever especial de cuidado para com aqueles que foram prejudicados enquanto estavam em uma relação de cuidado em saúde (Vincent, 2003). Igualmente, Legemaate (2007) indica três pontos principais relacionados às queixas dos pacientes: 1. eles desejam evitar que a mesma situação ocorra com os outros, 2. preferem opções para lidar com as queixas que sejam as mais simples possível e 3. buscam honestidade, compreensão e reconhecimento dos profissionais e das organizações de saúde.

Nesse sentido, assinala-se que alguns países, como Dinamarca, Suécia, Finlândia, Áustria e Nova Zelândia, adotam modelos de compensação pecuniária sem culpa quando os pacientes são vítimas de danos no contexto dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 197). Em regra, o pedido de compensação é encaminhado a um grupo de especialistas destinados especificamente para tal função que definem, de forma administrativa e mediante comprovação do dano, se deve ser pago algum valor referente à compensação. Nota-se que não há perquirição de culpa do profissional de saúde e que a resposta é célere (Menegaz, 2023).

Desse modo, é importante que o Brasil adote, assim como outros países (Macleod; Urho; Hodges, 2017, mecanismos pautados na ótica do direito do paciente para processamento e solução de queixas no contexto dos cuidados em saúde, com foco, especialmente, em soluções restaurativas de conflitos (Albuquerque; Regis, 2020, p. 9). Em seguida, passa-se à análise específica do *ombudsman* do paciente.

OMBUDSMAN DO PACIENTE

Ombudsman do paciente é a expressão designada para indicar um mecanismo de ligação dos pacientes que atua para a promoção e implementação dos direitos do

paciente. O termo *ombudsman* possui origem na Suécia, há cerca de 300 anos, e foi adotado por vários países ao longo dos anos para identificar quem tinha o direito e o poder de falar em nome de outrem. O termo foi introduzido pelo rei sueco Karl XIII, e, desde então, vários mecanismos do *ombudsman* foram desenvolvidos tanto na Suécia quanto em outros países (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 3). As temáticas abordadas por um *ombudsman* podem ser diversas, a depender do que é estipulado para a sua atuação, condicionando-se ao contexto de cada país. Contudo, sempre estão relacionadas com os direitos humanos. Entre as temáticas, há o *ombudsman* do paciente, cujo foco recai sobre os direitos do paciente (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 4).

O desenvolvimento do *ombudsman* do paciente ocorreu, principalmente, nas duas últimas décadas do século XX. A Finlândia foi o primeiro país a prever a existência desse mecanismo em sua legislação, em 1992. Após, outros países também adotaram mecanismos que guardam elementos similares, como o Reino Unido, em que existe a figura do *parliamentary and health service ombudsman*, compreendendo o comissário parlamentar para a administração e o comissário do serviço de saúde (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 5).

Nota-se, assim, que a estruturação de um mecanismo de *ombudsman* do paciente no contexto dos cuidados em saúde é importante para os pacientes, os familiares, os profissionais e as organizações de saúde, haja vista que o foco do *ombudsman* do paciente se dá tanto no paciente em sua individualidade quanto no coletivo, visando à qualidade do serviço prestado e aos futuros pacientes que usufruirão do cuidado em saúde da organização (Molven, 2007). Desse modo, a qualidade do serviço aumenta e a satisfação dos pacientes também, o que contribui, inclusive, para o cuidado em saúde com maior adesão dos pacientes ao tratamento. Ademais, a possibilidade de solucionar os conflitos por meio de conciliação e mediação contribui para que a relação entre o profissional de saúde e o paciente possa ser remodelada e a confiança, restaurada.

Não obstante as especificidades de cada país, Mackenney e Fallberg (2004, p. 5-6) identificam três aspectos centrais que caracterizam um mecanismo de *ombudsman* do paciente: 1. imparcialidade e independência em sua atuação; 2. qualificação dos seus integrantes; 3. atribuições específicas. Assim, é imprescindível que a sua atuação seja pautada na imparcialidade e na independência em relação à gestão da organização em que esteja inserido, sendo importante que o paciente e os familiares confiem em seus integrantes, de modo que atuem sem interferências indevidas de profissionais e da organização de saúde (Sirpa et al., 2021). Os integrantes do *ombudsman* do paciente devem possuir qualificação para atuar nessa função, com conhecimento sobre a área da saúde, direitos dos pacientes e legislações correlatas ao tema (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Cabe também estabelecer se é necessária uma formação específica, como será indicado nos exemplos a seguir.

As atribuições do *ombudsman* do paciente diferem a depender do que estabelece cada país. Entretanto, algumas são semelhantes e imperativas, haja vista que caracterizam o *ombudsman* do paciente. Entre elas, destacam-se: 1. promoção dos direitos dos pacientes; 2. atendimento e acolhimento ao paciente, disponibilizando orientações sobre questões relacionadas aos direitos do paciente e às suas violações; 3. participação nas atividades de estruturação e desenvolvimento da segurança do paciente; 4. desenvolvimento de atividades pedagógicas, como as relacionadas à capacitação em direitos do paciente; 5. processamento das queixas dos pacientes e familiares, inclusive podendo atuar de ofício; 6. apoio aos pacientes e familiares para que possam formular e encaminhar suas queixas para as instâncias responsáveis, caso não sejam competentes para resolvê-las; 7. mediação de conflitos (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7; Sirpa *et al.*, 2021).

O acesso do paciente ao *ombudsman* do paciente deve ser fácil e célere, podendo ocorrer pessoalmente, por telefone, por escrito ou por meio eletrônico. Em alguns casos, uma breve conversa por telefone é suficiente. Estas são as habilidades essenciais dos integrantes do mecanismo do *ombudsman* do paciente: avaliar a situação do paciente, estruturar e ponderar as medidas a serem adotadas e escutar atentamente (Sirpa *et al.*, 2021).

O movimento em prol dos direitos do paciente reforça a necessidade de que os países elaborem leis específicas sobre o tema e que contem com mecanismos como o *ombudsman* do paciente para assegurar os direitos e solucionar os conflitos que emergem dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 195). A inexistência desse tipo de mecanismo consiste, também, em uma violação ao direito de apresentar uma queixa e ao direito à reparação integral. Ademais, a existência do *ombudsman* do paciente pode ajudar a reduzir litígios em face de profissionais e organizações de saúde (Flood; May, 2012). No mesmo sentido, os pacientes devem ter acesso a informações simples e compreensíveis sobre seus direitos, inclusive acerca do que deve ser feito nos casos de violações (Παπαγιάννη *et al.*, 2022).

A fim de ilustrar a atuação do *ombudsman* do paciente, passa-se à exposição de duas experiências estrangeiras, da Finlândia e da Noruega, as quais foram escolhidas em razão do seu pioneirismo na implantação. Registra-se que não se tem o desiderato de cotejar as organizações de saúde de ambos os países, assim serão expostas algumas informações sobre tais mecanismos com o objetivo de ofertar um panorama geral, de modo que se possa compreender em qual contexto os mecanismos de *ombudsman* do paciente se encontram inseridos.

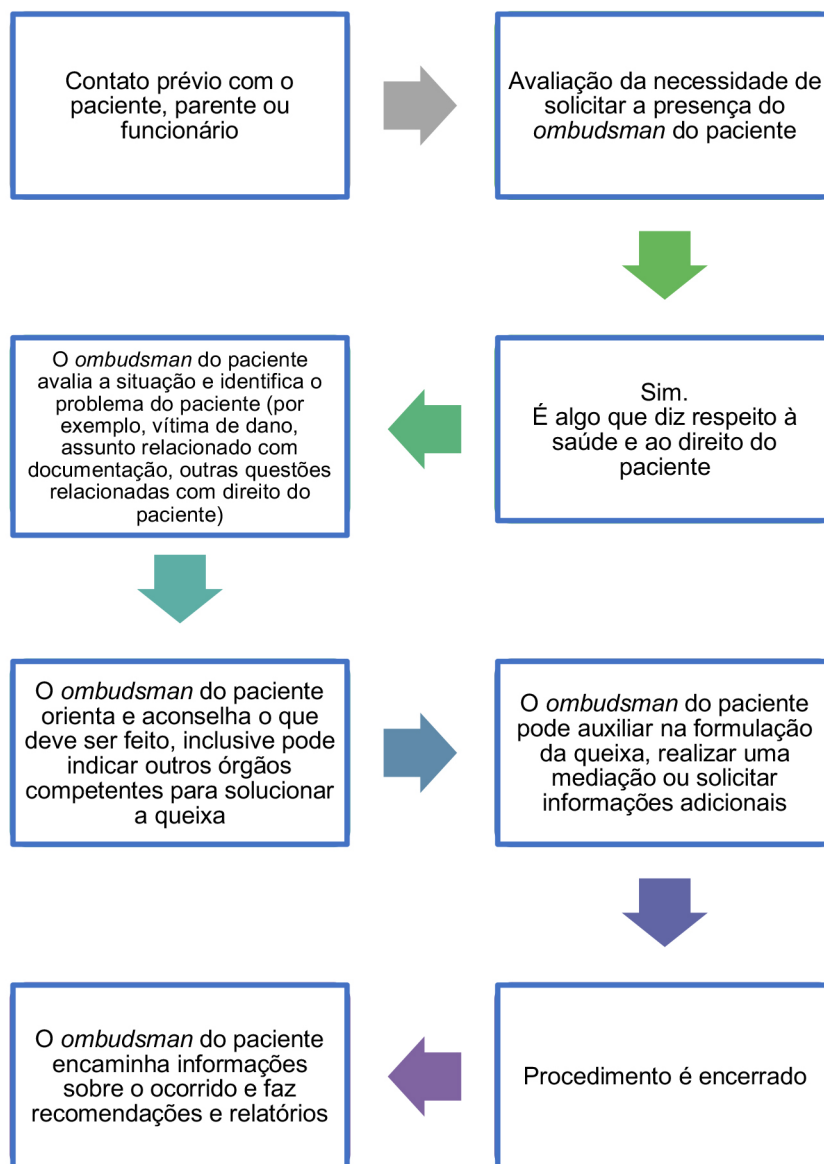
Ombudsman do paciente na Finlândia

A Finlândia foi o primeiro país a adotar uma legislação específica sobre o direito do paciente e a prever, legalmente, a existência de um *ombudsman*. Na Finlândia, as organizações de saúde possuem administração descentralizada, com múltiplas fontes de financiamento, como os municípios e o sistema de seguro de saúde, e os próprios indivíduos contribuem com parcelas substanciais (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 25). Em geral, considera-se que os serviços de saúde são eficazes, mas a acessibilidade pode ser um problema em razão do longo tempo de espera (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 25). O serviço de saúde da Finlândia é público, abrangendo todas as pessoas que estejam vivendo no país. Adicionalmente, todas as pessoas têm o direito de receber tratamento de emergência durante a permanência na Finlândia. A saúde é dividida em primária e especializada, e esta é ofertada nos hospitais. Além da saúde no contexto público, há serviços privados disponibilizados por profissionais da saúde autônomos.

A seção 11 da Lei de Direito do Paciente (nº 758/1992) é destinada ao *ombudsman* do paciente. Conforme se verifica, as unidades de saúde devem contar com um *ombudsman* do paciente, podendo ser comum a duas ou mais unidades. No país, há mais de 2 mil *ombudsmen* do paciente. Não há a exigência de uma formação profissional específica para exercer essa função, contudo a maioria possui formação em serviço social ou enfermagem (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Entre as atribuições indicadas na legislação, estão: orientar e informar os pacientes sobre questões referentes à Lei de Direito do Paciente e promover tais direitos, e apoiar o paciente quanto ao entendimento do direito de apresentar queixa, atuando como um mecanismo de ligação entre o paciente, os mecanismos de queixas e os demais contatos com a administração pública que sejam necessários e estejam disponíveis aos pacientes (Molven, 2007).

Ademais, o *ombudsman* do paciente acolhe os pacientes e encaminha as queixas recebidas, sem deter competência para a sanção de profissionais e a organização de saúde. Ao final das apurações, são feitas recomendações para a melhoria do cuidado em saúde (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Nota-se que o *ombudsman* do paciente não possui as funções de um advogado, nem interfere nas decisões clínicas dos pacientes (Sirpa *et al.*, 2021). A Figura 1 sintetiza as informações sobre o *ombudsman* do paciente na Finlândia (Sirpa *et al.*, 2021).

Figura 1: Fluxograma da atuação do *ombudsman* do paciente na Finlândia



Fonte: Adaptada pelas autoras com base em Sirpa et al. (2021).

Passa-se, a seguir, ao *ombudsman* do paciente na Noruega.

Ombudsman do paciente na Noruega

Na Noruega, a partir da metade da década de 1980, os seus 19 condados iniciaram o processo de criação do mecanismo do *ombudsman* do paciente. Em 1999, a Lei dos Direitos dos Pacientes foi promulgada, e o *ombudsman* do paciente passou a contar com um arcabouço normativo (Aasen; Dahl, 2019).

A Noruega é dividida em condados, e o Estado financia o sistema de seguridade social, usufruído de maneira uniforme, e todos os residentes têm direito aos mesmos serviços (Molven, 2007). Os municípios são responsáveis pelos cuidados primários, e aos estados cabe o cuidado especializado. Quase todos os hospitais são públicos, já que o serviço puramente privado é reduzido nas organizações de saúde norueguesas (Molven, 2007).

Cabe ao governo nacional garantir que haja um *ombudsman* em cada condado, e esse sistema integra o Ministério da Saúde, entretanto sua atuação é independente e autônoma (Molven, 2007). Os escritórios do *ombudsman* do paciente estão localizados tanto no interior quanto nas maiores cidades dos condados. Usualmente, o *ombudsman* do paciente é um advogado, mas também há profissionais de saúde, os quais recebem capacitação sobre legislação do tema, e ele não exerce outra função cumulativa (Molven, 2007). No que tange à sua sustentabilidade financeira, o *ombudsman* do paciente é mantido pelo governo nacional, e o serviço é gratuito aos pacientes e familiares (Molven, 2007).

Entre as atividades desempenhadas pelo *ombudsman* do paciente, destacam-se as seguintes: proteger os direitos dos pacientes, aconselhá-los e orientá-los, quando solicitado, especialmente sobre seus deveres e direitos, além de indicar quais os caminhos legais disponíveis para cada caso. Assim, ele pode auxiliar os pacientes a apresentar suas queixas no Comitê de Vigilância em Saúde² e no Sistema de Compensação de Pacientes.³ Eles também podem endereçar queixas às organizações de saúde, e a legislação prevê a sua atribuição concernente à apresentação de propostas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O *ombudsman* também pode processar as queixas e atuar de ofício (Molven, 2007).

As decisões e recomendações são divulgadas, e, se a organização de saúde não concordar com o teor, o caso poderá ser encaminhado ao Comitê Nacional de Vigilância em Saúde. Nota-se que, se o paciente se sentir insatisfeito, ele poderá recorrer ao *ombudsman* civil existente na Noruega (Molven, 2007, p. 105-155).

Os exemplos citados ilustram a atuação do *ombudsman* do paciente em países distintos. Em suma, o *ombudsman* do paciente é um mecanismo de ligação entre o

2 O Comitê de Vigilância em Saúde da Noruega atua dentro do Ministério da Saúde e faz avaliações de questões técnicas e supervisões dos serviços de saúde, garantindo que a Lei de Direito do Paciente seja aplicada em todo o país, principalmente em relação à informação e documentação (Molven, 2007).

3 É um sistema que atua no contexto administrativo e abrange questões relacionadas às redes pública ou privada conveniadas ao poder público, na Noruega. Desde 2008, a rede privada também recebe essa cobertura. Esse sistema disponibiliza que o paciente busque compensação pecuniária em razão de falha no atendimento. Para a indenização, é necessário comprovar a relação causal entre o tratamento incorreto ou diagnóstico e o dano alegado. Cerca de apenas 1% dos casos é solucionado no âmbito do Judiciário (Molven, 2007).

paciente e a organização de saúde, apoiando-o a exercer seus direitos, especialmente o direito de queixa.

A atuação atenta-se às necessidades dos pacientes, bem como acarreta benefícios para a melhora da qualidade do cuidado, o que repercute positivamente para profissionais e organizações de saúde. O *ombudsman* do paciente está diretamente comprometido com essas questões, e sua atuação pode mitigar a assimetria de poder existente nas relações dos cuidados em saúde e fortalecer a voz dos pacientes, principalmente quando seus direitos são violados (Albuquerque, 2020, p. 213).

Como apontado, no Brasil, o modelo para tratar os conflitos e danos que emergem dos cuidados em saúde, em regra, ainda é o tradicional, baseado na litigância adversarial; logo, o paciente não conta com um mecanismo próprio para apresentar sua queixa e ter o conflito solucionado, com atenção às suas necessidades e aos seus direitos, dentro da própria organização de saúde. Nota-se, contudo, que, comumente, no campo da saúde, há confusão entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS. Considerando que há uma incompreensão acerca da distinção entre os mecanismos apontados, passa-se à análise das ouvidorias hospitalar e do SUS no Brasil.

OUVIDORIA HOSPITALAR E OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

A ouvidoria é um canal de participação que pode se encontrar tanto na esfera do SUS quanto no contexto privado, cuja atuação viabiliza a comunicação entre o usuário ou consumidor, variando a nomenclatura a depender do contexto, e as organizações de saúde (Chaves; Barbosa; Menezes, 2019). Segundo Chaves, Barbosa e Menezes (2019), a ouvidoria é um modelo institucional para averiguar as falhas das organizações, as quais indicam problemas de funcionamento e estruturais. A ouvidoria é o canal disponível para receber solicitações, elogios e denúncias sobre o serviço prestado pela organização e contribui para construir a sua imagem e a reputação, visto que busca fortalecer o relacionamento com os seus usuários/consumidores, bem como pode ser utilizada pelos usuários/consumidores para que seja evitada a judicialização de situações vivenciadas (Silva *et al.*, 2020).

Ao longo das últimas décadas, nota-se que os canais de comunicação das organizações de saúde públicas e privadas no Brasil ganham importância no que tange ao apoio à gestão a partir da análise de pesquisas de satisfação (European Commission, 2002). Com efeito, principalmente no início do século XXI, associadas ao movimento endereçado ao aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e à acreditação hospitalar, as organizações voltaram-se para o envolvimento do paciente como protagonista do próprio cuidado (Brasil, s. d.). Nesse sentido, após 20 anos do movimento de acreditação nacional, alguns avanços relacionados à cultura de segurança do cuidado podem ser percebidos, bem como no que concerne ao reconhecimento do paciente

como protagonista. A ouvidoria desempenha, em algumas organizações de saúde, o papel de fortalecer essa construção com o desempenho de ações de melhoria de processos e de cuidado seguro, além de ser um canal de comunicação com o paciente, entretanto não se encontra pautada em uma legislação específica. No mesmo sentido, as ouvidorias hospitalares podem ser ferramentas para que seja evitada a judicialização de situações vivenciadas por pacientes (Silva *et al.*, 2020). Entre as atribuições do ouvidor, há o recebimento de denúncias, elogios, solicitações e sugestões; o fornecimento de informações gerais sobre o hospital e dos direitos e deveres dos usuários/consumidores/pacientes; a identificação e a avaliação do grau de satisfação dos usuários/consumidores/pacientes; a divulgação de relatórios para a implementação de melhorias; a busca ativa de insatisfações dos usuários/consumidores/pacientes (Chaves; Barbosa; Menezes, 2019).

Cumprir destacar que não há lei nacional específica para a ouvidoria hospitalar na esfera pública ou privada. No ordenamento jurídico, observa-se a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos da administração pública, cujo capítulo IV é dedicado às ouvidorias, de forma geral, e o artigo 13 define as atribuições precípua, como: 1. promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; 2. acompanhar a prestação dos serviços, visando garantir a sua efetividade; 3. propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; 4. auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nessa lei; 5. propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações dessa lei; 6. receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante o órgão ou a entidade a que se vincula; e 7. promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes (Brasil, 2017). Adicionalmente, há a Portaria MS/GM nº 3.027/2007, que prevê a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS, e a Portaria MS/GM nº 2.416/2014, que estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS e suas atribuições (Brasil, 2014, p. 14). Esses regramentos são relevantes, contudo, não dizem respeito à ouvidoria hospitalar, o que acarreta uma lacuna normativa no ordenamento jurídico brasileiro.

No âmbito do SUS, as ouvidorias possibilitam o diálogo entre a sociedade e a gestão, e atuam na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2014, p. 14). É possível que as manifestações encaminhadas às ouvidorias do SUS versem sobre os seguintes aspectos: 1. reclamação (manifestando insatisfação com o serviço público); 2. elogio (expressando se está satisfeito com um atendimento público);

3. solicitação (solicitando a adoção de providências por parte de uma ouvidoria); 4. sugestão (enviando ideia ou proposta de melhoria para os serviços públicos); 5. denúncia (comunicando uma irregularidade, ato ilícito ou violação de direitos na administração pública); e 6. simplificação (sugerindo alguma ideia para desburocratizar o serviço público) (Brasil, s. d.). Salienta-se que a denúncia pode envolver casos de corrupção, fraude, assédio moral ou sexual, uso ilegal de bem público, descumprimento de normas, entre outras irregularidades. A manifestação pode ser registrada por telefone (Ligue 136), pela internet (sistema Fala.BR), de forma presencial ou por meio de carta. Observa-se, assim, que as ouvidorias do SUS recebem manifestações sobre diversas temáticas, quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, de forma ampla (Brasil, 2014), não se restringindo à esfera do paciente na relação de cuidado em saúde. Exemplificando, na esfera do Ministério da Saúde, o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, determina que compete à Ouvidoria-Geral do SUS, com destaque, acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados por meio de reclamações encaminhadas contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde.

No que tange às ouvidorias dos hospitais privados, em algumas organizações, também são denominadas Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), sendo caracterizadas como instâncias independentes e imparciais para receber reclamações, sugestões, elogios em relação ao cuidado recebido ou a aspectos diversos da organização, como a dificuldade em agendar algum exame (Grupo Ibes, 2018). O SAC passou a ter maior visibilidade a partir da década de 1990, após a intensificação das empresas em verificar as necessidades e os desejos de seus consumidores, visto que se compreende que o sucesso da empresa está associado com o relacionamento que possui com o cliente (Freitas; Henz, 2023). Adicionalmente, com a entrada em vigor do CDC, as empresas passaram a ver o SAC como um elemento estratégico, visando inibir eventuais problemas e insatisfações, bem como o desgaste da imagem organizacional (Freitas; Henz, 2023). As ouvidorias hospitalares são responsáveis pelo recebimento e tratamento das manifestações, além de serem ferramentas importantes para a transparência não apenas no contexto público, mas também no privado (Freitas; Henz, 2023). Ademais, as próprias organizações de saúde determinam as diretrizes internas para a instalação das suas ouvidorias, incluindo suas atribuições e a designação do profissional para o exercício da função de ouvidor. A ouvidoria possui impacto importante para organizações de saúde privadas que querem se estabelecer no mercado e atingir o nível mais elevado de excelência dos serviços e produtos (Silva *et al.*, 2020). Desse modo, buscam minimizar os eventuais impactos negativos das avaliações dos consumidores perante a organização avaliada, bem como evitar o ajuizamento de processos judiciais. As ouvidorias hospitalares também visam contribuir para a melhoria da qualidade do serviço e satisfação dos pacientes e familiares (Freitas; Henz, 2023). Em termos de funcionamento,

em regra, as ouvidorias das organizações privadas respondem às questões relacionadas aos serviços e produtos oferecidos, esclarecem-nas, escutam o consumidor sobre sua experiência e aconselham e orientam os pacientes (Grupo Ibes, 2018).

Pode-se aventar que a atuação da ouvidoria, nas esferas pública e privada, possui um papel relevante para as organizações de saúde e para o SUS. Nota-se que a sua atuação se fundamenta nos direitos dos usuários e dos consumidores, com foco na atenção ao usuário/consumidor que utiliza o serviço de saúde, divergindo do *ombudsman* do paciente em diversos aspectos. A seguir, são apresentadas distinções entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS sob a ótica do direito do paciente.

ANÁLISE DO OMBUDSMAN DO PACIENTE E DAS OUVIDORIAS HOSPITALAR E DO SUS NO BRASIL SOB A ÓTICA DO DIREITO DO PACIENTE

Como se depreende das informações apresentadas, é equivocado considerar que as ouvidorias no Brasil são sinônimo do *ombudsman* do paciente. Para elucidar, são abordados os principais pontos de diferenças entre os mecanismos sob a ótica do direito do paciente. A premissa de criação do *ombudsman* do paciente decorre de que, quando algum direito do paciente é violado, o paciente e seus familiares podem recorrer a um mecanismo criado especificamente para apoiar a apresentação de queixas e disponibilizar suporte para eventual solução de conflitos, concretizando o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. Assim, assegura-se o papel do paciente como protagonista do seu cuidado, inclusive quando as coisas não saem como o esperado e quando seus direitos são violados. Por sua vez, a premissa para a criação da ouvidoria na esfera pública se conecta com a participação social dos usuários no SUS, e, no âmbito privado, consideram-se a possibilidade de que os serviços prestados sejam aperfeiçoados e o fortalecimento da relação entre a organização e o usuário/consumidor.

Ademais, o modelo tradicional do *ombudsman* do paciente (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 5; Molven, 2007) possui previsão na legislação específica sobre os direitos do paciente que são fundamentados nos direitos humanos. Nesse sentido, a lógica aplicada é a do cuidado, reconhecendo que a relação entre os profissionais de saúde é uma relação de confiança e que o cuidado é o cerne da sua essência (Albuquerque, 2020, p. 14). Ao contrário, a ouvidoria brasileira não se estrutura com base em uma legislação que dispõe sobre os direitos do paciente. Ademais, o fundamento se refere ao direito do consumidor, no caso das ouvidorias das organizações privadas, e ao direito sanitário, quando se trata de ouvidoria na esfera do SUS, ou seja, são ramos jurídicos distintos do direito do paciente, o que acarreta uma racionalidade normativa diferenciada, bem

como princípios e comandos de atuação dos integrantes dos mecanismos ouvidorias e *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2020, p. 213).

No que tange à atuação, o *ombudsman* do paciente tem como foco a promoção e a implementação dos direitos dos pacientes (Albuquerque, 2020, p. 213). Em contraposição, a ouvidoria na esfera do SUS confere ênfase à participação social dos usuários e ao aprimoramento do serviço de saúde prestado e da gestão pública (European Commission, 2002). Ainda, registra-se que o *ombudsman* do paciente se concretiza como uma garantia da efetivação do direito do paciente de apresentar queixa e do direito à reparação integral. A atuação visa ao acolhimento do paciente e à solução de conflitos considerando o paciente como protagonista do próprio cuidado, evitando também a eventual revitimização dele quando ocorre um evento adverso. O acolhimento do paciente e dos familiares é um dos principais componentes do *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2020, p. 214).

Como apresentado, no Brasil ainda não há o reconhecimento legal em nível nacional dos direitos do paciente, nem a existência do *ombudsman* do paciente nos moldes explanados. Igualmente, o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral ainda não são contemplados sob a ótica do direito do paciente na legislação nacional.

Ainda que se reconheça a existência de ouvidorias hospitalares e do SUS, a solução das queixas no contexto dos cuidados em saúde ainda se dá, tradicionalmente, pelo ajuizamento de processos judiciais, com todas as implicações decorrentes citadas (Albuquerque, 2020, p. 200). Nesse caso, o foco não recai na reparação integral, no acolhimento e no protagonismo do paciente (Albuquerque, 2020, p. 202).

No Brasil, a ouvidoria na esfera da saúde não equivale, portanto, ao complexo mecanismo do *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2018).

Quadro 1: Diferenças principais entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS

Ombudsman do paciente	Ouvidoria hospitalar	Ouvidoria do SUS
Possui previsão na lei específica de cada país sobre o direito do paciente	Não possui legislação nacional específica que institui a ouvidoria hospitalar na esfera privada	O artigo 37, § 3º, inciso I, da Constituição Federal de 1988 prevê a existência de uma lei que discrimine formas de participação do usuário na administração pública, especialmente sobre as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral Há legislação sobre a participação, proteção e defesa dos usuários dos serviços públicos da administração pública (Lei nº 13.460/2017) Os artigos 13 a 17 da referida lei dispõem sobre as ouvidorias na esfera da administração pública, contudo não especificam sobre a ouvidoria no contexto do SUS
Fundamento no direito do paciente	Fundamento no direito do consumidor	Fundamento no direito sanitário
Pautado pela lógica do cuidado	Pautada pela lógica do consumo	Pautada pela lógica da saúde pública
Foco no respeito, na promoção dos direitos do paciente, visando à qualidade de vida e ao bem-estar do paciente e dos familiares, e na solução de conflitos sem o paciente ter a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário, evitando a possível revitimização	Foco na melhoria do serviço de saúde prestado pela instituição privada e na satisfação do consumidor	Foco na ampliação da participação social no SUS
É uma garantia dos direitos do paciente de apresentar queixa e da reparação integral	É a garantia da existência de instâncias independentes para receber sugestão, reclamação, elogio nas organizações de saúde, contribuindo para que estas se estabeleçam no mercado e atinjam o nível mais elevado de excelência dos serviços e produtos	É uma garantia da participação social, possibilitando que o cidadão solicite informações sobre ações e serviços de saúde, e registre sua sugestão, sua reclamação, seu elogio e sua denúncia sobre a administração pública
Foco no paciente e no seu acolhimento, considerando a sua vulnerabilidade acrescida	Foco no consumidor	Foco no usuário

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota-se que o foco principal das ouvidorias hospitalar e do SUS está no usuário/consumidor, não considerando o paciente e a sua vulnerabilidade acrescida. Destaca-se, contudo, que são vislumbradas mudanças no papel desse canal de comunicação em organizações que avançam na cultura do CCP e na busca pela melhoria da experiência do paciente (Albuquerque, 2020, p. 35).

Cumprindo ressaltar que o presente artigo não visa questionar a evidente importância da ouvidoria no contexto brasileiro, mas refletir sobre a possibilidade da adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil, considerando todas as particularidades existentes no país.

Em suma, a coalizão desses dois mecanismos, *ombudsman* do paciente e ouvidoria, cumprindo cada qual com a sua função precípua, seria importante para a proteção dos direitos no contexto da saúde. Ressalta-se, por fim, ser necessária a adoção de mecanismos que assegurem que o paciente seja protagonista do próprio cuidado em saúde não somente no que diz respeito às decisões clínicas, mas também quando ocorrerem situações que não são esperadas, como no caso de violações de direitos. Um mecanismo que acolha o paciente, os familiares e os profissionais de saúde, atuando diretamente na organização de saúde, é essencial para a completa efetivação dos direitos do paciente e, conseqüentemente, dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É direito dos pacientes e familiares contar com um mecanismo específico de recebimento e solução de queixas, bem como com a reparação integral, quando têm seus direitos violados. Esse mecanismo não se confunde com o Poder Judiciário, pautado no modelo de litigância adversarial, tradicionalmente utilizado no Brasil, nem com as ouvidorias hospitalar e do SUS. Faz-se necessário, portanto, repensar o sistema vigente no Brasil, adequando-o ao que preconiza o direito do paciente. O *ombudsman* do paciente possui fundamento nos direitos humanos e reconhece o paciente como protagonista do próprio cuidado, inclusive quando as situações vivenciadas no contexto do cuidado em saúde não saem como esperadas e quando seus direitos são violados. Ainda que as ouvidorias hospitalar e do SUS tenham grande importância, contribuindo para a participação social e o recebimento de queixas, não se confundem com o *ombudsman* do paciente, cuja função abrange não apenas o recebimento e a solução de conflitos, mas também o apoio ao paciente na orientação e formalização da queixa e no encaminhamento às instâncias devidas, atuando na promoção dos direitos do paciente, o engajamento dos pacientes em seu próprio cuidado e a atuação voltada para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Verifica-se, assim, que as ouvidorias hospitalares foram formadas à margem do direito do paciente e, conseqüentemente, dos direitos humanos. Dessa forma, o presente artigo levanta reflexões sobre a possibilidade de adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AASEN, E. M.; DAHL, B. M. Construction of patients' position in Norway's patients' rights act. *Nursing Ethics*, [s. l.], v. 26, n. 7-8, p. 2278-2287, Aug. 2019.
- ALBUQUERQUE, A. *Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde*. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 326-332, 2018.
- ALBUQUERQUE, A. *Manual de direito do paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.
- ALBUQUERQUE, A. *Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do direito do paciente*. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 70-109, set. 2022.
- ALBUQUERQUE, A. *Empatia nos cuidados em saúde*. Santana de Parnaíba: Manole, 2023.
- ALBUQUERQUE, A.; REGIS, A. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 3-25, dez. 2020.
- ALLSOP, J.; MULCAHY, L. Dealing with clinical complaints. *Quality in Health Care*, [s. l.], v. 4, p. 135-143, 1995.
- AVANT MUTUAL GROUP LIMITED. *When patients complain: what you really need to know*. Sidney: Learning Centre Handbook, 2016.
- BRASIL. *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Lei n. 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 22 set. 2025.
- BRASIL. Fala.BR. [s. d.].
- CHAVES, D. F.; BARBOSA, F. G.; MENEZES, J. S. N. Desenvolvimento da qualidade hospitalar por meio da demanda da ouvidoria. *Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman*, [s. l.], n. 2, p. 219-229, 2019.
- EUROPEAN COMMISSION. *European Charter of Patient's Rights*. Brussels: European Commission, 2002.
- EUROPEAN COMMISSION. *Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
- FLOOD, C. M.; MAY, K. A patient charter of rights: how to avoid a toothless tiger and achieve system improvement. *CMAJ*, [s. l.], v. 184, n. 14, p. 1583-1587, 2012.
- FREITAS, D. C. P. e S. de; HENZ, A. P. Clima organizacional na gestão hospitalar e seus impactos: revisão bibliográfica. *Pleiade*, [s. l.], v. 17, n. 41, p. 5-18, out./dez. 2023.

- GALLAGHER, T.; MAZOR, K. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. *BMJ Quality & Safety*, [s. l.], v. 24, p. 352-355, May 2015.
- GRUPO IBES. *7 funções da ouvidoria ou SAC nas organizações de saúde*. São Paulo: Grupo Ibes, 2018.
- LAARMAN, B. S. *De rol van het recht als er iets misgaat in de Gezondheidszorg*. 2022. These (Promotion in Rechtswissenschaften) – Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, 2022.
- LEGEMAATE, J. Het klachtrecht van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, [s. l.], v. 31, p. 418-427, 2007.
- MACKENNEY S.; FALLBERG, L. *Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare*. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2004.
- MACLEOD, S.; URHO, M.; HODGES, C. Nordic injury compensation schemes. In: MACLEOD, S.; HODGES, C. *Redress schemes for personal injuries*. London: Bloomsbury, 2017. p. 161-166.
- MCQUEEN, J. et al. Adverse event reviews in healthcare: what matters to patients and their family? A qualitative study exploring the perspective of patients and family. *BMJ Open*, [s. l.], v. 9, n. 12, p. 1-9, 2022.
- MENEGAZ, M. Direito de apresentar queixa e direito à reparação no contexto dos direitos dos pacientes. In: ALBUQUERQUE, A.; MELGAÇO, N. *Direito do paciente: formação e atualização*. Ponta Grossa: Atena, 2023. p. 107-118.
- MOLVEN, O. O ombudsman do paciente: a experiência norueguesa. *Revista de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 105-155, fev. 2007.
- SILVA, F. de A. da et al. O papel da ouvidoria pública e privada: uma evolução incontestável no mundo, no Brasil e na Paraíba. *Temas em Saúde*, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 245-263, 2020.
- SIRPA, E. et al. *Potilasasiemien toimenkuva*. 2021. p. 1-23. Disponível em: <https://www.lshp.fi/download/noname/%7B6D41A2B6-78AA-46C9-80B6-4A1731175CBE%7D/9462>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- STUDART, D. M.; BRENNAN, T. A. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. *JAMA*, [s. l.], v. 286, n. 2, p. 217-223, 2001.
- SUNDLER, A. et al. Are they really allowed to treat me like that? A qualitative study to explore the nature of formal patient complaints about mental healthcare services in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, [s. l.], v. 31, p. 348-357, 2022.
- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion N.º 68: disclosure and discussion of adverse events. *Obstetrics & Gynecology*, [s. l.], v. 128, p. 257-261, 2016.
- VINCENT, C. Compensation as a duty of care: the case for "no fault". *BMJ Quality & Safety*, [s. l.], v. 12, p. 240-241, 2003.

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. Ε. *et al.* Μηχανισμός διερεύνησης καταγγελιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κριτική προσέγγιση και προτάσεις βελτίωσης [Mecanismo de investigação de reclama-
ções no Sistema Nacional de Saúde: abordagem crítica e sugestões de melhoria].
Athens Medical Society, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 121-128, 2022.

Recebido em: 07/02/2025

Aprovado em: 11/06/2025