UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

MARIANA LIMA MENEGAZ

SISTEMAS DE QUEIXAS DE PACIENTES: ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

BRASÍLIA
2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

MARIANA LIMA MENEGAZ

SISTEMAS DE QUEIXAS DE PACIENTES: ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

BRASÍLIA
2025

Ficha catalográfica

MARIANA LIMA MENEGAZ

SISTEMAS DE QUEIXAS DE PACIENTES: ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira
Universidade de Brasília
Presidente

Prof.ª Dr.ª Telma Rejane dos Santos Façanha
Universidade de Brasília
Avaliadora

Prof.ª Dr.ª Luciana Barbosa Musse
Centro Universitário de Brasília - Uniceub
Avaliadora

Prof. Dr. Victor Grabois
Proqualis/Fiocruz
Avaliador

Prof.ª Dr.ª Flávia Reis de Andrade
Universidade de Brasília
Avaliadora - membro suplente

Dedico esta pesquisa a todos os pacientes que tiveram seus direitos violados, mas não tiveram suas queixas devidamente escutadas e resolvidas, e àqueles que sequer apresentaram suas queixas, em razão de inúmeros fatores e barreiras, sofrendo sem o acolhimento adequado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que concede saúde a mim e a meus familiares e guia meus passos por todos os caminhos, até aqueles que sequer imaginava percorrer. Agradeço à minha mãe, Flávia, por estar presente em todos os momentos, com seu sorriso e abraço amoroso, me incentivando e ensinando a sempre ter a “estranha mania de ter fé na vida”. Agradeço ao meu pai do coração, Gilmar, por confirmar que o amor e a família ultrapassam os laços sanguíneos, mostrando-me que a nossa família é quem a gente escolhe para ser. Agradeço também à minha irmã, Gabriela, por ser minha eterna amiga e confidente, dessa e de todas as vidas. Agradeço à Bela que, mesmo em tão pouco tempo, me ensina sobre a leveza da vida. Sem vocês, eu nada seria. Agradeço ao meu esposo Filipe por ser meu companheiro de todas as horas, pela família que estamos formando e, por vezes, por acreditar mais em mim do que eu mesma. Também agradeço à toda sua família pelo apoio, cuidado e carinho.

Agradeço, especialmente, à minha querida orientadora, professora Aline, que tanto me ensina, na esfera profissional e pessoal. Agradeço o carinho, cuidado e generosidade em ensinar. Agradeço também por me auxiliar a descobrir minhas capacidades e aprimorar o que ainda preciso. Aprender com você é uma honra. Seus ensinamentos e seu afeto estarão sempre comigo. Agradeço aos professores que compõem a banca, Dr. Victor, Dra. Luciana, Dra. Telma e Dra. Flávia, grandes exemplos para mim e que muito me honram pelo aceite. Agradeço pelas contribuições e ensinamentos. Agradeço às queridas amigas do IBDPAC, vocês são inspiração para mim. Também agradeço aos amigos que estiveram comigo durante esta jornada. Agradeço à Universidade de Brasília por disponibilizar a infraestrutura para a realização do doutorado, aos professores, pelo conhecimento compartilhado, e aos colegas e amigos com quem pude ter várias reflexões e debates. Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela oportunidade de realizar esta pesquisa e pelo apoio recebido.

Agradeço também a todos os pacientes, familiares, profissionais de saúde e alunos com quem tive a oportunidade de conversar durante os anos do doutorado, especialmente, aos que compartilharam comigo suas angústias, dores e vivências nos cuidados em saúde, permitindo com que eu compreendesse a importância da existência de um sistema de queixa e aprimorasse a construção do meu caminho como pesquisadora e professora.

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

(Fernando Pessoa, 1933)

RESUMO

A queixa dos pacientes e familiares é temática importante abordada em todo o mundo no contexto dos cuidados em saúde e dos direitos dos pacientes. O número das queixas nos cuidados em saúde tem aumentado no decorrer dos anos, ainda que inúmeras violações vivenciadas por pacientes e familiares não resultem na apresentação da queixa. Neste estudo, considera-se queixa como sendo a manifestação que é encaminhada pelos pacientes, familiares e representantes legais, aos sistemas de queixas, cujo fundamento pauta-se dos direitos humanos. Assim, são compreendidas como narrativas complexas que relatam falhas percebidas na prestação de cuidados em saúde ou violações de direitos, a partir da perspectiva dos pacientes e familiares. Igualmente, as queixas são compreendidas como importantes recursos para obter informações sobre a própria organização de saúde, melhoria do cuidado, segurança e experiência do paciente, envolvendo, portanto, questões micro e macro do cuidado em saúde. Nesse sentido, cumpre registrar que não se considera, a partir do referencial teórico adotado, a queixa como sinônimo da reclamação, posto que esta fundamenta-se no direito do consumidor, direito civil ou sanitário, a depender do mecanismo a qual será encaminhada, por exemplo, às ouvidorias hospitalares ou ouvidorias do SUS. O Direito do Paciente, e, de forma específica, o direito de apresentar queixa nos cuidados em saúde ainda é tema pouco tratado pelos pesquisadores da Bioética e Direitos Humanos no Brasil, o que reforça a importância do presente trabalho. A ausência de investigações sobre o tema contribui para a manutenção da desconsideração, silenciamento e falta de tratamento e resposta adequada às queixas dos pacientes, bem como o atraso para a criação de um sistema de queixa adequado. Desta feita, ressalta-se que a Bioética Clínica (BC) abarca conflitos e dilemas que perpassam as situações cotidianas da relação de cuidado em saúde, incluindo o encontro clínico e as queixas dele decorrentes. Desse modo, utiliza-se o referencial teórico da Bioética do Cuidado em Saúde (BCS), que é uma nova vertente teórica da BC que se fundamenta no artigo 3º da Declaração Universal de Bioética e possui quatro elementos principais: a) o Direito do Paciente; b) a centralidade do paciente; c) a relação de parceria entre os atores do encontro clínico; e d) a empatia clínica. Assim, propõe-se analisar os sistemas de queixas sob a perspectiva da BCS, tendo em conta que essa nova vertente de BC reconhece a transformação do papel do paciente, que passou de objeto de intervenções para sujeito de direitos e protagonista do seu próprio cuidado em saúde. Adicionalmente, o presente estudo analisa o contexto brasileiro, trazendo à baila análise sobre as ouvidorias, principalmente, as hospitalares e do SUS e, ao final, apresenta proposição de sistema de queixa no Brasil, sob a ótica da BCS, com o fito de efetivar o direito de apresentar queixa e reforçar o protagonismo do paciente e a centralidade do cuidado em saúde, contribuindo para uma nova perspectiva de recebimento, processamento e resposta às queixas nos cuidados em saúde, no País.

Palavras-chave: Bioética. Direitos do Paciente. Cuidado Centrado no Paciente. Queixas. Pacientes.

ABSTRACT

The complaints raised by patients and their families constitute an essential topic discussed worldwide within the context of health care and patients' rights. The number of complaints in healthcare has increased over the years, even though numerous violations experienced by patients and relatives do not result in the formal submission of a complaint. In this study, a complaint definition is the manifestation submitted by patients, relatives, or caregivers to complaint systems, grounded in human rights principles. Understanding such complaints as complex narratives that describe perceived failures in the provision of health care or violations of rights, from the standpoint of patients and their families. They are also regarded as valuable resources for obtaining information about the healthcare organization itself, for improving care, ensuring safety, and enhancing the patient experience — thus encompassing both micro and macro aspects of healthcare. It is worth emphasizing that, according to the theoretical framework adopted herein, a complaint is not regarded as synonymous with a claim, since claims are grounded in consumer, civil, or sanitary law, depending on the addressed institutional mechanism, such as hospital or public health ombudsman offices. Patients' rights — and, specifically, the right to file a complaint within healthcare — remain an underexplored topic among scholars of Bioethics and Human Rights in Brazil, which underscores the relevance of this research. The lack of studies on the subject contributes to the ongoing neglect, silencing, and inadequate response to patients', relatives', and caregivers' complaints, as well as to delays in an appropriate complaint system. In this regard, Clinical Bioethics (CB) encompasses conflicts and dilemmas inherent to the daily practice of care, including the clinical encounter and its arising complaints. Therefore, this study adopts the theoretical framework of the Bioethics of Health Care (BHC) — a recent theoretical strand of CB based on Article 3 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights — which comprises four core elements: (a) Patients' Rights; (b) the centrality of the patient; (c) the partnership between actors within the clinical encounter; and (d) clinical empathy. Accordingly, this research analyzes complaint systems from the perspective of BHC, given that this emerging strand of bioethics acknowledges the transformation of the patient's role — from an object of medical intervention to a rights-bearing subject and active participant in their own health care. Additionally, this study examines the Brazilian context, with particular attention to hospital and public health (SUS) Ombudsman offices, and ultimately proposes a complaint system for Brazil from the standpoint of BHC. The proposal aims to realize the right to file a complaint, reinforce patient agency, and reaffirm the centrality of care within health systems—thereby contributing to a renewed perspective on the reception, processing, and response to complaints in Brazilian health care.

Keywords: Bioethics; Patients' Rights; Patient-Centered Care; Complaints; Patients.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições indicando as diferenças principais entre o *ombudsman* do paciente, a ouvidoria hospitalar e a ouvidoria do SUS. (Continua).....85

Quadro 2 – Legislações estaduais sobre direitos dos usuários que possuem direitos dos pacientes.....90

Quadro 3 – Legislação estadual que versa sobre o direito dos pacientes.....91

Quadro 4 - Tabela sobre os Direitos e compromissos extraídos da Constituição do NHS para Inglaterra, sobre “Queixa e reparação”.....111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BC	Bioética Clínica
BCS	Bioética do Cuidado em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CQC	*Care Quality Commission*
DHP	Direitos Humanos do Paciente
DP	Direito do Paciente
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
GP	*General Practitioner*
HCAT	*Healthcare Complaint Analysis Tool*
ISP	Incidente de Segurança do Paciente
JCI	*Joint Commission International*
LAI	Lei de Acesso à Informação
MMF	*Medical Mediation Foundation*
MS	Ministério da Saúde
NCMP	*National Complaints Management Protocol*
NHS	*National Health Service*
NHSLA	*The National Health Service Litigation Authority*
NICE	*National Institute of Health and Care Excellence*
Notivisa	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	*Patient Advisory Committee*
PALS	*Patient Advice and Liaison Service*
PCC	*Patient-Centered Care*
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPG	Programa de Pós-graduação em Bioética

SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SNO	Sistema Nacional de Ouvidorias
SUS	Sistema Único de Saúde
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....15
2 ASPECTOS GERAIS DO SISTEMA DE QUEIXAS.....25
2.1 O CONCEITO DE QUEIXAS NOS CUIDADOS EM SAÚDE.....25
2.2 A ORIGEM DOS SISTEMAS DE QUEIXAS NOS CUIDADOS EM SAÚDE..... 28
2.2.1 Conteúdo das queixas nos cuidados em saúde..... 29
2.2.2 Ferramenta de análise das queixas nos cuidados em saúde.....31
2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE QUEIXAS..... 32
2.4 FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE QUEIXAS..... 33
2.4.1 Promoção dos Direitos do Paciente..... 34
2.4.2 Processamento das queixas.....35
2.4.3 Solução de Conflitos.....36
2.4.4 Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente.....38
3 BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE.....42
3.1 O DIREITO DO PACIENTE..... .44
3.2 A CENTRALIDADE DO PACIENTE..... 46
3.3 RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE OS ATORES DO ENCONTRO CLÍNICO..... 48
3.4 A EMPATIA CLÍNICA.....50
4 SISTEMAS DE QUEIXAS SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE..... 54
4.1 O DIREITO DO PACIENTE E OS SISTEMAS DE QUEIXA.....54
4.1.1 Direito de apresentar queixa.....55
4.2 A CENTRALIDADE DO PACIENTE E OS SISTEMAS DE QUEIXAS.....56
4.3 RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE OS ATORES DO ENCONTRO CLÍNICO..... 58
4.4 A EMPATIA CLÍNICA E OS SISTEMAS DE QUEIXA..... 61
5 MODELOS DE SISTEMAS DE QUEIXAS.....66
5.1 PAÍSES BAIXOS.....66
5.1.1 Comitê de Disputas Médicas..... 67
5.2 SUÉCIA.....70
5.3 DINAMARCA..... 72

6 OUVIDORIAS NA ESFERA DA SAÚDE NO BRASIL E OS SISTEMAS DE QUEIXA..... 75
6.1 Ouvidorias do Sistema Único de Saúde..... 76
6.1.1 O paciente, suas queixas e o SUS..... 76
6.1.2 Aspectos centrais das ouvidorias do SUS..... 78
6.2 Ouvidoria Hospitalar..... 83
6.3 Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)..... 86
6.4 Ouvidoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa)..... 87
6.5 As ouvidorias do SUS, a ouvidorias hospitalares e a Bioética do Cuidado em Saúde..... 88
6.5.1 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e o Direito do Paciente..... 88
6.5.2 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a centralidade do paciente..... 95
6.5.3 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a relação de parceria entre os atores do encontro clínico..... 97
6.5.4 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a empatia clínica..... 99
7 ANÁLISE DO SISTEMA DE QUEIXA DO NHS E REFLEXÕES SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE QUEIXA BRASILEIRO FUNDAMENTADO NA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE..... 102
7.1 Sistema de Queixas da Inglaterra..... 104
7.1.1 Sistema de Saúde da Inglaterra..... 104
7.1.1.1 Direitos e compromissos previstos na Constituição do NHS sobre as queixas nos cuidados em saúde..... 107
7.1.1.2 Mecanismos de ligação de pacientes..... 112
7.1.1.3 Departamentos de Queixas locais e *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde..... 115
7.1.1.4 NHS Resolution..... 118
7.2 Aportes para a criação de um Sistema de Queixa brasileiro fundamentado na Bioética do Cuidado em Saúde..... 122
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 132

1 INTRODUÇÃO

As queixas nos cuidados em saúde envolvem temática de grande importância para a esfera da saúde no contexto global. Pesquisas demonstram que há aumento significativo do número das queixas nos cuidados em saúde nos últimos anos, ainda que esses dados não demonstrem a realidade dos cuidados em saúde, visto que várias queixas não são sequer apresentadas pelos pacientes, familiares e representantes legais em decorrência de inúmeras barreiras existentes[1-3]. Em média, três em cada dez pessoas que utilizam serviços de saúde tiveram preocupações sobre seus cuidados, mas nunca as manifestaram, com a justificativa que não sabiam como o fazer, e relataram sentir que nada mudaria na qualidade do cuidado após a queixa. Estudos realizados demonstram que 77% das reclamações descrevem atitudes/comportamentos negativos e foram distribuídas como falta de empatia, e 23% destas como tratamento indiferente[4]. No campo comunicação, a maioria das queixas foi sobre as experiências dos pacientes de não estarem envolvidos/falta de participação no cuidado (55%), seguido por falta de informação e falta de possibilidades de comunicação (45%)[1]. Os resultados mostram que muitas das respostas às queixas relatadas pelos pacientes não contêm um pedido de desculpas pessoal, e que alguns dos pacientes nem sequer receberam uma resposta às suas queixas[1].

Os pacientes, constantemente, sofrem violações dos seus direitos, além de algo inesperado ocorrer, e terem suas expectativas não atendidas, e de serem vítimas de danos nos cuidados em saúde[5]. Após a vivência dessas situações, geralmente, encontram-se desamparados e têm suas dores desconsideradas e invisibilizadas pelas organizações de saúde, corroborado pela falta de informação sobre a possibilidade de apresentar uma queixa e pela inexistência de sistemas específicos para receber, acolher, processar e resolver a queixa apresentada. Segundo pesquisas[5-7] trazidas neste trabalho, o número de queixas no contexto dos cuidados em saúde tem aumentado ao longo dos anos. Contudo, estudos[8-10] demonstram que apenas uma parte dos pacientes, os quais possuem motivos para apresentarem queixa, realmente o fazem.

Inicialmente, é importante que seja realizada a indicação do referencial teórico adotado para o termo *queixa* utilizado nesta pesquisa, tendo em conta as diversas

possibilidades. A partir da análise etimológica da palavra queixa, tem-se o significado, extraído do dicionário Michaelis[11]:

> 1) ato ou efeito de se queixar; 2) expressão de dor ou de sofrimento, lamento, queixume, questa; 3) expressão de ressentimento ou de desagrado; 4) perda ou ausência de contentamento; desagrado, descontentamento; 5) comunicação à autoridade competente ou ao chefe imediato de alguma ofensa ou dano recebido, para que se tome as providências cabíveis; querela, querima, querimônia; 6) admoestação severa; censura; 7) jurídico: queixa-crime; e 8) médico: qualquer sintoma relatado pelo doente.

Nesse sentido, na esfera da saúde, a palavra queixa é concebida como o sintoma relatado pelo paciente no encontro clínico – por exemplo, uma dor sentida pelo paciente relatada ao profissional durante a consulta –, ao passo que no contexto jurídico brasileiro, compreende-se queixa-crime[12] como a peça processual que dá início à ação penal, utilizada para os casos de ação penal privada, sendo apresentada pelo próprio ofendido ou seu representante legal, por meio de advogado, nos termos do Artigo 41 do Código de Processo Penal[13], sendo utilizada, por exemplo, nos casos de crimes contra a honra (calúnia, injúria e difamação).

Tais definições não se aplicam ao presente trabalho. Do mesmo modo, a compreensão da queixa para esta pesquisa difere-se da notificação do evento adverso que é realizada a um sistema criado para receber notificações de incidentes e eventos adversos, como é o caso do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa).

Para a presente pesquisa, parte-se da utilização do termo queixa com base nos Direitos Humanos do Paciente (DHP)[14], que prevê o direito ao remédio efetivo. Na esfera dos Direitos Humanos, esse direito está previsto em tratados de Direitos Humanos, como no Artigo 8º da Declaração Universal de Direitos Humanos, no Art. 13º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos[15] e no §3º do Art. 2º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. O direito ao remédio efetivo prevê que todo indivíduo que se sentir prejudicado por condutas que violem seus direitos deve possuir um recurso para reivindicá-lo e, se for o caso, obter a reparação[15]. O Estado deve, portanto, incumbir-se de criar o órgão específico para receber, processar e resolver essa queixa[15]. Outrossim, esse direito também prevê que as vítimas possuem o direito à reparação adequada, eficaz e célere, além de acesso a informações relevantes sobre violações e reparações. Desse modo, extrai-se desse direito o Direito do Paciente de apresentar queixa, que prevê a criação de mecanismos específicos para o recebimento, o processamento e a resolução da queixa,

denominados de *sistemas de queixas*[16]. Verifica-se assim, conforme o Artigo 13º da Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes, que todo paciente possui direito de apresentar queixa e o direito de receber uma resposta[17]. Nesse sentido, os serviços de saúde devem garantir esse direito, fornecendo informações aos pacientes para que reconheçam as violações e formalizem suas queixas[17].

Nota-se, portanto, que esta pesquisa utiliza o termo queixa para a manifestação que é encaminhada – pelos pacientes, familiares e representantes legais – aos sistemas de queixas, cujo fundamento pauta-se dos Direitos Humanos, conforme supracitado. Desse modo, não se considera a queixa como sinônimo da reclamação, posto que esta se fundamenta no Direito do Consumidor, Direito Civil ou Sanitário, a depender do mecanismo a qual será encaminhada. Destaca-se, assim, a diferença entre o paciente, o consumidor e o usuário, e os reflexos nas queixas[16]. Ao passo que o consumidor é considerado como toda pessoa física ou jurídica, que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final, tendo sua relação com o profissional de saúde, e organização de saúde, baseada no Direito do Consumidor e na lógica de consumo; e o usuário é aquele indivíduo que faz uso de um serviço prestado por parte do Estado, com relação baseada no Direito Sanitário e na lógica da saúde pública. O paciente é qualquer pessoa que está em uma relação de cuidado, seja na esfera pública ou privada, e possui vulnerabilidade acrescida, tendo sua relação com o profissional de saúde fundamentada nos Direitos Humanos e na lógica do cuidado[16]. Desse modo, as reclamações apresentadas às ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) são realizadas pelos usuários, sendo que para as ouvidorias hospitalares são encaminhadas àquelas apresentadas pelos consumidores.

Ao analisar o cenário desta temática no Brasil, observa-se situação preocupante, tendo em conta a ausência de um sistema de queixa e as questões relacionadas com o modelo tradicionalmente adotado para resolver os conflitos na esfera dos cuidados em saúde, qual seja, o da litigância adversarial, bem como a ausência de reconhecimento nacional dos direitos dos pacientes, especialmente o direito de apresentar queixa, e com a invisibilização do paciente no contexto do SUS e nas organizações de saúde privadas. Assim, impõe-se a necessidade de reflexão acerca dos sistemas de queixas dos pacientes nos cuidados em saúde.

O direito de apresentar queixas nos cuidados em saúde ainda é tema pouco tratado pelos pesquisadores da Bioética e Direitos Humanos no Brasil, o que reforça a importância do presente trabalho. Ainda que a produção científica acerca do

reconhecimento de que o paciente possui direitos quando está em uma relação de cuidado em saúde seja escassa, mas esteja aumentando, pouco se fala sobre a possibilidade que esse mesmo paciente possa apresentar queixas quando algo inesperado ocorre, quando um direito seu é violado ou quando ele é vítima de algum dano. Essa ausência de investigações sobre o tema contribui para a manutenção da desconsideração, do silenciamento e da falta de tratamento e resposta adequados às queixas, principalmente, pelo fato de que, se não há reconhecimento desse direito específico, mais barreiras podem ser encontradas para que um país, ou uma organização de saúde privada, crie um sistema de queixa adequado.

As questões envolvendo as queixas dos pacientes expõem situações que emergem nos cuidados em saúde e possuem repercussões éticas[18], as quais são diretamente identificadas na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Diversos pacientes relatam medo de serem estigmatizados como “pacientes difíceis” em decorrência da queixa apresentada, e se preocuparem com eventuais repercussões das queixas nos seus tratamentos clínicos[9]. Além disso, os testemunhos dos pacientes são frequentemente desencorajados e, quando realizados, podem ser considerados insuficientemente articulados, visto que não utilizam a terminologia técnica relevante para o discurso do profissional[19]. Verifica-se, assim, que estereótipos prevalecem nos cuidados em saúde e o alijamento do paciente do seu processo de participação no próprio cuidado[18], o que inclui a apresentação de eventual queixa decorrente. Estas são situações cotidianas do cuidado em saúde e, portanto, integram a Bioética Clínica.

A Bioética Clínica é um campo da Bioética que possui o foco em conferir ferramentas éticas para lidar com questões morais que emergem dos cuidados em saúde, não se restringindo à atuação tão somente no contexto reflexivo ou descritivo, compreendendo também sua atuação prescritiva, visto que é uma Ética Aplicada[20]. A Bioética Clínica abarca conflitos e dilemas que perpassam as situações cotidianas da relação de cuidado em saúde[18], incluindo o encontro clínico e as queixas dele decorrentes. Desse modo, compreendendo a Bioética Clínica como sendo socialmente comprometida[21], é imperioso que ela sirva como aporte teórico-prático para as situações cotidianas do cuidado em saúde[18], em que os pacientes vivenciam violações de direitos, algo inesperado ocorre e danos são decorrentes dos cuidados recebidos.

No contexto da América Latina, novo referencial teórico bioético vem sendo desenvolvido a partir dos direitos humanos dos pacientes[16], denominado de Bioética do Cuidado em Saúde (BCS). A BCS é uma nova vertente teórica da Bioética Clínica, que se fundamenta no Artigo 3º da Declaração Universal de Bioética (DUBDH), que dispõe que “a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade”[18]. O foco da BCS se dá em questões persistentes abordadas pelos pacientes, por vezes não consideradas, visto que, ao paciente, em regra, não é conferida a oportunidade de fazer ouvir a sua voz[18].

O referencial teórico da BCS possui dupla natureza[18], a de ética substancialista, sendo uma ética prescritiva e que parte dos direitos dos pacientes enquanto normas éticas endereçadas à prática clínica, e que se fundamenta no primado ético da centralidade do paciente, da empatia clínica, da relação de parceria entre os atores do encontro clínico e do direito do paciente, compreendendo que compromissos morais são expressos por meio desses direitos[18]; e a de ética procedimental, em que o processo de deliberação ética da prática clínica envolvem casos do cotidiano clínico, e que o propósito do cuidado é o atendimento das necessidades do paciente, partindo do Cuidado Centrado no Paciente (CCP)[18]. Ressalta-se, contudo, que tal análise não é objeto central desta pesquisa. Outrossim, a BCS possui quatro elementos, também definidos como eixos, principais, quais sejam: a) o Direito do Paciente; b) a centralidade do paciente; c) a relação de parceria entre os atores do encontro clínico, considerando os profissionais de saúde e o paciente; e d) a empatia clínica[18], que são abordados, em detalhe, em Capítulo específico. Desse modo, compreende-se necessário que a análise dos sistemas de queixas de pacientes sob a perspectiva da BCS, posto que, consoante apresentado, considera-se a BCS o referencial teórico adequado à análise dos sistemas de queixas.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é o de analisar os sistemas de queixas sob a perspectiva da BCS, tendo em conta que essa nova vertente de Bioética Clínica reconhece a transformação do papel do paciente, que passou de objeto de intervenções para sujeito de direitos e protagonista do seu próprio cuidado em saúde, e mostra-se mais adequada do que o Principialismo para lidar com as situações que emergem dos cuidados em saúde, especialmente, as questões morais que importam para os pacientes, como as relatadas nas narrativas das queixas[18]. Como objetivos específicos desenvolvidos nesta pesquisa, verifica-se: a) analisar os sistemas de queixas, apresentando as origens, as características, suas funções

principais e apresentar modelos existentes em países que possuem os direitos dos pacientes reconhecidos legalmente; b) apresentar a BCS, com seus quatro eixos principais e analisar os sistemas de queixas sob a perspectiva dos quatro eixos; c) compreender o funcionamento das ouvidorias do SUS e das ouvidorias hospitalares no Brasil; d) investigar como o sistema de queixa do *National Health Service* (NHS), sistema de saúde da Inglaterra, se estrutura e indicar aportes para a criação de um sistema de queixa brasileiro, reunindo os principais elementos que deva possuir.

Assim, a pesquisa parte da definição dos DHP sobre o direito de apresentar queixa, ao considerar que esse direito implica na estruturação de um órgão ou entidade específica que receba e processe a queixa, com o objetivo de resolvê-la[16]. No mesmo sentido, esta pesquisa não objetiva aprofundar sobre o direito à reparação integral, não obstante ser um direito do paciente diretamente relacionado com o direito de apresentar queixa e, por conseguinte, com os sistemas de queixas. Destaca-se que a resolução integral e justa da queixa está dentre as funções dos sistemas de queixas, sendo reconhecida pela Carta de Direitos de Segurança do Paciente, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2024[22]. Conforme a Carta, é direito de todo paciente ser escutado e de obter uma resolução justa, especialmente, quando sofre danos nos cuidados em saúde, considerando-se como justa a resolução que abarque uma estrutura clara de processamento do evento vivenciado, com responsabilização, reconciliação, indenização de acordo com os danos sofridos e a adoção de medidas necessárias para a reparação integral do dano sofrido, a partir das necessidades apresentadas pela vítima do dano.

Ademais, o tema desta pesquisa se distancia do enfoque do *disclosure* nos cuidados em saúde, tendo em conta que, ainda que as queixas apresentadas pelos pacientes, familiares e representantes legais possam conter relatos de situações que causaram danos aos pacientes, e que não foram devidamente notificados e identificados pelos próprios profissionais de saúde, o trabalho não aborda sobre a necessidade de que as organizações de saúde realizem o *disclosure*, nem sobre como esta deva ser realizado. O *disclosure* é um processo de diálogo aberto com o paciente e/ou familiares, em que há espaço de diálogo e escuta para os envolvidos no evento, além da adoção de medidas de reparação do dano ocasionado ao paciente[23]. Assim, há relação direta entre o direito de apresentar queixa, os sistemas de queixas e o *disclosure*. Contudo, ainda que se reconheça a importância do tema, este trabalho não visa se aprofundar sobre essa relação. Complementarmente, a pesquisa não

visou aprofundar sobre a temática envolvendo o modelo de litigância adversarial adotado no Brasil para resolver os conflitos que emergem dos cuidados em saúde. Não obstante, reflexões foram apresentadas para relacioná-lo com a necessidade de adoção de um sistema de queixa no Brasil.

Sob a perspectiva metodológica, trata-se de pesquisa teórica e documental. No contexto da pesquisa teórica, que analisa e aprofunda em teorias, conceitos, sem coleta de dados, compõe-se de levantamento de literatura, inicialmente, acerca dos DHP, para a definição de queixa utilizado neste trabalho, e para compreensão sobre o Direito do Paciente, especialmente, sobre o direito do paciente de apresentar queixa, bem como sobre os sistemas de queixas. Outrossim, adota-se o referencial teórico da BCS, enquanto vertente da Bioética Clínica, que está em desenvolvimento e é fundamentada em investigações no campo do Direito do Paciente[16] e, consequentemente, nos DHP[14]. A BCS se apresenta como referencial apto a responder às questões relacionadas às queixas nos cuidados em saúde. Por conseguinte, não reconhecia as reflexões dessa assimetria nas queixas decorrentes dos cuidados em saúde e na necessidade de conferir centralidade ao paciente, tanto no encontro clínico, como quando alguma queixa é apresentada. Assim, adota-se o referencial da BCS desenvolvido por Albuquerque[18] e pelas pesquisas de Albuquerque e Tanure[24] e Albuquerque e Eler[25]. Registra-se que essa nova vertente da Bioética Clínica vem sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, e literatura sobre a temática está sendo construída pelos pesquisadores vinculados ao referido Programa e ao Observatório de Direitos dos Pacientes, sob a coordenação de Albuquerque.

Dessa forma, no que toca à pesquisa teórica em relação aos sistemas de queixas, foram utilizados estudos de Sundler, Darcy e Raberus[5], visto que os autores analisam as queixas dos pacientes utilizando referencial dos Direitos Humanos, bem como as investigações de Van Dael e colaboradores[26], que analisam as queixas nos cuidados em saúde, e de Gallagher, Mazor e Kathleen[16], que abordam sobre funções dos sistemas de queixas. Ademais, em nível internacional, buscou-se compreender a prática relacionada aos sistemas de queixas presentes em diversas localidades e, de forma específica, no contexto dos Países Baixos, da Dinamarca e da Suécia. Destaca-se que os modelos de sistemas de queixas desses países foram escolhidos em razão da vasta literatura sobre o tema, e da consolidação do direito de apresentar queixa na legislação interna e do sistema de saúde no qual está inserido.

Na esfera da América Latina, ainda que países contem com legislação específica sobre os direitos dos pacientes e com mecanismos como a Comisión Nacional de Arbitraje Médico, no México, este estudo identificou que tais países não contam com modelos de sistemas de queixas conforme os aqui estudados[27]. Em relação às ouvidorias hospitalares, a análise pautou-se nos estudos de Albuquerque, Matias e Menegaz[28], Vismona[29] e Ryngelblum(40).

No que tange à pesquisa documental, foi considerado o Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos dos Pacientes[31], que proporciona uma visão transversal da situação dos direitos dos pacientes nos 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, e dentre eles verifica-se o direito de apresentar queixa, abordado na presente pesquisa e diretamente relacionado com a existência dos sistemas de queixas. O Relatório foi escolhido por ser o principal documento sobre os direitos do paciente produzido por um organismo internacional, e dele decorre o direito de apresentar queixa. A discussão e o aprofundamento sobre o direito que todo paciente possui de apresentar queixa quando tem os seus direitos violados resultaram no desenvolvimento dos sistemas de queixas.

Também foi adotado o documento Carta de Direitos de Segurança do Paciente, da OMS[22], especialmente no que tange ao direito de ser escutado e à resolução justa. A Carta aludida foi elaborada com o intuito de apoiar a implementação do “Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030: Rumo à eliminação de danos evitáveis nos cuidados em saúde”, e tem como objetivo delinear os direitos dos pacientes no contexto da segurança, especialmente considerando que mais de 50% desses danos são evitáveis. Ademais, reconhece direitos aplicados à segurança do paciente a partir dos Direitos Humanos, e identifica que os pacientes têm o direito de compartilhar suas experiências, apresentar queixas e relatar incidentes à sua segurança que ocorram durante os cuidados em saúde; bem como que os pacientes devem ter um ambiente de apoio embasado em uma cultura de segurança, em que suas vozes sejam ouvidas e suas preocupações expressas sem o medo de represálias nem repercussões negativas[22].

Ainda, para abordar a ouvidoria do SUS, fez-se uso do documento “Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS”[32], elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), que serve de diretriz para todas as Ouvidorias instaladas

no âmbito do SUS, pautado na Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017; no Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003; e no Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023.

A investigação ora desenvolvida também se sustenta na análise da estrutura do sistema de queixa do NHS da Inglaterra, que é composto pelos escritórios de queixas locais, pelos mecanismos de ligação, pelo *Ombudsman* e pelo *NHS Resolution* (Resolução NHS), voltado para queixas relacionadas aos danos nos cuidados em saúde. A adoção desse sistema de queixa se deu haja vista a existência, no Reino Unido, do sistema de saúde que contém semelhanças com o sistema de saúde do Brasil. Outrossim, o direito de apresentar queixa é legalmente reconhecido no país e há vasta literatura sobre o tema[33-38], o que contribui para o aprofundamento teórico acerca do sistema de queixa. No mesmo sentido, recente Relatório[10] foi elaborado sobre o sistema de queixas e as possibilidades de melhoria, o que demonstra o interesse em aprimorar o sistema de queixa da Inglaterra.

Assim, os passos metodológicos adotados nesta pesquisa envolveram desde a compreensão sobre o direito de apresentar queixa até os sistemas de queixas, com a análise da BCS e dos seus eixos. Posteriormente, foi realizada a análise dos sistemas de queixas pela ótica da BCS, com a apresentação de modelos de sistemas de queixas. Em seguida, foram analisadas ~~a~~s ouvidorias do SUS e as ouvidorias hospitalares, visto que são mecanismos instituídos administrativamente, sem relação com o Poder Judiciário e, por várias vezes, utilizadas para relatarem manifestações sobre o cuidado em saúde. Ao final, foi realizada análise sobre a estrutura do sistema de queixa da Inglaterra, e, a partir da análise crítica e da concepção de que existem diferenças entre os países, bem como entre as culturas, foi identificada a necessidade de criação de um sistema de queixa no Brasil, com apresentação dos elementos principais que deve possuir.

Diante do apresentado, a pesquisa foi estruturada em seis capítulos, que se encontram organizados da seguinte forma: o Capítulo 1 versa sobre os aspectos gerais dos sistemas de queixas. Assim, a pesquisa inicia-se com a apresentação de alguns conceitos das queixas nos cuidados em saúde, partindo dos DHP, conforme explicado, visto que não há um consenso sobre a sua definição. Nesse sentido, são indicadas pesquisas com apresentação do conteúdo de queixas que são verificadas em diversas localidades e áreas da saúde. Em seguida, pontua-se a origem dos sistemas de queixas, com destaque para a indicação das principais características e funções desses sistemas. Dentre as funções, são abordadas a promoção dos Direitos

dos Pacientes, o processamento das queixas, a solução de conflitos e a qualidade do cuidado e segurança do paciente. No Capítulo 2 é analisada a BCS, com escopo de abordar os quatro eixos, quais sejam, o Direito do Paciente, a centralidade do paciente, a relação de parceria entre os atores do encontro clínico e a empatia clínica. Em seguida, no Capítulo 3, é feita a análise dos sistemas de queixas sob a perspectiva da BCS. Para tanto, todos os eixos da BCS são novamente trazidos à baila para a análise sob a perspectiva dessa nova vertente da Bioética Clínica. O Capítulo 4 apresenta modelos de sistemas de queixas para que suas especificações sejam verificadas, e suas estruturas de funcionamento sejam conhecidas. Os sistemas de queixas referem-se aos seguintes países: Países Baixos, Dinamarca e Suécia. Após, o Capítulo 5 analisa os sistemas de queixas e a ouvidoria na saúde, relacionando os dois institutos, com a apresentação dos aspectos gerais da ouvidoria na saúde. No Capítulo 6 é feita a análise da Ouvidoria do SUS e das ouvidorias hospitalares no Brasil. Concluindo de forma propositiva, apresenta aportes para proposta de sistema de queixa no Brasil sob a ótica dos sistemas de queixas e da Bioética do Cuidado em Saúde, fundamentado nos quatro eixos indicados nos Capítulos 2 e 3.

Cumpre destacar que, até o momento, não há estudos que utilizam o referencial da BCS aplicado à análise das queixas dos pacientes. Passa-se, assim, à apresentação dos aspectos gerais dos sistemas de queixas nos cuidados em saúde – primeiro tema a ser abordado – para, em seguida, realizar a análise da BCS e a relação entre os sistemas de queixas e a BCS.

2 ASPECTOS GERAIS DO SISTEMA DE QUEIXAS

O primeiro Capítulo desta pesquisa possui o objetivo de apresentar e entender os aspectos gerais relacionados às queixas e aos sistemas de queixas no contexto dos cuidados em saúde. A partir desse entendimento, torna-se possível a análise dos demais Capítulos, visto que o entendimento geral sobre os sistemas é pressuposto para compreensão das análises que serão realizadas nesta pesquisa. Para tanto, este Capítulo é dividido em quatro subcapítulos, abordando, inicialmente, a conceituação das queixas nos cuidados em saúde, com apresentação dos principais conteúdos; em seguida, verifica-se a origem dos sistemas de queixas, bem como são apresentadas as principais características e as funções que são exercidas por meio desses sistemas.

2.1 O CONCEITO DE QUEIXAS NOS CUIDADOS EM SAÚDE

A partir da análise etimológica da palavra queixa, tem-se que o significado, extraído do dicionário Michaelis[11]:

> 1) ato ou efeito de se queixar; 2) expressão de dor ou de sofrimento, lamento, queixume, questa; 3) expressão de ressentimento ou de desagrado; 4) perda ou ausência de contentamento; desagrado, descontentamento; 5) comunicação à autoridade competente ou ao chefe imediato de alguma ofensa ou dano recebido, para que se tome as providências cabíveis; querela, querima, querimônia; 6) admoestação severa; censura; 7) jurídico: queixa-crime; e 8) médico: qualquer sintoma relatado pelo doente.

Nesse sentido, na esfera da saúde, a palavra queixa é concebida como o sintoma relatado pelo paciente no encontro clínico, por exemplo, uma dor sentida pelo paciente relatada ao profissional durante a consulta; ao passo que, no contexto jurídico brasileiro, compreende-se queixa-crime[12] como a peça processual que dá início à ação penal, utilizada para os casos de ação penal privada, sendo apresentada pelo próprio ofendido ou representante legal, por meio de advogado, nos termos do Artigo 41º do Código de Processo Penal[13], utilizada, por exemplo, nos casos de crimes contra a honra (calúnia, injúria e difamação). Tais definições não se aplicam ao presente trabalho. Tais definições não se aplicam ao presente trabalho. Do mesmo modo, a compreensão da queixa para esta pesquisa difere-se da notificação do evento

adverso que é realizada a um sistema criado para receber notificações de incidentes e eventos adversos, como é o caso do Notivisa.

Para a presente pesquisa, parte-se da utilização do termo queixa com base nos DHP[14], que prevê o direito ao remédio efetivo. Extrai-se desse direito o Direito do Paciente de apresentar queixa, que prevê a criação de mecanismos específicos para recebimento, processamento e resolução da queixa, denominados de sistemas de queixas[16].

Nota-se, portanto, que esta pesquisa utiliza o termo queixa para a manifestação que é encaminhada – pelos pacientes, familiares e representantes legais – aos sistemas de queixas, cujo fundamento pauta-se nos Direitos Humanos. Desse modo, não se considera a queixa como sinônimo da reclamação, posto que esta se fundamenta no Direito do Consumidor, Direito Civil ou Sanitário, a depender do mecanismo pelo qual será encaminhada, por exemplo, às ouvidorias hospitalares ou ouvidorias do SUS. Apesar de não haver uma única definição para as queixas nos cuidados em saúde, considerando a temática desta pesquisa, seu conceito inclui diversas formas de expressar insatisfação, o que pode gerar uma conotação negativa para os envolvidos nas queixas, por exemplo, para os profissionais de saúde[39].

De maneira geral, a queixa é compreendida como uma expressão da insatisfação, formulada por uma ou mais pessoas sobre determinada ação ou inação de uma entidade, ou sobre o padrão de serviço prestado por ela[40]. No contexto do cuidado em saúde, as queixas são definidas como narrativas complexas que relatam falhas no cuidado em saúde, percebidas pelos pacientes e familiares, a partir da sua perspectiva[26]. Igualmente, são conceituadas como a comunicação formal de uma falha na prestação de serviço, em que se busca uma resposta institucional – por exemplo, uma explicação do que ocorreu, uma apuração, um pedido de desculpas ou mudança de procedimento anteriormente adotado[41].

As queixas são uma valiosa fonte de informações e, diferentemente de outros mecanismos, tais como as pesquisas de satisfação pautadas pela lógica do consumo, apresentam questões específicas sobre os cuidados em saúde, inclusive, relacionadas às áreas cujo monitoramento pode ser mais difícil de ser realizado[26], por exemplo, questões relacionadas à prestação de cuidado inacabado ou omitido e sobre a continuidade do cuidado, seja entre os próprios profissionais, seja quando da alta do paciente[41]. Do mesmo modo, também são compreendidas como importante recurso para obter informações sobre questões relacionadas à própria organização

de saúde, à melhoria da qualidade do cuidado em saúde, à segurança e à experiência do paciente[42-43]. As queixas são o retrato da experiência completa do paciente, abrangendo questões micro – como aquelas que envolvem o seu próprio cuidado – e macro, como as que abrangem a organização de saúde[41], sendo mecanismo de expressão da voz dos pacientes.

Os pacientes podem apresentar uma queixa quando considerarem que não receberam os cuidados em saúde a que têm direito[44], se compreenderem que tiveram seus direitos violados[16] ou que foram prejudicados de alguma forma[45]. Salienta-se que a queixa pode estar relacionada ao sofrimento emocional ou mesmo à perda da confiança no profissional e na instituição, sendo importante que a queixa seja levada a sério, e que o foco da organização não seja apaziguar e evitar a sua má publicidade, mas sim em responder ao paciente de forma adequada[45]. Assim, os sistemas de queixa possuem contato direto com pacientes cujas vidas podem ter sido prejudicadas por eventos traumáticos que, por vezes, estão contidos nos relatos das queixas ou, em outras situações, podem fazer parte da história daquelas pessoas[46-47]. Quando a compreensão sobre as queixas não engloba este entendimento, a organização pode se tornar uma fonte adicional de sofrimento ou de revitimização do trauma vivenciado[46].

A apresentação de queixas ocorre em alguns sistemas de saúde, contudo, nem todas as queixas são realizadas formalmente pelos pacientes[6]. Os pacientes, usualmente, evitam apresentar queixas por considerarem trabalhoso, demorado e, às vezes, fútil[41]. Pesquisas demonstram que os pacientes são mais propícios a apresentarem uma queixa e expressarem sua opinião se tiverem conhecimento sobre o processo de cuidado, e se compreenderem que o procedimento de *feedback* é confidencial, confiável e transparente[43].

Registra-se que a literatura indica o aumento das queixas no contexto dos cuidados em saúde ao longo dos anos[6-7]. Adicionalmente, apesar da importância concedida às queixas, mais de 75% dos pacientes não estão satisfeitos com o resultado das queixas formais[43, 48-50]. Entretanto, pesquisas indicam que apenas uma parte daqueles que possuem motivos para apresentar queixa é que realmente o fazem, sendo que várias queixas são apresentadas apenas de maneira informal, sem registro do relatado[51].

Salienta-se que alguns pacientes podem ter medo de serem estigmatizados como “pacientes difíceis” em decorrência da queixa apresentada, e se preocuparem

com eventuais repercussões das queixas nos seus tratamentos clínicos[9]. Outros pacientes podem não estar dispostos a apresentarem uma queixa sobre um serviço que salvou sua vida ou a vida de alguém querido, apesar de terem passado por algum problema relacionado ao cuidado em saúde que poderia ensejar a apresentação de uma queixa[9]. Destaca-se, por fim, que parte da literatura sobre o tema das queixas nos cuidados em saúde volta-se para a área organizacional[43], do consumidor, com foco no âmbito do marketing e negócios, não abordando o cerne das queixas sob a perspectiva bioética da relação existente entre o profissional de saúde e o paciente.

2.2 A ORIGEM DOS SISTEMAS DE QUEIXAS NOS CUIDADOS EM SAÚDE

A discussão e o aprofundamento sobre o direito que todo paciente possui de apresentar queixa quando tem os seus direitos violados, que resultou no desenvolvimento dos sistemas de queixas, possui origem na metade da década de 1970[52]. Essa época foi marcada pelo foco político e social nos direitos do paciente, que resultou em propostas para lidar com o suporte às queixas apresentadas, como a criação de uma comissão ou a indicação de uma pessoa específica para a função. As organizações de pacientes desempenharam importante papel para concessão de informação para os pacientes sobre os procedimentos para apresentar as queixas, bem como na assistência para efetivá-las[53]. Também contribuíram com a utilização das queixas para apontarem falhas mais amplas nos serviços de saúde. Ademais, as referidas organizações e movimentos voltados para os consumidores corroboraram para que os procedimentos de apresentação das queixas fossem reformulados[53]. Adicionalmente, a apresentação das queixas foi ainda mais fortalecida pela introdução do *Ombudsman*, em 1973[53].

No âmbito dos hospitais psiquiátricos, a literatura relata experimentos iniciais com a implementação do *Ombudsman* do Paciente, cuja tarefa era informar sobre os direitos dos pacientes e oferecer suporte para as queixas. Tal modelo foi adotado nos Países Baixos, Áustria e Ontário, no Canadá[52]. Após, diversas iniciativas em todo o mundo, convergiu-se para um olhar atento às queixas nos cuidados em saúde e ao desenvolvimento de mecanismos específicos para lidar com elas[52].

Destaca-se que a existência de uma queixa poderia colocar o paciente em uma situação de conflito direto com o profissional de saúde, visto que, para os profissionais, as queixas poderiam ser entendidas como uma espécie de ameaça à capacidade de

exercer sua profissão como compreendiam ser adequado, e representava um desafio no que tange ao poder e à autoridade do profissional[53]. Em contraposição, para os pacientes, a queixa representava um direito básico, ou seja, uma oportunidade para a melhoria dos serviços prestados, tanto para o paciente individualmente, quanto para a sociedade[53].

2.2.1 Conteúdo das queixas nos cuidados em saúde

Vários são os relatos de queixas no contexto dos cuidados em saúde. Assim, este subcapítulo visa apresentar alguns exemplos para ilustrar as queixas em diversas esferas de localidade territorial e áreas da saúde. Em uma perspectiva internacional, incluindo o Reino Unido, Estados Unidos da América (EUA), Austrália e Alemanha, as queixas dos pacientes têm aumentado, ainda que sejam subnotificadas[1].

No contexto europeu, estudo retrospectivo realizado no âmbito de hospitais psiquiátricos no sul de Londres, Reino Unido[54], apontou que, na maioria dos casos, foi constatada falha na comunicação e na disponibilização de informações adequadas aos pacientes e familiares. Ademais, das 325 queixas analisadas no estudo citado, apenas em quatro houve evidência robusta de que a natureza das queixas estava relacionada com sintomas psicóticos dos pacientes, por exemplo, o profissional de saúde foi incorporado nas crenças delirantes de natureza grandiosa do paciente. Este resultado afasta o possível estigma de que os sintomas psicóticos poderiam ser a base das queixas e, assim, supostamente, não deveriam ser consideradas. Outras queixas comuns no sul de Londres foram relacionadas a preocupações com a privacidade, limpeza e segurança pessoal e de bens[54].

Na Suécia, as queixas frequentes versam sobre desrespeitos e falta de empatia para com os pacientes, negligência e questões relacionadas à comunicação entre profissional de saúde e paciente[1]. Na França, pesquisa identificou que a maioria das queixas ocorreu em razão de erro ou atraso no diagnóstico ou tratamento, bem como relacionadas a resultados de cirurgias e complicações médicas, e eventos adversos de um medicamento[2]. Na Turquia[55], estudo demonstrou que as causas mais comuns das queixas foram problemas na comunicação, também havendo registros de queixas relacionadas a complicações pós-tratamento.

Já no contexto latino-americano[18], pesquisa realizada no Peru[56] demonstrou que os principais motivos das queixas envolvem tratamento inadequado (descortês ou rude) pelos profissionais, demora no atendimento e desacordo com o cuidado ou

tratamento recebido. Na esfera da comunicação, as queixas apontaram insatisfação em razão da baixa qualidade das informações que foram recebidas pelos pacientes. No México, estudo indicou que apenas um pequeno grupo de pacientes relatou que estava sendo tratado com dignidade, porquanto mais da metade pontuou que seus direitos nunca foram realmente respeitados[56]. Em outros países[18], o desrespeito do direito ao consentimento informado, no âmbito da saúde reprodutiva, com consequentes esterilizações forçadas de pacientes, é verificado no Chile, Colômbia, Peru e Brasil[57]. Na Ásia, pesquisa realizada em 2022 no Líbano, indicou que a comunicação e as atitudes dos profissionais de saúde estavam entre as maiores queixas na categoria de relacionamento[58]. Nesse sentido, pontua-se que outros estudos recomendaram a capacitação dos profissionais de saúde para a comunicação[58].

Pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico público, na África do Sul[58], verificou que a maioria das reclamações foi relacionada à categoria clínica, seguida de direitos do paciente e gestão. Destaca-se que, constituído em 2008, o Comitê de Queixas deste hospital orienta-se pelo Protocolo Nacional de Gestão de Reclamações (*National Complaints Management Protocol* (NCMP)) para o Sector de Saúde Pública da África do Sul, e se reúne semanalmente para tratar das queixas apresentadas pelos pacientes e familiares. Ademais, os pacientes são informados sobre o sistema de queixa como parte de sua orientação durante a admissão no hospital, além de apresentações regulares de educação em saúde, oferecidas pela equipe de enfermagem. Em cada enfermaria e no ambulatório existem cartazes sobre como apresentar queixas.

Relativamente aos profissionais que atuam no cuidado odontológico, em que há o desenvolvimento de uma relação de longo prazo, estudo apontou que a apresentação de uma queixa pode ser percebida como violação da relação de confiança previamente estabelecida entre paciente e profissional[59]. Pesquisa realizada na França apontou que as queixas por questões clínicas foram mais frequentes nos departamentos cirúrgicos e obstétricos[2]. No que tange aos médicos cirurgiões, pesquisa realizada entre os anos de 2017 e 2020, na Austrália, identificou que a maior parte das queixas foi apresentada pelos próprios pacientes, e que estas queixas estavam principalmente relacionadas ao tratamento, à comunicação e à humanidade/cuidado recebido[60].

Por fim, importa registrar que estudos constataram que o principal motivo para os pacientes apresentarem queixas não foi o desejo de posterior compensação financeira, mas sim expor que as coisas correram mal e, assim, buscavam uma resposta do hospital ou dos profissionais afirmando que a recorrência da situação seria impedida[2]. Nesse sentido, a presente pesquisa busca, inicialmente, compreender o funcionamento dos sistemas de queixas existentes, partindo do entendimento de que é importante para os pacientes, familiares, para a organização e para a sociedade a existência de sistema específico para recebimento e tratamento das queixas no contexto dos cuidados em saúde. A seguir, passa-se à apresentação de uma ferramenta para análise das queixas nos cuidados em saúde.

2.2.2 Ferramenta de análise das queixas nos cuidados em saúde

Conforme indicado, cumpre registrar a existência de ferramenta de uso global para analisar as queixas nos cuidados em saúde denominada de *Healthcare Complaints Analysis Tool* (HCAT)[61]. O HCAT é a primeira ferramenta padronizada que foi desenvolvida por Alex Gillespie e Tom Reader, da Escola de Economia e Ciência Política de Londres, para apoiar organizações de saúde e instituições de monitoramento nacionais ou internacionais. Os resultados do HCAT podem ser usados para diversos fins, entre eles: a) caracterizar sistematicamente os problemas gerais e específicos relatados por pacientes em uma organização de saúde privada; b) diferenciar entre organização de saúde de alto e baixo desempenho (por exemplo, em termos da gravidade dos problemas relatados); c) identificar organizações de saúde com perfis de risco especialmente altos (por exemplo, em termos de pacientes relatando problemas graves de segurança); d) incentivar o aprendizado e o compartilhamento de informações entre organizações; e, e) fornecer dados longitudinais sobre tendências de queixas (por exemplo, para testar o efeito de uma intervenção para melhorar a experiência do paciente)[61]. O HCAT define algumas categorias, sendo elas: problemas clínicos (relacionadas ao encontro clínico, especialmente, sobre segurança e qualidade), problemas de gestão (sobre o ambiente e processos institucionais) e problemas de relacionamento (relacionados com a comunicação, escuta e respeito pelos direitos do paciente). Importante destacar que o HCAT também trabalha com a classificação em relação à gravidade do contido no relato da queixa, entre baixa, média e alta gravidade. Outrossim, a ferramenta

compreende diversos estágios do cuidado, entre: admissão, exame clínico e diagnóstico; cuidados na enfermaria; cirurgia e procedimentos; transferências e estágio inespecífico; ou “outro”[61]. Ainda, elenca-se o dano reportado na queixa, entre: mínimo, baixo, moderado, alto e catastrófico. Por fim, questões sobre quem apresentou a queixa, com indicação do gênero e acerca de quem a queixa foi sobre, também são analisadas na ferramenta[61].

A referida ferramenta tem uso global e diversas pesquisas demonstram sua aplicação, como estudos realizados na Irlanda[62-63], na Dinamarca[64], Taiwan[65-66], Inglaterra[67] e Irã[68]. Nota-se, contudo, que não foram localizados registros da aplicação dessa ferramenta no Brasil, o que reforça as reflexões acerca da ausência de estudos sobre a temática envolvendo queixas nos cuidados em saúde, e a imprescindibilidade de que o tema seja, cada vez mais, abordado. Nesse sentido, a seguir, passa-se à análise das principais características dos sistemas de queixas.

2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE QUEIXAS

Diversos países compreenderam o valor de fortalecerem a posição do paciente por meio da concretização de sistemas de queixas nos cuidados em saúde[69]. O estabelecimento de um processo formal de comunicação com os pacientes pode ser considerado com o primeiro estágio de envolvimento dos pacientes[43]. Um sistema de queixas no contexto dos cuidados em saúde deve ser facilmente acessível aos pacientes que, em inúmeras vezes, já se encontram fragilizados em razão da questão de saúde que os levou a buscar o cuidado, e isso pode ser potencializado em razão da situação pela qual foi originada a queixa[69]. Outrossim, a sua existência deve ser bastante publicizada, para que os pacientes e familiares facilmente reconheçam a sua existência e saibam os meios para acessarem ao sistema[70]. Além disso, o sistema de queixa deve ser imparcial, a fim de (re)equilibrar a posição do paciente, visto que este possui vulnerabilidade acrescida, e a relação entre paciente e profissional de saúde é, em regra, pautada pelo paternalismo e por questões que perpassam a assimetria de poder[16, 69]. A imparcialidade está diretamente relacionada com a independência desse sistema de queixas, concretizada por meio da criação de um sistema apartado do profissional de saúde e da instituição[71]. A independência deste sistema também reduz a parcialidade no tratamento das queixas, o que pode contribuir para aumentar os sentimentos negativos daqueles que apresentam as

queixas de que elas realmente serão recebidas, analisadas e tratadas com seriedade[71].

Os sistemas de queixas também devem ser confidenciais, transparentes e confiáveis[43]. Ademais, como indicado, os pacientes são mais propícios a expressarem suas opiniões e insatisfações se tiverem conhecimento sobre o funcionamento do procedimento dos sistemas[43], sendo importante, portanto, que haja ampla informação disponível sobre o funcionamento, especialmente para os pacientes, sobre o sistema de queixa para o qual sua queixa deve ser apresentada.

É importante que as pessoas responsáveis por atuar nos sistemas de queixas estejam atentas a determinadas questões, como: compreendam, de forma aprofundada, sobre o que versa a queixa relatada pelo paciente e familiar; identifiquem o que o paciente ou familiar realmente deseja com a apresentação da queixa; abordem todas as preocupações sobre o caso; e apurem as questões levantadas. Também é importante que esse profissional não adversarial reconheça os sentimentos do paciente ou familiar que apresentar a queixa[70]. Desse modo, uma das habilidades mais importantes é ouvir ao que é dito pelo paciente ou familiar que apresenta a queixa[70].

Nota-se que a nomenclatura dos sistemas de queixas pode variar de acordo com a organização e com o país, sendo verificados os seguintes nomes: *patient advocate; patient relations or services; patient experience officer; patients complaints manager; risk manager; quality manager*, entre outros[72]. Observa-se que maioria das queixas está diretamente ligada às falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente[7, 73]. Assim, é importante que os profissionais de saúde também estejam envolvidos no *feedback* dos pacientes, criando um ambiente favorável à apresentação das queixas[43]. Tais características corroboram para que as funções dos sistemas de queixas, apresentadas a seguir, sejam implementadas.

2.4 FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE QUEIXAS

Pesquisas indicam que pacientes e familiares que apresentam queixas formais possuem dois objetivos principais[26]. O primeiro é uma resposta centrada no paciente, por exemplo, uma explicação sobre o que ocorreu em determinada situação que deu causa à queixa. O segundo, é que desejam, em nível sistêmico, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, por exemplo, com a prevenção de novos eventos

adversos[26], de repetição de alguma violação de direitos ou de experiência negativa vivenciada nos cuidados em saúde. Nesse sentido, dentre os escopos do sistema queixa, podem ser verificados os seguintes[52]: a) a criação de uma relação mais horizontal, no contexto do cuidado em saúde; b) a garantia dos direitos dos pacientes; c) a efetivação do direito à reparação para o paciente, individualmente; d) o restabelecimento da relação centrada no paciente; e, e) a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Adicionalmente, pesquisa inclui as motivações emocionais e a necessidade de responsabilização por parte do prestador de cuidados[71]. Eventualmente, mais de um objetivo pode ser atingido concomitantemente.

Nota-se, também, que a existência de um sistema de queixa pode contribuir para a redução de processos judiciais, redução de custos com honorários advocatícios e redução de custos com eventuais seguros[73]. O tratamento das queixas de forma justa, considerada sob a perspectiva de cada envolvido, é altamente significativo para a restauração da confiança do paciente no cuidado em saúde fornecido pela organização, e para renovar a relação dos pacientes com o profissional de saúde e a instituição[48].

Passa-se agora à análise das principais funções dos sistemas de queixas nos cuidados em saúde, iniciando pela promoção dos Direitos do Paciente.

2.4.1 Promoção dos Direitos do Paciente

A existência de sistema de queixas está relacionada com a possibilidade de promoção dos Direitos dos Pacientes[59]. Os direitos dos pacientes derivam dos Direitos Humanos do Paciente[16], e serão tratados de forma aprofundada em Capítulo posterior. Contudo, indica-se que tais direitos são inerentes a todos os pacientes, pelo simples fato de serem seres humanos. No que tange aos sistemas de queixa, verifica-se que a todo paciente é reconhecido o direito de apresentar queixa no contexto dos cuidados em saúde, haja vista que esse direito é uma expressão do direito humano aos remédios efetivos[14].

Por meio da análise das queixas nos cuidados em saúde é possível compreender quais direitos dos pacientes estão sendo violados e, a partir dessa análise, também verificar o conhecimento dos pacientes acerca de tais direitos. Em pesquisa realizada na Croácia[74], país que possui uma Lei especial para a Proteção dos Direitos dos Pacientes (*Act on the Protection of Patients' Rights* nº 169/2004)[75],

foi identificado que, nos anos de 2017 e 2018, as reclamações mais frequentes versavam sobre o direito de acesso aos cuidados em saúde, direito à informação e direito à segurança. Dentre os menores números de queixas apresentadas estavam o direito de apresentar queixa (apenas 1,9%) e o direito à indenização (apenas 1,4% do total).

Compreende-se, portanto, que a análise das queixas dos pacientes é importante para identificar questões relacionadas às violações de direitos dos pacientes[74], bem como contribuir para monitorar a implementação desses direitos[76]. Por exemplo, países como Bulgária, Grécia, Hungria e Malta introduziram Comitês específicos de direitos dos pacientes, vinculados ou não ao respectivo Ministério da Saúde de cada país, para monitorar e aconselhar sobre a temática[76]. Destaca-se também que a educação sobre os direitos dos pacientes pode contribuir para que as queixas diminuam[59].

Tendo em vista que o Capítulo 3 da presente pesquisa abordará, de forma aprofundada sobre os direitos dos pacientes, inclusive, sobre o direito de apresentar queixa, passa-se à análise de outra função dos sistemas de queixa, qual seja, a de processamento das queixas.

2.4.2 Processamento das queixas

Toda queixa difere-se das demais apresentadas, haja vista que a vivência de cada paciente e familiar, no contexto do cuidado em saúde, é única[40]. Desse modo, a abordagem da apuração e a decorrente solução será individual, dependendo da natureza da queixa e das questões que são levantadas[40]. A apuração das queixas é importante não apenas para os pacientes, mas também para os profissionais envolvidos[70]. A apuração deve ser conduzida em proporcionalidade com a sua natureza e com o seu grau de gravidade. Todavia, todas as queixas devem ser analisadas e devem apresentar uma resposta ao demandante[40]. Para algumas queixas, será necessária a apuração completa e aprofundada sobre o que foi relatado.

Os profissionais responsáveis por atuarem nos sistemas de queixa devem ser capacitados, e devem seguir procedimentos previamente estipulados para que a apuração ocorra[70]. O escopo, na apuração, é compreender o que realmente ocorreu na situação envolvendo a queixa relatada, não focando na busca do culpado pelo ocorrido[70]. Desse modo, é importante ouvir o paciente ou familiar que apresentou a

queixa, para compreender todos os aspectos envolvidos[70]. Igualmente, a atuação do profissional que apura a queixa não deve ser pautada pela lógica adversarial, ou seja, deve colher elementos sobre a queixa, mas não fomentar que as pessoas envolvidas se coloquem em posições antagônicas, de embate[70]. Ademais, especialmente no que tange às pessoas que estão atuando no recebimento das queixas, é importante que: a) não haja interesse direto na queixa; b) mantenha-se registros formais sobre as informações coletadas e sobre quem as enviou; c) esteja aberto para o recebimento de informações e sobre o que é relatado; e d) reporte o que for apurado para a pessoa responsável, caso haja outra pessoa ou setor previamente estipulado[70]. Além disso, o profissional envolvido na queixa do paciente ou familiar não deve fazer parte da equipe que está apurando a situação[40].

Faz-se necessário ressaltar que, ainda que as queixas devam ser recebidas, acolhidas e analisadas, nem todas necessitam de uma ampla e aprofundada apuração[3]. As apurações devem ser conduzidas em proporcionalidade à natureza e ao grau de gravidade do seu conteúdo, considerando, para tanto, a análise da complexidade da queixa apresentada, bem como da presença de questões possivelmente identificadas como graves ou de alto risco[3]. Como exemplo, para identificar o nível de prioridade de uma queixa, o Departamento de Saúde da Austrália Ocidental (*Western Australia's Department of Health*) solicita aos pacientes e familiares que apresentam as queixas que classifiquem a gravidade da situação ocorrida conforme está sendo relatada na queixa, desde insignificante até extrema, bem como a indicação da probabilidade de recorrência do evento vivenciado, abrangendo desde quase certa até rara[3]. Assim, uma queixa que combina a indicação do risco de extrema gravidade com recorrência quase certa seria classificada como um risco extremo[3]. Tais categorias são utilizadas para verificar quais os possíveis níveis de riscos das queixas, sejam legais, financeiros, políticos, relacionadas à segurança, entre outros[3].

Registra-se também que é importante que o sistema de queixa adote um modelo padrão para documentar a queixa e os atos realizados após o seu recebimento[40], detalhando o trâmite da queixa dentro do sistema. Tais registros são importantes para os pacientes, bem como para os profissionais e para a organização de saúde, visto que as informações contidas podem subsidiar e contribuir para diversas áreas da organização e para o próprio sistema de queixas.

2.4.3 Solução de Conflitos

O sistema de queixa também pode ter como função a solução de conflitos entre os envolvidos na queixa, por meio da utilização de mecanismos de solução de conflitos considerados administrativos, extrajudiciais ou alternativos ao tradicional processo judicial, como, por exemplo, a mediação de conflitos. Salienta-se que conflito é compreendido como algo inevitável e inerente ao contexto do cuidado em saúde, e pode ser definido como um fenômeno caracterizado pela experiência de emoções negativas em relação às divergências percebidas por duas ou mais pessoas[77].

Sem que haja uma gestão adequada aos conflitos que, inevitavelmente, venham a surgir no contexto do cuidado em saúde, pode ocorrer consequências prejudiciais às instituições (por exemplo, aumento de custos com despesas legais, aumento de rotatividade de profissionais e diminuição da produtividade), bem como pode gerar impactos para os profissionais, com relatos de *burnout*, e para os pacientes, com reflexos em más relações com os profissionais de saúde e pior prognóstico[77]. Estudos apontam que a resolução de conflitos por meios consensuais, como a mediação, contribui para a diminuição dos impactos negativos refletidos também nos profissionais de saúde[59]. Especialmente em relação aos profissionais dentistas, pesquisa apontou que a mediação indica que esta pode ser uma forma bem-sucedida de solução de conflitos entre pacientes e profissionais da área[59]. De maneira geral, a mediação permite o diálogo e encoraja que sugestões para a melhoria do cuidado em saúde possam ser diretamente apresentadas[78]. No mesmo sentido, os pacientes podem, diretamente, questionar informações, e serem assegurados que as lições decorrentes da situação vivenciada foram apreendidas[78]. Em vários casos, as queixas são solucionadas ainda na fase da mediação, tornando-as menos dispendiosas para os envolvidos[42].

Conceitualmente, a mediação pode ser definida como um mecanismo de solução de conflitos voluntário e informal, em que os envolvidos, com o auxílio de um terceiro imparcial (mediador), podem chegar a um acordo sobre as questões controvertidas[79-80]. O mediador atua como facilitador do diálogo, e contribui para que os envolvidos identifiquem suas necessidades e interesses comuns, explorando opções para dirimir o conflito[80]. Ademais, o procedimento da medicação é todo pautado pela confidencialidade, e é visto como uma alternativa ao processo judicial[80].

Nesse âmbito, faz-se necessário apontar que nem todos os pacientes possuem conhecimentos sobre os seus próprios direitos, nem mesmo sobre a possibilidade de solucionarem seus conflitos pelas vias judicial ou administrativa. Ademais, a relação entre o Tribunal e os envolvidos no litígio é distante e não há controle, por parte dos envolvidos, sobre o resultado do processo judicial. Igualmente, a demora em que os casos são solucionados, bem como a falta de discrição e confidencialidade com que as demandas são julgadas, expondo, por vezes, os envolvidos, além de eventuais impactos nas reputações dos profissionais de saúde que são réus em processos judiciais, contribuem para que o Poder Judiciário não seja o mecanismo mais adequado para lidar com todas as demandas decorrentes dos cuidados em saúde[79].

A vivência de conflitos entre profissionais de saúde e pacientes e familiares é uma das situações mais estressantes e temidas pelas equipes clínicas hospitalares[81]. Assim, mecanismos de solução de conflitos que valorizam a escuta ao paciente e o diálogo entre os envolvidos no conflito, inseridos nos sistemas de queixas, contribuem para o protagonismo do paciente e para a relação de cuidado em saúde. Do mesmo modo, as organizações que reconhecem e fornecem mecanismos para gerir os conflitos, inclusive com ofertas de capacitação na temática[81], fomentam uma cultura em que os conflitos não são ignorados, mas acolhidos e tratados de maneira construtiva[82], gerando benefícios para todos os envolvidos. Além das funções indicadas, os sistemas de queixas também possuem função relacionada com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

2.4.4 Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

Ainda que, não raras as vezes, a perspectiva do paciente seja desconsiderada em relação à do profissional de saúde, a análise das queixas apresentadas pelos pacientes pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do serviço de saúde[5]. Os pacientes são os únicos especialistas na sua experiência de cuidado, e o respeito pelo seu conhecimento possui impactos diretos para melhorar a qualidade do serviço prestado[83]. Nesse sentido, os pacientes podem prover *insights* importantes para o sistema de saúde, especialmente em contextos complexos e, do mesmo modo, podem auxiliar a detectar lacunas na segurança ou na qualidade do serviço prestado[5]. No âmbito da segurança do paciente, as queixas podem indicar informações sobre questões relacionadas a erros e negligências[26], e podem revelar

dados valiosos exclusivamente centrados no paciente[41], sendo necessária, portanto, uma análise sistêmica das múltiplas causas que contribuíram para a queixa apresentada[45]. A *Joint Commission International* (JCI) indicou, em seus *standards* direcionados aos direitos dos pacientes e familiares, no tópico do Cuidado Centrado no Paciente (CCP) (número 3.1 – *Patient-Centered Care* (PCC)), que o hospital deve informar pacientes e familiares sobre o procedimento para receber e agir perante a apresentação de queixas e existência de conflitos, além de indicar o direito do paciente de participar desse processo[84].

Cumpre apenas ressaltar que não é a função precípua das queixas dos pacientes e familiares servirem como monitoramento da qualidade e da segurança do paciente, nem mesmo caracterizam como uma notificação formal de um evento adverso. Contudo, as informações contidas nas queixas podem contribuir para esse contexto[26], haja vista que, muitas vezes, trazem informações sobre eventos adversos, complicações cirúrgicas, *near miss*, ou ações que são omitidas[41].

Na prática, é importante que, além da coleta das informações provenientes dos relatos dos pacientes, exista um sistema capaz de utilizar as queixas de maneira significativa, contribuindo para que a organização seja receptiva com os relatos apresentados e o paciente esteja no centro do cuidado em saúde[83]. A Ferramenta de Análise de Queixas de Saúde (*Healthcare Complaint Analysis Tool* (HCAT)) foi desenvolvida para que fosse possível codificar o tipo de problema, a sua gravidade, os danos causados, o estágio de atendimento onde cada situação ocorreu, e quem estava envolvido[41]. Essa ferramenta foi aplicada em países como Itália, Austrália, Países Baixos e EUA[41].

A “lente” através da qual é vista a queixa pode reduzir ou aumentar o valor informativo contido. Assim, uma queixa que é vista por meio da “lente” que se concentra no potencial de danos financeiros gerados à organização, ou à reputação do profissional ou da instituição, perde a oportunidade de melhorar os cuidados em saúde prestados[45]. Caso uma queixa seja recebida através da “lente” do cuidado de qualidade e seguro, são reunidos esforços para compreender o conteúdo de cada queixa e verificar eventuais eventos adversos vivenciados, bem como há preocupação com a não reincidência dessas situações[45]. Adicionalmente, eventuais questões identificadas nas queixas que versem sobre eventos adversos devem ser pautadas pela transparência e informação, com respostas às necessidades dos pacientes e

familiares vítimas do dano ocorrido, como é verificado no processo do *disclosure*[45,59,85].

Faz-se necessário indicar, nesse contexto, que as queixas também podem impactar diretamente na prática do profissional de saúde, especialmente quando uma queixa formal é apresentada, o que, consequentemente, pode trazer impactos à qualidade do cuidado prestado e à segurança do paciente. Os impactos podem variar entre positivos e negativos, sendo que estes abrangem reflexos no bem-estar mental e/ou físico[59], com consequências para a reputação do profissional, perda da autoconfiança, aborrecimento e aumento de estresse[59]. Apenas para registro, no contexto de ocorrência de eventos adversos, os profissionais envolvidos podem ser considerados como segunda vítima[59]. Em contraposição, os impactos positivos relativos à apresentação de queixas podem ser diretamente relacionados com um "impacto de alerta" sentido pelo profissional de saúde envolvido na queixa, o que pode influenciar no aumento da qualidade do serviço prestado por esse profissional de saúde[59].

Urge indicar que pesquisa realizada no Reino Unido identificou que algumas queixas recebidas de pacientes e familiares previram que um incidente de segurança do paciente (ISP) viria a ocorrer no futuro. O estudo demonstrou que, se as queixas tivessem sido devidamente analisadas, teria sido possível alertar o hospital, o que, consequentemente, poderia ter prevenido que os incidentes viessem a ocorrer[9]. Ressaltaram, contudo, a dificuldade em identificar quais queixas podem conter informações relacionadas a um possível ISP futuro. Entretanto, ainda assim, apontaram que queixas que venham a envolver uma mesma área clínica, e a mesma equipe de saúde, podem ser um ponto de partida para identificar áreas que requerem atuação rápida[9]. Nesse sentido, os autores também verificaram a existência de uma relação com o volume de queixas recebidas por um determinado profissional e a qualidade do cuidado em saúde que é prestado[9].

Observa-se, portanto, que há uma relação importante entre as queixas dos pacientes e a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Destaca-se a necessidade de acolher e considerar o conteúdo apresentado nas queixas e expandir a perspectiva para reconhecer situações que possam resultar na melhoria da qualidade do cuidado e na segurança do paciente, a partir das queixas dos pacientes sobre suas experiências.

Ante o exposto, conclui-se que as queixas dos pacientes são de suma importância para reafirmar o protagonismo do paciente em seu próprio cuidado e para conferir-lhe voz, especialmente quando seus direitos são violados e quando algo não esperado ocorre nos cuidados em saúde. Nota-se, que a existência de sistemas de queixas pode contribuir para o acolhimento do paciente quando a queixa é apresentada, bem como para que a resposta à queixa também seja centrada no paciente, fomentando, assim, a retomada da relação entre profissional de saúde e paciente.

Assim, tendo em vista que a presente pesquisa se propõe a trazer luz à problemática ainda não abordada no Brasil, pela perspectiva da BCS, partindo da compreensão de que à bioética clínica também cabe a reflexão, análise e proposição de sistemas para lidar com as queixas dos pacientes, bem como com o acolhimento dos envolvidos quando estes se encontram em situação de terem seus direitos violados, após a análise e apresentação dos aspectos gerais dos sistemas de queixas, passa-se à análise específica dos elementos que compõem a BCS.

3 BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

O presente capítulo tem como cerne a apresentação e a análise dos elementos que compõem a BCS, quais sejam: a) o Direito do Paciente; b) a centralidade do paciente; c) a relação de parceria entre os atores do encontro clínico; e d) a empatia clínica. Tendo em conta a existência da Teoria Bioética Principialista, hegemônica no mundo, e a BCS, proveniente da América Latina, de forma específica, no Programa de Pós-graduação em Bioética, juntamente com o Observatório dos Direitos dos Pacientes, vinculado ao respectivo Programa, e na qual esta pesquisa se fundamenta. Ainda, são realizados alguns apontamentos críticos em relação do Principialismo sob a perspectiva dessa nova Bioética, que é pautada pelo protagonismo do paciente[1].

A Bioética Clínica é um campo da Bioética que possui o foco em conferir ferramentas éticas para lidar com questões morais que emergem dos cuidados em saúde, não se restringindo à atuação apenas no contexto reflexivo ou descritivo, compreendendo também sua atuação prescritiva, visto que é uma Ética Aplicada(20). Sua função, portanto, abrange, além da solução prática do conflito, a abordagem teórica, sendo possível identificar e analisar conceitos e argumentos envolvidos na prática clínica(86). Consequentemente, a Bioética Clínica abarca conflitos e dilemas que perpassam as situações cotidianas da relação de cuidado em saúde(18), o que inclui o encontro clínico, bem como as queixas decorrentes da prática clínica e da experiência do paciente dentro do sistema de saúde. Desse modo, não é adequado que a Bioética Clínica seja desenvolvida e aplicada de forma apartada do contexto dos hospitais, clínicas, serviços de atenção primária à saúde e emergências, sob o risco de ignorar-se a realidade vivenciada pelos pacientes, as violações de direitos que ocorrem nesses ambientes e a inobservância das repercussões éticas nos cuidados em saúde(18).

De forma hegemônica, a teoria Bioética predominante em todo o mundo ainda é o Principialismo, desenvolvida por Beauchamp e Childress(87), na qual são formulados quatro princípios gerais para orientar a tomada de decisão dos pesquisadores e dos profissionais de saúde, no contexto da biomedicina(88), quais sejam: 1) respeito à autonomia; 2) beneficência; 3) não-maleficência; e 4) justiça. Tais

[1] Para aprofundamento nas críticas à Teoria Principialista sob a perspectiva do protagonismo do paciente, sugere-se a leitura do artigo “Críticas ao Principialismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente”, de autoria de Aline Albuquerque (2023).

princípios são concebidos como universais, e utilizados como uma espécie de instrumento simplificado para a análise dos conflitos no campo bioético[21]. Na esfera do cuidado em saúde, o Principialismo confere privilégio epistêmico ao profissional de saúde, e não reconhece a existência de assimetria de poder entre o profissional e o paciente. Assim, esta teoria não se revela adequada para lidar com a desumanização do paciente e com as violações de Direitos Humanos nesse contexto[24]. No mesmo sentido, os dilemas bioéticos são tratados sob a perspectiva do profissional de saúde, conferindo-lhe espaço e voz, ao invés de reconhecer o protagonismo do paciente, e os Direitos Humanos dos Pacientes são equiparados ao mesmo valor das obrigações impostas aos profissionais de saúde[24].

No âmbito global, a aplicação dos Direitos Humanos nos cuidados em saúde ainda é pouco verificada, mesmo com a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)[89], e com o reconhecimento do referencial dos direitos humanos na Bioética latino-americana[18]. Especialmente, em relação às queixas nos cuidados em saúde, também se observa a escassez de estudos que utilizam o referencial bioético dos direitos humanos na saúde, o que reforça a importância da presente pesquisa.

No contexto da América Latina, novo referencial teórico bioético vem sendo desenvolvido a partir dos Direitos Humanos dos Pacientes[14], denominado de BCS. A BCS é uma nova vertente teórica da Bioética Clínica que se fundamenta no Artigo 3º da DUBDH, que dispõe que “a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade”[18]. Ademais, fundamenta-se também no novo paradigma do cuidado em saúde, cuja denominação é “Revolução do Paciente”[18], compreendido como um “movimento social, científico, jurídico, sanitário, cultural e ético, originado no século XXI”, que reconhece o paciente como protagonista do seu próprio cuidado, não mais como objeto de intervenção e de procedimentos[18]. O foco da BCS se dá em questões persistentes abordadas pelos pacientes, por vezes não consideradas, visto que ao paciente, em regra, não é conferida a oportunidade de fazer ouvir a sua voz[18].

O referencial teórico da BCS possui dupla natureza[18], a de ética substancialista, sendo uma ética prescritiva e que parte dos direitos dos pacientes enquanto normas éticas endereçadas à prática clínica e que se fundamenta no primado ético da centralidade do paciente, da empatia clínica, da relação de parceria entre os atores do encontro clínico e do direito do paciente, compreendendo que

compromissos morais são expressos por meio desses direitos[18]; e a de ética procedimental, em que o processo de deliberação ética da prática clínica envolvem casos do cotidiano clínico, e que o propósito do cuidado é o atendimento das necessidades do paciente, partindo do Cuidado Centrado no Paciente (CCP)[18]. Ressalta-se, contudo, que tal análise não é objeto central desta pesquisa. Outrossim, a BCS possui quatro elementos (também definidos como eixos) principais, quais sejam: a) o Direito do Paciente; b) a Centralidade do Paciente; c) a Parceria entre os atores do encontro clínico (profissionais de saúde e paciente); e d) a Empatia Clínica[18]. Assim, passa-se à análise de cada um dos eixos que compõem a BCS.

3.1 O DIREITO DO PACIENTE

O Direito do Paciente é um dos elementos da BCS, e é compreendido como um novo ramo jurídico que trata da legislação, teoria e jurisprudência concernentes às normas que versam sobre os Direitos dos Pacientes e os consequentes mecanismos de implementação[18]. O reconhecimento dos pacientes como sujeitos de direitos remonta à década de 1970[18]. A atuação de movimentos feministas, corroborados pelo ativismo de pacientes psiquiátricos institucionalizados repercutiu diretamente na concepção sobre o poder que o profissional de saúde detinha em relação ao paciente[18]. Os movimentos pela defesa dos consumidores, na década de 1960, também contribuíram para os Direitos dos Pacientes[18]. A partir desses movimentos sociais, foi reconhecida a obrigação ético-jurídica de imposição de respeito à autodeterminação do paciente[16]. Conforme Albuquerque[16], duas premissas balizaram os movimentos pelos direitos dos pacientes, sendo elas: a) que os indivíduos possuem direitos, que não lhe são automaticamente retirados quando se encontram sob os cuidados em saúde; b) que grande parte dos profissionais de saúde falha no reconhecimento desses direitos, na sua proteção, e limitam o seu exercício.

Após o reconhecimento dos Direitos dos Pacientes na década de 1970, diversos países iniciaram a elaboração de legislações específicas sobre Direitos dos Pacientes[16]. A Finlândia foi o primeiro país a adotar uma lei sobre o tema, em 1992. Em seguida, outros países também elaboraram legislações com o escopo de reconhecer e assegurar tais direitos, como a Holanda, Hungria, EUA, Argentina e Equador[16]. No contexto europeu, a “Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes” foi fundamentada na aplicação dos Direitos Humanos no contexto dos

cuidados em saúde. Assim, a partir do ano 2000, houve aprofundamento do modelo do CCP, em contraposição ao modelo Paternalista, juntamente com a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)[16]. Em suma, foi reconhecido ao paciente o seu papel de protagonista em seu próprio cuidado, com reconhecimento e disseminação dos Direitos dos Pacientes.

Importa distinguir os Direitos dos Pacientes, dos usuários e dos consumidores[16]. Os direitos dos usuários são aqueles que as pessoas possuem em relação aos serviços de saúde, e se vinculam à prestação de serviço por parte do Estado, envolvendo acesso a bens e serviços de saúde, por exemplo, no caso de acesso a medicamentos, leitos, cirurgias, bem como questões relacionadas às vacinas e à Vigilância Sanitária. Nesse caso, a fundamentação está no Direito Sanitário[16]. A Lei nº 13.460, de 23 de junho de 2017, dispõe, no âmbito federal, sobre os direitos dos usuários dos serviços públicos da administração pública.

Já os direitos dos consumidores, no contexto dos cuidados em saúde, são aqueles que as pessoas possuem quando estão em uma posição de consumidor, fazendo jus aos direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor e pressupondo uma relação de consumo com o profissional de saúde ou serviço. Como visto, a fundamentação está no Direito do Consumidor, e se pauta na lógica do consumo, ou seja, “reduz o cuidado em saúde a uma relação patrimonial”, percebendo o paciente como consumidor, sem considerar a relação humana que permeia o profissional de saúde e o paciente. Conforme indicado, os direitos dos pacientes são aplicáveis aos indivíduos que se encontram em uma relação de cuidado em saúde, seja ela pública ou privada. O fundamento está nos direitos humanos e pauta-se na lógica do cuidado, concebendo a relação entre profissional de saúde e paciente como uma relação que pode ser (re)modelada a todo o tempo, alicerçada na confiança e na busca pelo conforto e dignidade do paciente[16].

Conforme Schyve[90], o reconhecimento da existência dos direitos dos pacientes ampliou a obrigação das organizações para promover e assegurar tais direitos. Além disso, a JCI destacou que o respeito aos direitos dos pacientes é considerado fator essencial para promover a qualidade do cuidado em saúde nas organizações[91]. Como sendo um novo ramo jurídico, o Direito do Paciente possui princípios próprios, cuja função é nortear a aplicação dos direitos específicos, quais sejam: 1) o princípio da primazia do CCP; 2) princípio da promoção da autonomia pessoal; 3) princípio da não instrumentalização; 4) princípio da vedação do tratamento

humilhante, desumano e degradante; e 5) princípio das soluções restaurativas de conflitos. Dentre os Direitos dos Pacientes reconhecidos (8) estão: o Direito a cuidado em saúde de qualidade e seguro; o Direito à autodeterminação; o Direito a recusar tratamentos e procedimentos; o Direito ao consentimento informado; o Direito a participar do processo de tomada de decisão; o Direito à segunda opinião; o Direito à confidencialidade de dados pessoais; o Direito de não ser discriminado; o Direito à informação sobre a sua condição de saúde; o Direito de acesso ao prontuário; o Direito de apresentar queixa e o Direito à reparação integral.

Os direitos dos pacientes estabelecem mínimos morais no contexto do cuidado em saúde, haja vista que se fundamentam nos Direitos Humanos e são ancorados na dignidade inerente a todos os pacientes[16]. A dignidade do paciente é compreendida como o guia de conduta dos profissionais, e impõe deveres morais específicos a eles, tais como a promoção da autodeterminação do paciente e a ação em conformidade com os valores, crenças e expectativas dos pacientes. Nesse mesmo sentido, a experiência do paciente é concebida como um conhecimento importante sobre o seu próprio corpo e suas experiências de vidas, que são únicas e os diferenciam dos demais pacientes, ainda que possuam um mesmo diagnóstico[16,24]. Nota-se que o Direito de apresentar queixa relaciona-se diretamente com os sistemas de queixas, assim, no Capítulo 4 será destinado tópico específico para abordar o tema, relacionando tal direito com os sistemas de queixas. Além do Direito do Paciente, outro eixo da BCS é a Centralidade do Paciente, conforme é verificado a seguir.

3.2 A CENTRALIDADE DO PACIENTE

A BCS possui como um de seus elementos o CCP, sendo que o termo *paciente* tem sua origem no latim “*pati*” e no grego “*pathé*”, ou seja, indica sofrimento ou padecimento, apontando uma condição humana de fragilidade inerente e singular, visto que altera sua relação consigo e com todo o mundo, bem como com suas expectativas de vida[92]. Assim, o termo paciente não se relaciona com a existência de um indivíduo submisso, que apenas segue as instruções indicadas pelo profissional de saúde (detentor de todo o saber), mas sim com a condição de enfermidade e de vulnerabilidade acrescida por estar vivenciando determinada situação que demonstra a finitude da vida e os limites existentes no corpo humano[93]. Desse modo, a palavra paciente, com o reconhecimento de sua fragilidade e necessidade de apoio, também

reflete a força desse sujeito para se engajar e participar do seu próprio cuidado[92]. Assim, o paciente deve ser compreendido a partir de sua dupla condição, a de um ser vulnerável e a de ator central no processo terapêutico[94].

Esse modelo se contrapõe ao paternalismo, com vistas a substituí-lo[16]. O termo CCP possui origem em diversos autores, entretanto, a sua primeira menção em uma revista de enfermagem ocorreu em 1952, com a descrição de um plano personalizado de atendimento para o paciente (56). Além disso, Michael Balint e sua esposa, Enid Balint, também são conhecidos pela origem do CCP em razão de estudos denominados de Medicina Centrada no Paciente, conceituando-a como a "experiência total da doença do paciente"[24]. Contudo, apenas em 1980 que a inclusão do paciente no centro do cuidado passou a ser divulgada, em especial, pelo Instituto Picker[24]. Após, em 1993, o referido Instituto e a *Harvard School of Medicine* identificaram oito princípios, também denominados como dimensões, do CCP, sendo eles: 1) respeito pelas preferências e valores do paciente; 2) apoio emocional; 3) conforto físico; 4) informação; 5) continuidade e transição de cuidados; 6) coordenação e integração de cuidados; 7) envolvimento de familiares e amigos; e 8) acesso a cuidados[24].

Assim, o CCP pode ser compreendido como um cuidado em saúde que é realizado em torno do paciente, sendo um modelo de parceria entre profissional de saúde, paciente e familiares, e que busca identificar e respeitar o paciente, considerando sua vontade e preferências[24]. Uma perspectiva centrada no paciente requer que o profissional de saúde considere o paciente como um ser humano único, antes de formar e definir um diagnóstico para ele[95]. Desse modo, é de grande importância o envolvimento do paciente durante o cuidado em saúde, sendo necessário que haja a orientação do paciente, o apoio para que a tomada de decisão seja efetivada e a participação nos seus próprios cuidados[24,96]. Igualmente, o CCP é ponto central para que haja um cuidado de qualidade e seguro para o paciente[24]. Assim, conforme Albuquerque[85], são extraídos do CCP os seguintes comandos: a) compartilhamento de poder e controle entre o profissional e o paciente; b) respeito pelos pacientes como seres únicos, com obrigação de prover o cuidado conforme seus termos; c) escuta ativa do paciente, compreendendo o universo que está inserido; e d) prevalência dos objetivos de vida do paciente, quando comparados com os do profissional de saúde. A interação entre o profissional de saúde e o paciente é promovida pelo CCP, e seus fundamentos indicam que, para além dos benefícios

decorrentes da aplicação concreta do CCP, conferir centralidade ao paciente durante o encontro clínico é, por si só, um comando ético a ser observado pelo profissional de saúde[85].

Conclui-se, portanto, que o CCP integra a BCS, visto que o CCP é um modelo de parceria entre profissional de saúde, paciente e familiar, visando identificar e respeitar as necessidades e preferências dos pacientes[24]. Assim, a BCS, como uma nova vertente da Bioética Clínica, que tem como questão central o protagonismo do paciente, identifica que é importante um cuidado que esteja atento aos relatos dos pacientes, adotando uma nova forma de prestar o cuidado em saúde, desafiando práticas e comportamentos paternalistas dos profissionais de saúde, ainda presentes na relação entre paciente e profissional.

Outrossim, a existência de uma relação de parceria entre o paciente e o profissional de saúde também é essencial. Por isso, parte-se à análise da relação de aliança entre os atores do encontro clínico.

3.3 RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE OS ATORES DO ENCONTRO CLÍNICO

Ser paciente é uma experiência única de ser vulnerável e pode gerar reflexões para o paciente, especialmente no contexto interpessoal, inclusive, em relação a como o paciente experiencia a sua própria vida[97]. A relação entre os atores do encontro clínico, compreendendo-se os profissionais de saúde e os pacientes é, naturalmente, uma relação assimétrica, especialmente em decorrência da assimetria de informação e da vulnerabilidade acrescida do paciente[20]. O paternalismo, ainda presente em várias relações de cuidado em saúde, representa a objetificação do paciente, negando a sua condição de humano. Ou seja, no modelo paternalista, o paciente é tido como objeto do bem que o profissional de saúde acredita que deve ser feito, ou do dano que deve ser evitado, utilizando-se comumente do princípio da beneficência, oriundo da Teoria Principialista, para justificar que a decisão do profissional de saúde deve prevalecer sobre o que o paciente deseja[20].

Igualmente, tem-se que a relação de cuidado é uma relação de poder, o que pode gerar a adoção de um papel passivo por parte do paciente, ainda que o paciente não reconheça que está nessa condição[98-99]. A opressão, nesse cenário, pode ser verificada na exclusão do paciente de todo o processo de tomada de decisão, bem como limitação da autonomia e do cerceamento de sua voz[98-99]. Outras questões,

como a estigmatização, o receio de fazer perguntas, o medo de ser rotulado como um “paciente difícil” e sofrer represálias no cuidado, e a lacuna no letramento em saúde podem contribuir para o aumento da assimetria de poder nessa relação[98,100]. Uma alternativa à essa opressão é modificar como os profissionais de saúde, a partir do reconhecimento da assimetria de poder existente, podem se tornar aliados do processo de empoderamento do paciente[99].

No contexto da Bioética Clínica, a Teoria Principialista não considerou como um problema ético central a questão relacionada com o empoderamento do paciente, nem com a assimetria de poder existente nessa relação[98]. Os quatro princípios foram pensados para serem aplicados aos supostos dilemas morais vivenciados pelos profissionais de saúde, assim, “é o profissional que detecta, a partir de sua perspectiva, o que é ou não um dilema ou questão moral”[98]. Entende-se, assim, que o agente moral dessa relação é o profissional, cabendo ao paciente acatar o que o profissional prescrever e decidir. Ademais, ignora a dimensão relacional do cuidado em saúde, bem como seus reflexos, como eficiência do sistema de saúde e tomada de decisão[98].

Nesse diapasão, a BCS objetiva suprir as lacunas verificadas no Principialismo, especialmente, mas não somente, no que tange ao reconhecimento da existência de assimetria de poder e da importância de que haja, na prática, uma relação de parceria entre os atores do encontro clínico. Corroborando ao CCP, a valorização da parceria entre o profissional de saúde e do paciente é tida como ponto central na BCS, reforçando o papel de protagonista do paciente e a importância que as próprias organizações e sistemas de saúde fomentem a melhoria da qualidade na relação entre os agentes do cuidado[24]. Salienta-se que a relação de cuidado é permeada pela interação de tais atores, e é pautada pela confiança, podendo ser (re)modelada a todo o tempo[16]. De modo consequente, a BCS, considerando as informações citadas, apresenta uma visão crítica aos modelos contenciosos, que será abordada com maiores detalhes no próximo Capítulo.

Nota-se, assim, que a assimetria de poder pode resultar em um desafio para que o paciente seja escutado e tenha sua fala considerada. Necessário, portanto, que seja conferida importância equivalente ao conhecimento técnico e à experiência do paciente e sua voz. Questões relacionadas à injustiça epistêmica, que será abordada no próximo subcapítulo, estão diretamente conectadas com a assimetria de poder, e

podem contribuir para que a relação de parceria entre o profissional de saúde e o paciente seja mais difícil de ser alcançada.

Observa-se que, no Principialismo, há o estabelecimento de princípios direcionados para a atuação do profissional, não considerando o paciente como titular de direitos. No mesmo sentido, não se reconhece a assimetria de poder inerente à relação de cuidado em saúde. Em contraposição, a BCS se aprofunda sobre tais temáticas e as considera como pontos nodais do cuidado em saúde, reconhecendo e valorizando a parceria entre profissionais de saúde e pacientes. Em seguida, realiza-se a análise do quarto elemento da BCS, qual seja, a empatia clínica.

3.4 A EMPATIA CLÍNICA

A empatia, entendida como uma capacidade dos profissionais da saúde, é compreendida como sendo a empatia clínica. Conforme Albuquerque[20], o desenvolvimento de uma relação entre o profissional de saúde e o paciente depende da habilidade do profissional de estabelecer um entendimento empático sobre a situação vivenciada pelo paciente. Ademais, a empatia é considerada como um dos pilares da qualidade do cuidado no âmbito da saúde mental, conforme indicado pelo *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE)[20,101]. Tais informações retratam a substituição do “modelo de cura” pelo “modelo do cuidado”, sendo este decorrente do modelo biopsicossocial, cujo foco está no bem-estar e na qualidade de vida do paciente, e não na ênfase às questões relacionadas à doença[51].

Conceitualmente, optou-se pela formulação de Howick[102] e Halpern[103], posto que adotam concepções multidimensionais da empatia clínica, incluindo o componente emocional[20]. Howick e Ress[104] estruturam o conceito de empatia partindo da definição de três conceitos, quais sejam: a) entendimento da situação do paciente, suas perspectivas e emoções, reconhecendo as dificuldades de se colocar no lugar do paciente; b) a comunicação desse entendimento, com checagem da acurácia; e c) a atuação em conformidade com esse entendimento, de forma que ajude o paciente[20]. Além disso, definiram determinadas condutas para os profissionais de saúde, para nortearem a atuação de um cuidado empático, sendo elas: a) adoção de tempo suficiente para compreender a história do paciente; b) conversar sobre assuntos gerais; c) oferecer encorajamento ao paciente; d) dar sinais verbais de que o paciente está sendo compreendido; e) estar fisicamente engajado,

com demonstração física, por exemplo, contato visual, gestos e toque apropriado; e f) ser acolhedor durante toda a consulta[20,104].

Nesse sentido, Albuquerque[20] aponta consenso na literatura sobre a composição tripla da empatia, contendo: 1) compreensão; 2) comunicação; e 3) uma ação terapêutica com fundamento no resultado da compreensão e da comunicação. Em suma, define-se empatia clínica como uma capacidade multidimensional, composta por duas dimensões, sendo "uma cognitiva, na qual o profissional entende a perspectiva do paciente, e outra emocional, por meio da qual o profissional se sintoniza com as emoções do paciente"[20] .

A dimensão cognitiva da empatia clínica foi priorizada no decorrer dos anos, no contexto dos cuidados em saúde, considerando o risco que haveria à objetividade do profissional caso houvesse alguma resposta emocional nessa relação, o que resultou no distanciamento do nível emocional na relação entre profissional de saúde e paciente[20]. No que tange à empatia emocional, tem-se que a ressonância emocional encontra-se no centro da empatia clínica, gerando uma conexão com as emoções do paciente. Assim, é importante que o profissional compreenda e imagine o ponto de vista e a situação do paciente, a partir da perspectiva dele[20]. Nesse sentido, deve-se evitar erros de projeção ou de imersão na situação do paciente, haja vista que essa situação não se relaciona com a empatia clínica, e pode gerar envolvimento inapropriado e *burnout*[20]. Nota-se, assim, que a visão multidimensional da empatia clínica abarca as duas dimensões, tanto a cognitiva, quanto a emocional.

Cumpre, porém, salientar que, ainda que a empatia clínica seja necessariamente importante para o cuidado em saúde, verificam-se inúmeros obstáculos para a sua prática cotidiana. Dentre os obstáculos, elenca-se a desumanização do paciente, diretamente relacionado com vieses implícitos dos profissionais de saúde sobre pacientes que apresentam alguma condição de vulnerabilidade acrescida, como pessoas idosas, crianças, pessoas com transtornos mentais, pessoas em condição de pobreza, entre outros[20]. A desumanização é definida como a "incapacidade de reconhecer as complexidades cognitivas e emocionais das pessoas que nos rodeiam"[105], e destitui o valor intrínseco do paciente, e de todos os seres humanos, do qual decorrem diversos comandos éticos-jurídicos e variados comportamentos sociais[20]. Ao desumanizar um paciente, seus estados mentais não são reconhecidos, podendo resultar também no não reconhecimento da dor do paciente, o que gera um obstáculo para a empatia e um

reflexo na qualidade do cuidado prestado[20]. Igualmente, a desconsideração da voz do paciente é também um obstáculo à empatia clínica, tendo em conta que há um superdimensionamento da voz do profissional de saúde em detrimento da voz do paciente, o que resulta na injustiça epistêmica.

A injustiça epistêmica é compreendida como a minoração da capacidade de um sujeito epistêmico, ou seja, aquele que conhece, pensa e questiona, afetando no seu engajamento em diferentes práticas epistêmicas, como a transmissão de seu conhecimento (denominada de injustiça testemunhal) e a prática de dar sentido a própria existência (denominada de injustiça hermenêutica) [20]. Cita-se também fatores sistêmicos do cuidado em saúde, questões relacionadas à formação dos profissionais e a fadiga empática como obstáculos à concretização da empatia clínica[2]. A relação entre profissional de saúde e paciente é propícia a acarretar na injustiça epistêmica, e a empatia clínica pode contribuir para dar destaque à perspectiva do paciente, sua narrativa e experiência[20].

A empatia clínica, compreendida como um dos elementos da BCS, reforça ser uma abordagem da Bioética Clínica que promove o empoderamento do paciente e o reconhece em todas as suas dimensões (sociais, culturais, psicológicas, fisiológicas, entre outras), e é comprometida com o que realmente importa para o paciente, ao contrário do se preconizava o Principialismo, como já abordado[20]. Outrossim, confirma–se que, sob a ótica da BCS, o paciente é o protagonista do cuidado, e a empatia clínica contribui para a construção de confiança, adesão ao tratamento e compreensão mútua entre os atores do encontro clínico[106]. Com efeito, fundamentando-se nas pesquisas realizadas por Albuquerque, bem como os decorrentes estudos desenvolvidos pelo Observatório Direitos dos Pacientes, do Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília[106], adota-se a perspectiva multidimensional da empatia clínica, tendo em vista que engloba a compreensão “do paciente, sua situação, necessidades e emoções, bem como a capacidade emocional do profissional de se conectar, em alguma medida, com o estado emocional do paciente”[106].

[2] Tendo em vista que o escopo da pesquisa não é analisar a empatia nos cuidados em saúde, com exposição detalhada de todas as questões que perpassam o tema, para aprofundamento do assunto sugere-se a leitura da obra “Empatia nos Cuidados em Saúde: comunicação e ética na prática clínica”, de autoria de Aline Albuquerque (2023).

O presente Capítulo teve o escopo de apresentar os quatro eixos da BCS, sendo eles: o direito do paciente, a centralidade do paciente, a assimetria de poder e a relação de parceria entre os atores do encontro clínico, e a empatia clínica. Além disso, foram feitas reflexões em relação à BCS e à Teoria Principialista, analisando questões que perpassam o protagonismo do paciente e a assimetria de poder na relação entre profissional de saúde e paciente. Assim, cada elemento foi apresentado com o escopo de fornecer subsídios para as análises que são realizadas no Capítulo seguinte, em que é feita a relação e aplicação de cada um dos elementos da BCS aos sistemas de queixas.

4 SISTEMAS DE QUEIXAS SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Este capítulo tem como desiderato analisar os sistemas de queixas sob a perspectiva da BCS. Após o primeiro capítulo ter apresentado um panorama geral sobre os sistemas de queixas e o segundo capítulo ter versado sobre a BCS, com aprofundamento em seus elementos, passa-se ao ponto nuclear da presente pesquisa, com o escopo de analisar e aplicar os elementos da BCS aos sistemas de queixas. Para tanto, cada subcapítulo deste presente trata sobre um elemento da BCS e sua correspondente aplicação aos sistemas de queixas, mantendo a ordem apresentada no Capítulo anterior.

4.1 O DIREITO DO PACIENTE E OS SISTEMAS DE QUEIXA

Como apresentado no Capítulo anterior, o Principialismo considera o profissional de saúde protagonista da seleção moral de questões bioéticas; ou seja, na prática, não reconhece o papel do paciente como sendo o protagonista do seu próprio cuidado. Em contraposição, a BCS, por meio dos seus quatro eixos, fortalece o paciente como sujeito de direitos e protagonista do seu cuidado em saúde.

No que tange ao primeiro elemento da BCS analisado no Capítulo anterior, não há como desvincular os sistemas de queixas do Direito do Paciente, que é o ramo jurídico que estabelece mínimos morais na esfera dos cuidados em saúde. Os pacientes relatam violações de Direitos dos Pacientes nas organizações de saúde[107], e os Estados devem agir para elaborar políticas e regulações para capacitar e monitorar serviços e estabelecer oportunidades para apresentação de queixas[108].

Assim, o Direito do Paciente abrange direitos que determinam um dever ético-jurídico para as organizações e sistemas de saúde e para os profissionais da área, impactando em formulação de políticas públicas e no reconhecimento desses direitos, incluindo, para além do momento do encontro clínico, o direito que todo paciente possui de apresentar uma queixa quando está no contexto dos cuidados em saúde. Esse direito é reconhecido dentre o rol dos Direitos dos Pacientes e é abordado, de forma aprofundada, a seguir.

4.1.1 Direito de apresentar queixa

O Direito de apresentar queixa é um dos Direitos dos Pacientes e é uma expressão do direito humano do paciente aos remédios efetivos. Os Direitos Humanos dos Pacientes são imperativos éticos de respeito à dignidade humana dos pacientes, devendo, portanto, serem garantidos de forma universal[16,20,109]. A Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes, dentre os seus quatorze artigos, em seu Artigo 13º, prevê o direito de apresentar queixa, com a determinação de que os serviços de saúde garantam esse direito sempre que o paciente tenha sofrido um dano, com a consequente garantia de que haja o direito de obter uma resposta[110]. Igualmente, há a previsão no Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos do Paciente da existência de mecanismos para apuração e respostas às queixas apresentadas pelos pacientes[111]. Faz-se importante destacar que o Artigo 14º da Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes prevê um direito que se relaciona com as queixas nos cuidados em saúde, qual seja, o direito à reparação integral. Ressalta-se que este direito também é uma expressão do direito humano do paciente aos remédios efetivos, assim como o direito de apresentar queixa, e compreende não apenas a compensação financeira, mas também outros fatores que englobam diversas necessidades apresentadas pelos pacientes, como informações sobre a situação ocorrida e o pedido de desculpas[16]. Assim, quando os direitos dos pacientes são violados, ou quando algo inesperado ocorre com seu cuidado em saúde, o paciente possuí o direito de apresentar queixa e, comumente, as queixas são meios para buscarem explicações e alguma informação sobre o que ocorreu[16].

Estudo demonstra que os pacientes estão mais propícios a apresentarem uma queixa se eles possuem conhecimento sobre seus próprios direitos e se conseguem facilmente acessar as informações que descrevem o procedimento destinado a tal fim[26], o que indica a importância de que os Estados contem com divulgação sobre a existência do sistema de queixa, e os meios para que a queixa seja apresentada. Nesse sentido, como indicado, compreende-se que uma maneira de verificar como os direitos dos pacientes são abordados na prática dos sistemas de saúde é analisar o conteúdo das queixas apresentadas pelos pacientes. Considerando a esfera dos Direitos dos Pacientes fundamentados na Carta Europeia de Direitos dos Pacientes, pesquisa realizada na Croácia identificou que os três maiores números de queixas versavam sobre direito de acesso (35,3%), direito à informação (29,9%) e direito à

segurança (21,7%)[112]. Em relação às queixas sobre a violação do direito de apresentar queixa, apenas pequeno número foi contabilizado (1,9%).

Registra-se, portanto, que o direito de apresentar queixa pressupõe a existência de um sistema que permite o recebimento, o processamento e a resposta da queixa apresentada pelo paciente ou familiar[113]. Os números sobre a apresentação de queixas pelos pacientes, ainda que demonstrem uma crescente[1], são considerados apenas "a ponta do *iceberg*"[5], posto que vários pacientes nunca apresentaram queixas formais, não sendo, assim, contabilizadas. Pontua-se que o fato dos Direitos dos Pacientes serem formalmente reconhecidos, com destaque para a existência de lei específica, contribui para o aumento das queixas nos cuidados em saúde, haja vista que há uma mudança na atitude das pessoas em relação ao procedimento de apresentação das queixas[2]. Assim, o reconhecimento de um direito que garanta ao paciente a possibilidade de apresentarem queixas, com consequente acolhimento e informação, pode contribuir para que mais pacientes relatem violações de direitos e demonstrem suas insatisfações quando algo não acontece como o esperado dentro da esfera dos cuidados em saúde. A seguir, passa-se à análise do segundo elemento da BCS, qual seja, a Centralidade do Paciente aplicada aos sistemas de queixas.

4.2 A CENTRALIDADE DO PACIENTE E OS SISTEMAS DE QUEIXAS

Quando ocorre uma queixa no contexto do cuidado em saúde, espera-se que o paciente receba os cuidados que são necessários, com atenção às suas necessidades. Como apresentado no Capítulo anterior, o Principialismo, na prática, não incorporou a concepção do papel do paciente como protagonista do seu próprio cuidado. Em contraposição, a BCS pauta-se pelo reconhecimento do paciente como centro do seu cuidado e isto inclui admitir que, inclusive na esfera das queixas, deve ser fomentada a centralidade do paciente. O fomento e a capacitação do paciente, para que seja ativo em relação ao seu próprio cuidado, são relevantes também no que tange às queixas apresentadas.

A resposta à queixa que seja centrada no paciente implica que a resolução levada a cabo pela organização de saúde seja apresentada ao paciente ou familiar de forma particularizada, com a inclusão de alguns elementos importantes, como uma explicação sobre o ocorrido e a aprendizagem, juntamente com a indicação de qual

ação foi, ou será, tomada[26]. Adicionalmente, a satisfação do paciente ou seu familiar em relação à queixa apresentada está associada a uma resposta formal por parte da organização. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de saúde forneçam informações detalhadas para os profissionais do sistema de queixa, o que requer a atuação da organização para estimular os profissionais a relatarem, na totalidade, o ocorrido na situação que ensejou a queixa[26,114]. Noutro giro, estudos relatam que os profissionais que atuam recebendo as queixas nem sempre são capacitados com habilidades de comunicação e empatia para fornecerem respostas satisfatórias aos pacientes, o que sugere a necessidade de treinamento para atuação em uma abordagem que seja centrada no paciente[26].

Isto posto, considerando os comandos extraídos do CCP[85], tem-se que o sistema de queixa deva ser apto a compreender as necessidades dos pacientes que apresentam a queixa, tendo em conta que cada situação vivenciada, bem como cada paciente, é único, e suas necessidades emocionais, psicológicas e sociais também se refletem como singulares, devendo ser reconhecidas pela organização. Para tanto, é imprescindível a efetivação de uma escuta atenta e empática, conferindo voz ao paciente e ao seu relato, sob a sua perspectiva da situação vivenciada[114]. Ainda, deve-se perguntar ao paciente o que ele espera com a apresentação da queixa, inclusive, com a sua participação ativa para categorizar a gravidade da situação, por exemplo, de insignificante para extremo e, quanto à probabilidade de ocorrência, de quase certo a raro[3]. Assim, os sistemas de queixas devem ser centrados no paciente, não na organização de saúde.

Destaca-se que o CCP impõe que as organizações de saúde e os profissionais compreendam o que importa para os pacientes, e o que eles valorizam[96]. O estabelecimento de um serviço de saúde centrado no paciente requer que, na prática, haja um foco da organização nas necessidades dos pacientes, por exemplo, inserindo o paciente como um cocriador das atividades de melhoria da organização[96]. Várias organizações ainda não compreenderam que a centralidade do paciente no cuidado em saúde é o objetivo mais abrangente, ou seja, que engloba todos os outros. Assim, a razão de ser do cuidado em saúde é a melhoria da saúde e do bem-estar dos pacientes, o que demanda que sejam considerados parceiros ativos de todo o cuidado[96]. Em regra, as organizações tendem a concentrar-se nas necessidades dos médicos e demais profissionais, não nos pacientes. Ocorre que o conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento não são os mesmos que compreender como é estar

doente[96]. Assim, os pacientes carregam consigo a experiência vivida, não apenas sobre a doença em seu próprio corpo, mas também o conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde. Pesquisa confirmou que os pacientes, em vários momentos, são os únicos que conseguem avaliar vários aspectos do atendimento prestado e da sua qualidade[96]. Contudo, pacientes tendem a temer que suas recomendações sejam ignoradas, enquanto vários profissionais tendem a supor que os pacientes não têm nada a acrescentar em suas recomendações e queixas[96].

Com efeito, considerando todas as questões acima expostas, os sistemas de queixas têm como comando ético o CCP e a comunicação, que também deve ser centrada no paciente, sem interrupções e com acolhimento ao que é apresentado. Verifica-se que a assimetria de poder presente na relação entre profissional de saúde e paciente também reflete para além do encontro clínico, abrangendo a apresentação das queixas, como se verifica a seguir.

4.3 RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE OS ATORES DO ENCONTRO CLÍNICO

Como apresentado em Capítulo anterior, o Principialismo compreendia que, na prática, quem respeita ou não a autonomia do paciente, ou lhe faz bem ou mal, é o profissional, adotando, assim, uma postura paternalista(98). Igualmente, essa Teoria não reconhece a importância da relação humana entre os atores do encontro clínico, nem todas as questões que perpassam essa relação, como a assimetria de poder(98). A BCS, como nova abordagem a ser aplicada aos conflitos bioéticos clínicos, reconhece a existência da assimetria de poder na relação entre o profissional de saúde e o paciente e, a partir desta consciência, propõe reflexões para modificar a prática clínica(98). Dentre os elementos da BCS, como já demonstrado, a relação de parceria entre os atores do encontro clínico é de suma importância para essa nova abordagem da Bioética Clínica, inclusive, quando é aplicada aos sistemas de queixa.

A assimetria de poder nas relações de cuidado em saúde influencia as relações e as queixas decorrentes dessa relação, impondo desafios para que elas sejam apresentadas[20,115]. Pesquisa realizada na Irlanda, nos anos de 2019 e 2020, identificou questões relacionadas com a assimetria de poder na relação entre paciente e profissional de saúde como sendo uma das barreiras para a apresentação de queixas[116]. Interessante pontuar que, na referida pesquisa, os próprios médicos e enfermeiros destacaram o desequilíbrio de poder na relação, tendo em vista que os

pacientes poderiam hesitar em contestar os profissionais por meio das queixas[116]. O estigma de “queixoso” ou de “criador de problemas”, a reação negativa que é sentida pelo paciente, e a preocupação se a queixa afetará os cuidados atuais e futuros são considerados como barreiras para a apresentação das queixas, especialmente nos casos de relação de cuidado de longo prazo[26,115]. Esse receio do paciente em ser considerado “difícil” e de resultar em implicações negativas para o seu cuidado é tema recorrente nos relatos e nas pesquisas sobre queixas nos cuidados em saúde. Relatório denominado de “Quebrando as Barreiras” (*Breaking down the Barriers*)[117], elaborado pelo *Ombudsman* do Reino Unido (*Parliamentary and Health Service Ombudsman*), identificou que pacientes com mais de 75 anos, em regra, não possuem confiança em apresentar uma queixa, pois se preocupam com o impacto que a queixa pode ter em seus cuidados futuros. Conforme a pesquisa realizada, mais da metade das pessoas com 65 anos ou mais tiveram problemas nos cuidados em saúde, mas não apresentaram queixas, pois estavam preocupadas com o impacto futuro. Ademais, 18% das pessoas com mais de 75 anos não sabiam como apresentar uma queixa, e menos de um terço dos idosos relataram que não se lembravam de ter recebido auxílio para apresentar uma queixa. Registra-se que a *Ombudsman,* Julie Mellor, reforçou que os pacientes idosos são alguns dos pacientes mais frequentes e vulneráveis que utilizam os serviços de saúde, porém, são considerados como uma proporção pequena quando se trata de apresentar queixa, podendo resultar em um sofrimento silencioso desses pacientes[118]. Adicionalmente, outro estudo elaborado pela *Care Quality Commission*[119] também identificou como uma barreira para a apresentação de queixas o medo de causar confusão, ou o receio de ser visto como um “causador de problemas”. Nesse sentido, também pontuaram que os profissionais já estariam muito ocupados, e a apresentação de uma queixa não contribuiria com a situação. Destaca-se que outra barreira importante, relacionada às demais apresentadas, é o receio de que a queixa tenha como resultado uma piora no cuidado em saúde prestado pelo profissional[119].

Ademais, é possível que a organização presuma que o problema está no próprio paciente, resultando na prioridade de eliminar essa situação o mais rápido possível[115]. Igualmente, pacientes que sintam que estão em situação de desvantagem podem sentir-se ainda menos capacitados para apresentarem queixas[115]. Percebe-se, portanto, que a existência de assimetria de poder na relação

envolvendo o profissional de saúde e o paciente pode impactar negativamente na apresentação das queixas, inclusive, sendo uma barreira para que elas ocorram.

Desse modo, no que tange à importância da relação de parceria dos atores do encontro clínico, a pesquisa demonstrou que o empoderamento dos pacientes, decorrente de mudança cultural dessa relação constantemente tida como assimétrica, foi considerado como um facilitador para as apresentações de queixas por parte dos pacientes[115]. Nesse sentido, o incentivo e a indicação da existência de procedimentos de queixas, por parte dos profissionais e de funcionários das organizações de saúde, reduzem a ansiedade e o estigma que impedem os pacientes de apresentarem uma queixa[26]. Idealmente, busca-se que a queixa seja solucionada na organização de saúde, por meio dos sistemas de queixas, para que a relação entre os atores clínicos seja preservada e, de preferência, melhorada[115]. Logo, concentrar em questões para além da culpa individual do profissional envolvido na queixa pode ser útil para lidar com essas situações, bem como ser benéfico para o profissional que, inclusive, pode necessitar de apoios diversos[115]. Nota-se, assim, que a existência de um mecanismo de resolução eficaz para as queixas contribui para que o paciente tenha a certeza de que a sua preocupação foi ouvida e considerada[115].

Ainda que não seja o foco da presente pesquisa destacar questões que envolvam o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde dentro de uma equipe, importa registrar que a existência de assimetria de poder nessa relação também influencia na apresentação de queixas pelos pacientes, posto que podem surgir barreiras quando a equipe de saúde apenas se comunica com profissionais semelhantes, criando uma comunicação vertical, com potencial demonstração de desigualdades, o que pode afetar negativamente o cuidado em saúde direcionado ao paciente[120]. Igualmente, as barreiras identificadas na comunicação entre os próprios profissionais também afetaram a capacidade das organizações de fomentarem uma política positiva destinada à aprendizagem a partir das queixas dos pacientes[120]. Complementarmente, estudo indicou que, caso a pessoa responsável pela capacitação e aprendizagem por meio das queixas apresentadas pelos pacientes seja considerada como “inferior” na hierarquia profissional, ou que tenha pouca credibilidade clínica (como ser de outra área para além da saúde, ou ser júnior na hierarquia profissional), a comunicação pode não ser construtiva[120]. Assim, essas informações consolidam o quão negativa é a existência de assimetria de poder em

todas as relações que perpassam o contexto do cuidado em saúde, não se restringindo apenas à relação profissional de saúde e paciente.

As informações apresentadas corroboram com o fato de que a relação de parceria entre os atores do encontro clínico também desencadeia reflexos positivos para o contexto das queixas nos cuidados em saúde, pelo que é importante que a parceria entre eles seja fomentada e reconhecida[116]. Assim, esse elemento da BCS possui relação direta com os sistemas de queixas.

4.4 A EMPATIA CLÍNICA E OS SISTEMAS DE QUEIXA

Ainda que haja uma crescente preocupação com a comunicação nos cuidados em saúde e com a empatia clínica, verifica-se a mitigação da voz do paciente no contexto dos cuidados em saúde. A empatia clínica também é compreendida como um meio para auxiliar o paciente a vivenciar e expressar suas emoções[121]. Particularmente, em relação aos direitos dos pacientes, a empatia clínica pode contribuir para que os profissionais de saúde desenvolvam comportamentos em prol de tais direitos, posto que tomam a perspectiva do paciente e compreendem sua vontade, preferências e necessidades, inclusive após a apresentação da queixa[106].

A Associação de Pacientes do Reino Unido indicou a comunicação como sendo uma das principais causas das queixas apresentadas[20]. Nesse sentido, as falas dos pacientes são, de forma recorrente, compreendidas como “irrelevantes, confusas, muito emocionados e inúteis ou uma ‘perda de tempo’”, o que diretamente relaciona-se com a injustiça testemunhal e a injustiça epistêmica[20]. Profundamente conectado com o subcapítulo anterior, em que foram abordadas a assimetria de poder e a relação de parceria entre o profissional de saúde e o paciente, aplicados aos sistemas de queixa, verifica-se que a empatia clínica também se aproxima das queixas nos cuidados em saúde. O privilégio muitas vezes conferido à formação e aos aspectos técnicos inerentes ao exercício profissional, em contraposição ao conhecimento enraizado na experiência do paciente, incentiva que os sistemas de saúde propaguem assimetrias de conhecimento[122].

Adicionalmente, no caso dos pacientes, a injustiça epistêmica é verificada, pois os recursos necessários para a compreensão das experiências sociais, pelos pacientes, não são aceitos como parte dos recursos hermenêuticos dominantes[122], ou seja, no contexto do cuidado em saúde, pacientes que não são encorajados a

falarem livremente sobre a sua história, podem ter dificuldade de serem inclusos em mecanismos institucionais que promovam a sua participação[20], compreendendo, nesse aspecto, a apresentação das queixas como um dos mecanismos de participação do paciente no seu próprio cuidado. Como dito, os testemunhos dos pacientes são frequentemente desencorajados e, quando realizados, podem ser considerados insuficientemente articulados, posto que não utilizam a terminologia técnica relevante para o discurso do profissional[122]. Pautam-se, portanto, na perspectiva do profissional de saúde e do que ele considera como relevante para ser recebido, acolhido e processado, ou não.

Assim, ainda que a injustiça epistêmica se manifeste de diferentes formas, na prática há um compartilhamento de núcleo comum, qual seja, a desvalorização de testemunhos e interpretações apresentados por certas pessoas[122]. Carel e Kidd registram, inclusive, que essa desvalorização perpassa desde práticas de diagnóstico até mesmo os formulários de *feedbacks* dos pacientes[122], abarcando, portanto, as queixas no contexto dos cuidados em saúde. Nesse sentido, estudo realizado nos Países Baixos[123], apontou que alguns pacientes destacaram repetidamente que sentiram desequilíbrio de poder ao apresentarem uma queixa, e outros afirmaram que não se sentiram ouvidos no contexto que estavam inseridos. Igualmente, também pontuaram que tiveram a percepção de que não tiveram o seu relato e sua percepção creditados, quando comparados com o dos profissionais de saúde. Salienta-se apenas que o sistema de queixas dos Países Baixos será abordado em Capítulo posterior.

Esses fatores, somados a outros apresentados, como a assimetria de poder, pode influenciar negativamente os sistemas de queixas, e a consequente dificuldade em apresentação dessas queixas, por pacientes e familiares. A empatia clínica contribui para o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, o que gera reflexos na injustiça epistêmica, visto que a empatia clínica pode ser uma ferramenta para conferir ênfase à perspectiva do paciente, sua narrativa e experiência, mesmo em contextos nos quais, em regra, os profissionais tendem a desacreditar o paciente[20]. Como exemplo, Albuquerque[20] indica práticas que relatam que o paciente sequer foi indagado sobre o seu próprio cuidado, bem como a interpretação do paciente sobre a experiência de viver com determinada doença não foi considerada. Tais situações podem ser desfechos positivos, caso seja verificada a presença da empatia clínica. Importa registrar que a injustiça epistêmica é causada,

em sua maioria, por fatores sistêmicos – como a formação dos profissionais – do que por características individuais[20]. Para além do encontro clínico, o fato de os profissionais de saúde serem identificados como epistemicamente privilegiados contribui para que escolham conferir credibilidade, ou não, ao paciente e à sua fala[20]. Tendo em vista que o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente é propício a acarretar a injustiça epistêmica[20], faz-se importante relacionar este conceito com as queixas nos cuidados em saúde.

Nesse contexto, faz-se necessário constituir um sistema de queixas que tenha como fundamento a empatia clínica, com utilização de escuta ativa e realização de programas de capacitação dos profissionais[124]. Ao fornecer aos profissionais de saúde as ferramentas necessárias, eles podem se comunicar de forma empática com os pacientes[124]. A escuta ativa para as queixas é muito importante, haja vista que os pacientes e seus familiares expõem suas preocupações nas queixas, sendo necessário que exista um ambiente seguro que forneça apoio para eles neste momento[124]. É importante que haja a demonstração de empatia quando algum resultado inesperado acontece no cuidado em saúde, inclusive, é possível que haja o pedido de desculpas, com utilização da frase “este não é o resultado que nenhum de nós queria ou previa”[125].

Nesse sentido, a falta de empatia clínica por parte dos profissionais de saúde também é registrada como fato que enseja a apresentação de queixas. Estudo realizado na Suécia indicou que 77% das queixas foram atribuídas à falta de empatia dos profissionais de saúde[1]. Outrossim, há evidências crescentes de que a má comunicação e a falta de empatia são as principais causas de insatisfação dos pacientes, de eventos adversos e, portanto, de queixas[126]. No mesmo sentido, pesquisa realizada no Reino Unido demonstrou que 82% dos pacientes dificilmente apresentariam queixa se o seu médico se comunicasse abertamente e com empatia[126].

Salienta-se que pacientes identificam como elemento-chave para lidar com as queixas em saúde a empatia e o ensino sobre o CCP nos cursos de graduação, para afastar o profissional de condutas paternalistas[60]. Além disso, a compreensão de que atuar profissionalmente em um sistema de queixa envolve um trabalho emocional para quem o está exercendo, pode contribuir para uma abordagem mais sensível e empática no tratamento da queixa[127], especialmente, considerando-se as perspectivas e necessidades que são identificadas nos relatos apresentados pelos

pacientes. Complementarmente, estudo também demonstrou que as informações textuais incluídas nas queixas indicaram que os pacientes estavam vivenciando situações estressantes, além de que os pacientes podem possuir expectativas de que a equipe de saúde seja empática, o que pode afetar as percepções sobre a equipe de saúde[128].

Cumpre, por fim, registar que a empatia dos profissionais de saúde é sujeita a um processo de escolha, ou seja, ser ou não empático[20], o que também pode ser compreendido quanto ao recebimento de uma queixa. Nesse sentido, as organizações de saúde possuem atuação importante no enfrentamento da injustiça epistêmica no cuidado em saúde, por meio de capacitações e políticas institucionais voltadas para a temática[20].

Nota-se, assim, que a empatia clínica associada ao direito de apresentar queixa e, consequentemente, à BCS, é uma ferramenta importante para reconhecer, cada vez mais, o protagonismo do paciente e da sua voz, inclusive quando as queixas são apresentadas. Como verificado, as queixas carregam relatos significativos não apenas sobre o cuidado individual do paciente, mas sobre todo o sistema de saúde em que está inserido. Assim, tem-se que a empatia clínica é de suma importância no contexto da saúde, haja vista que desempenha um papel na melhoria do tratamento do paciente, na esfera clínica, e promove a satisfação e bem-estar do paciente e dos profissionais de saúde[125], o que se relaciona com a possibilidade de apresentação das queixas. Percebe-se, portanto, que não é possível compreender os sistemas de queixas, adequadamente, sem incluir a análise sobre a empatia clínica, reconhecendo a sua importância, tanto para aumentar a satisfação dos pacientes e, consequentemente, a possível diminuição das queixas, como também na forma de lidar com os pacientes que venham a apresentá-las.

Neste Capítulo, abordou-se os quatro elementos da BCS, quais sejam, o Direito do Paciente, a centralidade do paciente, a relação de parceria entre os atores do encontro clínico, e a empatia clínica, analisando, cada um, com a correspondente aplicação aos sistemas de queixas. Visou demonstrar a aplicação de cada um desses elementos à apresentação das queixas nos cuidados em saúde. Em síntese, dentre os Direitos dos Pacientes, que são fundamentados nos Direitos Humanos, há o direito de apresentar queixa, que se relaciona diretamente com os sistemas de queixas, confirmando a importância de existir um sistema específico, criado para a finalidade de receber, acolher e solucionar as queixas nos cuidados em saúde, no âmbito

administrativo. Ainda, o CCP também é verificado para além do encontro clínico, haja vista que os sistemas de queixas também devem ter o paciente como protagonista, conferindo centralidade aos seus relatos, sua vontade e suas necessidades. Desse modo, o tratamento das queixas também deve ser centrado no paciente, não na organização de saúde ou no profissional. No tocante à assimetria de poder e a relação de parceria entre o profissional de saúde e o paciente, verifica-se que os testemunhos dos pacientes, inclusive por meio de suas queixas, podem ser descredibilizados pelos profissionais e pela organização, haja vista a injustiça epistêmica presente nesse contexto. Ademais, a assimetria de poder influencia nas barreiras para a apresentação das queixas por parte dos pacientes e familiares. Por fim, em relação à empatia clínica, tem-se que é de suma importância que os profissionais de saúde atuem de maneira empática, o que resulta em maior satisfação do paciente, e pode resultar em menos queixas, destacando também que é necessária a capacitação dos profissionais que atuam nos sistemas de queixas, pois esses devem ter uma atuação empática para com os pacientes e os familiares que apresentam as queixas.

No Capítulo seguinte, a fim de ilustrar exemplos de modelos de queixas, passa-se a analisar sistemas de queixas em diferentes localidades.

5 MODELOS DE SISTEMAS DE QUEIXAS

Com o escopo de ilustrar alguns dos sistemas de queixas existentes em diversos Países, este Capítulo analisa três diferentes sistemas, a fim de consolidar as questões apresentadas neste estudo, como as características e as funções dos sistemas de queixas, e de fornecer subsídios para os Capítulos subsequentes, tendo em vista que, por meio da apresentação de exemplos de sistemas de queixas, faz-se possível a compreensão de como os sistemas se organizam dentro de realidades diversas. Adicionalmente, esse entendimento é importante para o desenvolvimento do trabalho, visto que, a partir da compreensão crítica de outras realidades, verificam-se pontos de aproximação e de distanciamento com a realidade brasileira para que, em seguida, sejam apresentados fundamentos para a possível remodelação das ouvidorias brasileiras, pautando-se pela perspectiva da BCS.

Destaca-se que os sistemas de queixa objeto deste Capítulo foram escolhidos em razão do seu vasto arcabouço teórico, abordando desde a concepção desses sistemas até pesquisas recentes, que confirmam o seu contínuo aprimoramento, bem como pelo fato de que alguns deles possuem legislações específicas que dispõem sobre o direito de apresentar queixas no contexto dos cuidados em saúde, bem como sobre a legislação sobre os Direitos dos Pacientes. Assim, passa-se à análise dos sistemas de queixas do Dinamarca, dos Países Baixos e da Suécia.

5.1 PAÍSES BAIXOS

Os Países Baixos, assim como o Reino Unido, possuem sistema de queixa, e há legislação específica sobre o direito de apresentar queixas no contexto dos cuidados em saúde (Lei de Qualidade, Queixas e Disputas em Saúde – *Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg*). O processamento das queixas nos Países Baixos possui destaque para duas funções, sendo estas a de oferecer suporte ao paciente e ao familiar e a de mediação. No que tange à primeira, é disponibilizado escuta atenta, sendo o início de qualquer forma de processamento de queixa, visto que o paciente pode relatar sua história. Ademais, é fornecida informação e aconselhamento para que o paciente tenha clareza sobre as opções existentes relacionadas à apresentação da queixa, como a possibilidade de realizar uma mediação ou de encaminhar a queixa ao Comitê de Disputas. Além disso, há o escopo de promover os interesses e as

necessidades do paciente, da melhor forma possível. Em relação à mediação das queixas, como abordado anteriormente nesta pesquisa, espera-se que o mediador tenha uma atuação imparcial, garantindo que os atores do encontro clínico tenham oportunidades iguais de relatarem a sua perspectiva sobre a situação vivenciada. Nesse sentido, é possível que ocorra a explicação sobre o ocorrido, um pedido de desculpas e o entendimento mútuo sobre a situação.

Destaque-se que nos Países Baixos também há o entendimento de que as queixas fornecem informações sobre o sistema de saúde em que o paciente está inserido[129]. Desse modo, há preocupação sobre o acesso ao sistema de queixa, haja vista que isso é determinado por uma série de fatores, como a presença de uma instalação para receber as queixas (inclusive, podendo ser por telefone), a familiaridade com esta instalação e a acessibilidade para o paciente chegar a ela[129]. Além disso, é importante o registro do número de queixas recebidas e da natureza delas, a fim de melhorar a qualidade de cuidado prestado[129]. Em relação ao resultado do tratamento da queixa, registra-se que a existência do sistema de queixa é um instrumento adequado para satisfazer às necessidades dos pacientes que apresentam a queixa, posto que há um espaço seguro para contarem suas histórias e serem levados a sério. Outrossim, é adequado para identificarem soluções às questões apresentadas nas queixas, especialmente, em relação à orientação aos pacientes e aos familiares[129].

Importa destacar que há diferentes formas de receber queixas nos cuidados em saúde. Nos Países Baixos, como por meio dos Comitês de Disputas, das associações de pacientes e do gabinete de informação e queixas nos cuidados em saúde, instituído desde 1986, com subsídios governamentais[129]. Tendo em vista a existência de legislação específica sobre as queixas nos cuidados em saúde, com a criação de Comitê específico para a temática, passa-se à análise do Comitê de Disputas Médicas.

5.1.1 Comitê de Disputas Médicas

A Lei de Qualidade, Queixas e Disputas em Saúde (*Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg),* elaborada em 2016, determinou a existência dos Comitês de Disputas Médicas, que possuem um procedimento híbrido, atuando como um sistema independente para receber as queixas e proporcionar uma alternativa ao litígio no

Poder Judiciário, visto que é possível que o paciente também requeira uma compensação pecuniária[130]. Tais Comitês objetivam fornecer uma solução justa para a queixa apresentada, fundamentando-se no reconhecimento da existência de uma conexão emocional entre o profissional de saúde e o paciente, e na celeridade do procedimento. Ademais, visam fazer com que os pacientes que apresentam as queixas sintam que são escutados e considerados, fortalecendo o protagonismo do paciente e de sua perspectiva sobre a queixa[130]. Conforme verificado, a elaboração da referida Lei teve o escopo de conferir uma abordagem mais integral ao direito de apresentar queixa por meio de uma mudança de cultura na sociedade, passando a atender às necessidades apresentadas pelos pacientes[130]. Com a entrada em vigor da nova Lei, espera-se que o profissional de saúde, ou a própria organização, assuma a resolução da queixa, com a menor intervenção do Poder Judiciário para dirimir os conflitos no contexto do cuidado em saúde[130].

Em observância à legislação, desde 1º de janeiro de 2017, todos os profissionais de saúde nos Países Baixos são obrigados a serem afiliados a um Comitê de Disputas[130]. Assim, até maio de 2022, o número de Comitês havia aumentado para quarenta e um, sendo que em 2019 haviam recebido seiscentos e vinte e sete queixas[130]. Nota-se que os pacientes e familiares podem apresentar a queixa por meio de um relato escrito *online*, com o pagamento de uma taxa (geralmente entre 50 e 150 euros)[130], e após, é agendada uma audiência. Os pacientes e familiares não precisam possuir representação legal, e cada Comitê de Disputa possui suas próprias diretrizes de procedimentos sendo que, em regra, são compostos por três ou cinco membros independentes, em que um possui formação jurídica (o presidente), um ou dois representam a perspectiva do paciente (geralmente membro de associação de pacientes), e até três membros que representam a perspectiva do profissional de saúde (em regra, algum médico)[130]. A decisão final do Comitê é vinculativa, podendo ser procedente, parcialmente procedente ou improcedente, e é proferida por maioria de votos, no prazo de até seis meses[130]. As decisões também podem incluir alguma recomendação ao profissional ou à organização de saúde, e o Comitê prevê um regulamento de garantia de conformidade para caso o profissional ou organização não cumpra a decisão, garantindo que seja efetivada[130].

Tendo em vista que a implementação dos Comitês de Disputas é relativamente recente, posto que sua obrigatoriedade remonta ao ano de 2017, algumas questões

importantes são pontuadas sobre o seu funcionamento, e são aqui apresentadas a fim de demonstrar possíveis melhorias no sistema de queixa[130]. Inicialmente, verifica-se a importância de que os Comitês possuam profissionais treinados para a sua atuação, com empatia e escuta atenta ao que é apresentado pelos pacientes e por familiares. Em pesquisa, alguns pacientes relataram que não se sentiram escutados, e que faltou atenção à situação vivenciada[130]. Outro ponto é a preocupação com a imparcialidade dos membros do Comitê, pois, em pesquisa, pacientes indicaram que sentiram que o Comitê conferiu prioridade ao profissional durante a audiência, com a aparência de que a decisão já havia sido tomada antecipadamente[130]. Ademais, outra preocupação apontada foi em relação à injustiça epistêmica e à desigualdade de poder nas relações. Segundo estudo, alguns pacientes descreveram uma vivência de relação desigual de poder durante a audiência, com relatos de que o testemunho experiencial possuía menor valor quando comparado ao testemunho do profissional de saúde[130]. Igualmente, apontaram que, para algumas pessoas, o procedimento para apresentação da queixa poderia ser demasiadamente complicado, tendo em vista que a linguagem utilizada, tanto em relação aos termos jurídicos quanto aos relacionados aos tratamentos de saúde, demonstraram um desequilíbrio na relação de poder entre os presentes na audiência[130].

Em suma, a Lei foca em três pontos principais, quais sejam: 1) uma abordagem célere, focada nas queixas apresentadas pelos pacientes, com a possibilidade de apresentar a queixa ao Comitê de Disputas, solucionando-as internamente; 2) incentivo para que os profissionais de saúde relatem eventuais violações de direitos, inclusive questões relacionadas à segurança do paciente; e 3) foco no paciente, com atenção à perspectiva dos pacientes quando da apresentação das queixas[130].

Desse modo, verifica-se que os Países Baixos, especialmente após a Lei da Qualidade, Queixas e Disputas nos Cuidados em Saúde, fomentam uma nova abordagem para os sistemas de queixas[130], com respostas proativas, informais e abertas, com foco nas necessidades dos pacientes e a possibilidade de apresentação da queixa a um Comitê, caso a queixa não seja solucionada diretamente com o profissional de saúde. Esses aspectos se aproximam dos eixos da BCS, haja vista que são pautados pela centralidade do paciente, com atenção às suas necessidades apontadas quando da apresentação das queixas, reforçando o papel de protagonista do paciente em seu próprio cuidado, o que inclui a possibilidade de apresentar queixas e ser ouvido. Ademais, é conferida atenção à relação entre o profissional de saúde e

paciente, inclusive, com destaque para o papel empático na esfera de apresentação de queixas. Nesse ponto, a existência de assimetria de poder também deve ser ressaltada com vistas ao seu reconhecimento e, a partir disso, o re(equilíbrio) da relação, incluindo o contexto de queixas nos cuidados em saúde. Por fim, evidencia-se o reconhecimento do direito do paciente de apresentar uma queixa, legalmente previsto nos Países Baixos.

5.2 SUÉCIA

A Suécia também possui sistema de queixas. Vários são os estudos, especialmente de Sundler[5], que abordam sobre as queixas nos cuidados em saúde na Suécia, relacionando-as aos direitos dos pacientes. Igualmente, compreende-se que as queixas são consideradas importantes para os pacientes, para os sistemas de saúde e para a segurança do paciente[131]. Em 2015, foi elaborada uma Lei específica sobre direitos dos pacientes (*Patient Act* 2014:821), e o seu Capítulo 11 aborda sobre as queixas e a segurança do paciente[131]. O parágrafo primeiro determina que os Comitês Consultivos de Pacientes (*Patient Advisory Committees* – PACs) devem fornecer apoio em caso de queixas relacionadas aos cuidados em saúde, inclusive com informações sobre direitos e orientações sobre os órgãos a quem recorrer. Há também a indicação de possibilidade de solicitação de compensação pecuniária e, no caso de o paciente ser vítima de dano decorrente do cuidado em saúde, há previsão do direito que o paciente tem de ser informado sobre o que ocorreu, com a consequente indicação de medidas adotadas para a não reincidência da situação, a obrigação de que os profissionais tratem a queixa apresentada, inclusive, com o auxílio dos Comitês Consultivos de Pacientes[131]. A legislação ainda prevê que o profissional de saúde responda à queixa com a maior brevidade possível, de maneira adequada e considerando a natureza da queixa e a capacidade do indivíduo de absorver as informações[131]. Adicionalmente, a Lei determina que o profissional forneça ao paciente uma explicação sobre o que ocorreu, relacionado à queixa, e uma descrição das medidas que pretendem adotar no sistema de saúde[131].

Ainda que a referida Lei de 2015 preveja a existência dos Comitês Consultivos de Pacientes, desde 1992 há Lei prevendo a sua existência[69] e, desde 1981, em Estocolmo, é possível apresentar queixas aos referidos Comitês[132]. Os Comitês são órgãos independentes e imparciais, que não possuem autoridade para realizar

julgamentos ou punições; contudo, recebem queixas e analisam relatórios sobre preocupações relativas aos cuidados em saúde[50]. Os Comitês estão localizados de forma regional e nos condados, e recebem e solucionam as queixas, inclusive por meio da mediação[69]. Os membros dos Comitês são eleitos[69]. Ademais, possuem duas atribuições principais, sendo a primeira a de ajudar e apoiar os pacientes nas suas queixas, e a segunda de contribuir para a melhoria de qualidade no atendimento ao paciente[133]. A missão dos Comitês é auxiliar e apoiar os pacientes, alcançada por meio de fornecimento de informações sobre os direitos dos pacientes, o seguro dos pacientes e a possibilidade de que as queixas também sejam encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar, ou à Inspeção de Saúde e Assistência Social[133]. Tais órgãos examinam o direito dos profissionais de saúde de exercerem a profissão[133]. Nota-se que o referido Conselho é composto por profissionais de diferentes áreas, como enfermeiras, médicos, dentistas, economistas e advogados, preferencialmente, com experiência na área da saúde[69]. Reforça-se que os Comitês não possuem autoridade contra os profissionais, e não podem cancelar autorizações para o exercício da profissão[133].

Pesquisa realizada no País identificou que as queixas mais comuns versam sobre o desrespeito percebido pelos pacientes, às divergências sobre o tratamento, à informação insuficiente, à falta de confiança, à indisponibilidade dos profissionais e à falta de comunicação[69]. Estudo[133] realizado analisando 618 queixas recebidas por um Comitê identificou que 67% das queixas foram apresentadas por pacientes e 33% por familiares, sendo que 71,5% apresentaram queixa por telefone e o restante por carta ou e-mail. A proporção maior de queixas foi apresentada por mulheres (57%), e a categoria de familiar que mais apresentou queixa foi a de mães, seguidas por filhas e esposas. Adicionalmente, pesquisa concluiu que as queixas apresentadas ao Comitê poderiam ser utilizadas de forma direta no cuidado em saúde, a fim de melhorar a qualidade do serviço prestado, inclusive na educação e na supervisão dos profissionais de saúde para trazer uma nova compreensão sobre a perspectiva do paciente sobre seus cuidados em saúde[134].

Raberus, Holmstrom, Galvin e Sundler[50] reforçam que “O Cuidado Centrado no Paciente” contribui para conferir mais atenção ao paciente, tendo em vista que os resultados das pesquisas analisando queixas apresentadas a um Comitê de um condado da Suécia apontam que as vivências dos cuidados em saúde ainda permanecem focadas no profissional, não no paciente. Destacam também que, para

diminuir a vulnerabilidade do paciente, os profissionais de saúde devem agir de forma ética e direcionada às necessidades e experiências do paciente[50].

5.3 DINAMARCA

A Dinamarca também possui um sistema de queixas. A Agência Dinamarquesa de Queixas de Pacientes lida com as queixas de pacientes sobre os cuidados em saúde recebidos, e sobre as violações de direitos dos pacientes[18]. Ademais, a Agência possui finalidade de assegurar o aprendizado decorrente das situações vivenciadas e, como consequência, evitar o ajuizamento de processos[18].

Outrossim, foram criados Escritórios Regionais de Pacientes[135] para obter aconselhamento sobre os direitos dos pacientes. Neles, os consultores oferecem informações e podem auxiliar a redigir a queixa, bem como a solicitar indenização, caso o paciente sofra danos na esfera dos cuidados em saúde. Cada região possui um Escritório, contudo, a Região da Capital da Dinamarca possui diversos Escritórios, em diferentes endereços[135]. Registra-se que a Dinamarca possui uma lei específica sobre o direito de apresentar queixa e de receber uma compensação (*Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation*[136]).

De forma geral, a Dinamarca compreende que analisar queixas e pedidos de compensação para melhoria do cuidado em saúde permite envolver diretamente as opiniões e experiências dos pacientes em iniciativas que visam a melhoria do cuidado, e pode ser visto como o cumprimento do propósito talvez mais construtivo do sistema de saúde[137]. Pesquisas apontam incentivos para envolver os casos de queixas e indenização como fontes essenciais de informação no trabalho sistemático para melhorar a qualidade do tratamento e do cuidado de saúde em geral[137].

Desse modo, em síntese, o presente Capítulo abordou sobre os sistemas de queixas na Dinamarca, nos Países Baixos e na Suécia. Como indicado, a escolha por tais sistemas se deu em razão da existência de legislações que estabelecem o direito de apresentar queixas no contexto dos cuidados em saúde, bem como a existência de literatura sobre o tema. Analisando os sistemas, tem-se que o recebimento e o tratamento das queixas são realizados na esfera da saúde, com estabelecimento de um sistema singular, sem necessidade de que os pacientes recorram ao Poder Judiciário.

Cumpre registrar que no que toca à América Latina[138], de forma geral, ainda que sejam reconhecidas boas experiência, legislações sobre direitos dos pacientes e implementações de mecanismos diversos para lidar com as queixas na esfera da saúde, como no Chile e no México, neste trabalho não se identificou que tais países possuem sistemas de queixas como os aqui estudados. De forma específica, em relação ao Chile[139], verifica-se a possibilidade de aplicação de sanção ao profissional de saúde, pelo mecanismo criado para receber a queixa. Já em relação ao México, vislumbra-se a Comisión Nacional de Arbitraje Médico[140], que oportuniza a realização de arbitragem, mecanismo heterocompositivo de solução de conflitos, em que se reconhece partes opostas no procedimento, entre paciente e profissional. Tais questões implicam, portanto, no não reconhecimento desses mecanismos como sistemas de queixas conforme aqui estudados neste trabalho.

Em suma, os modelos foram abordados no presente Capítulo. Em relação ao modelo de sistema de queixa dos Países Baixos, verifica-se uma legislação específica sobre o direito de apresentar queixa, denominada de Lei de Qualidade, Queixas e Disputas em Saúde, com destaque para a previsão de Comitês de Disputas para receber as queixas e ser uma alternativa ao Poder Judiciário. A referida Lei também possui o escopo de contribuir para uma mudança de cultura, passando a atender às necessidades apresentadas pelos pacientes. Ainda que pesquisas demonstrem que alguns pontos dos Comitês devam ser aperfeiçoados, a legislação foca em questões principais, como a existência de abordagem célere para resolução de queixas, o incentivo aos profissionais para relatarem violações de direitos, e o foco na perspectiva e no protagonismo do paciente, especialmente, quando uma queixa é apresentada. Ainda, em relação à Suécia, destacam-se estudos relacionados aos direitos humanos dos pacientes e o direito de apresentar queixa, bem como a existência de legislação específica sobre direito do paciente, em que é elencada a possibilidade de que sejam apresentadas queixas na esfera dos cuidados em saúde. Além disso, reforça-se o Cuidado Centrado no Paciente como fundamento para um cuidado em saúde que considera a perspectiva do paciente e, portanto, importante para o modelo sueco de sistema de queixa. No que toca à Dinamarca, verifica-se a existência da Agência e dos Escritórios Regionais de Pacientes, bem como a legislação específica sobre a temática envolvendo as queixas e compensação decorrentes de danos nos cuidados em saúde.

Complementarmente, os eixos da BCS – quais sejam, o direito do paciente, a centralidade do paciente, a relação de parceria entre os atores do encontro clínico e a empatia clínica – são temáticas recorrentes nos sistemas de queixas analisados. De forma específica, salienta-se a importância de que a centralidade do paciente seja verificada inclusive quando uma queixa é apresentada, posto que alguns relatos ainda indicam que o foco recai sobre profissional de saúde. Por fim, questões como a importância das queixas para melhorias dos cuidados em saúde, dos sistemas de saúde e da segurança do paciente são verificadas nos diversos Países que possuem sistemas de queixas, o que confirma a relação entre os sistemas e tais funções.

A seguir, no próximo Capítulo, é realizada a análise dos sistemas de queixas e da ouvidoria na esfera da saúde, no Brasil, com apresentação do panorama geral das ouvidorias na esfera da saúde.

6 OUVIDORIAS NA ESFERA DA SAÚDE NO BRASIL E OS SISTEMAS DE QUEIXA

No Brasil, verifica-se a existência de ouvidorias no contexto da saúde. Em regra, quando algum paciente ou familiar têm alguma insatisfação com o seu cuidado em saúde, a medida inicial, por vezes, antes mesmo de acionar o Poder Judiciário, é buscar o auxílio das ouvidorias para relatar o ocorrido e solucionar a situação vivenciada. De forma equivocada, algumas pessoas tendem a equiparar os serviços das ouvidorias hospitalares e ouvidorias do SUS aos sistemas de queixas de pacientes, tema abordado nesta pesquisa. O presente Capítulo pretende, para além de demonstrar o funcionamento das ouvidorias brasileiras que atuam na esfera da saúde, pontuar diferenças entre elas e os sistemas de queixas.

Inicialmente, cumpre indicar que, no contexto da saúde, as ouvidorias são canais de participação existentes, tanto na esfera pública, quanto na privada, cuja atuação viabiliza a comunicação entre o usuário ou consumidor e as organizações de saúde[141]. A variação de nomenclatura acompanha o contexto analisado, ou seja, na esfera pública, o manifestante é denominado como usuário, e na privada, como consumidor. Tendo em vista que o Brasil possui diversas ouvidorias, cuja atuação se relaciona com a esfera da saúde, o presente Capítulo possui o escopo de compreender os aspectos centrais de cada uma delas, com destaque para a ouvidoria do SUS e para a ouvidoria hospitalar de organizações de saúde privadas. Ademais, serão abordadas a ouvidoria da Agência Nacional de Saúde (ANS), a ouvidoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Notivisa, sem, contudo, exaurir o seu conteúdo, visto que não é o escopo da pesquisa. Destaca-se, ainda, que as referidas ouvidorias não são as únicas, no país, com atuação na área da saúde. Entretanto, demais ouvidorias, como as ouvidorias criadas dentro das próprias empresas de planos de saúde, não são objeto desta pesquisa, posto que abrangem a relação direta entre consumidor e o plano de saúde e, portanto, são pautadas pela lógica do consumo.

Após a breve contextualização exposta, passa-se a analisar as aludidas ouvidorias de forma específica. Assim, na esfera pública, tem-se as ouvidorias no âmbito do SUS, doravante denominadas de ouvidoria do SUS, cuja natureza é pública e, em regra, não hospitalar. Cumpre registrar, contudo, a existência das ouvidorias hospitalares na esfera pública, como as vinculadas à Empresa Brasileira de Serviços

Hospitalares (EBSERH). Os hospitais universitários federais são compreendidos como centro de formação na área da saúde e apoiam o ensino, pesquisa e extensão das instituições federais de ensino superior. Assim, ainda que essas ouvidorias hospitalares sejam vinculadas aos hospitais universitários federais, elas são ouvidorias do setor público e suas manifestações são recebidas pelo mesmo sistema das demais ouvidorias do SUS, qual seja, o Fala.BR, sendo consideradas, nessa pesquisa, como ouvidorias do SUS. Na esfera privada, tem-se as ouvidorias hospitalares em organizações de saúde privadas, doravante denominadas de ouvidoria hospitalar, cuja natureza é privada. Feitas as considerações iniciais sobre o tema, passa-se à análise das ouvidorias do SUS.

6.1 Ouvidorias do Sistema Único de Saúde

6.1.1 O paciente, suas queixas e o SUS

Como mencionado, a nomenclatura adotada para as ouvidorias na esfera pública é ouvidoria do SUS. Desde logo, ressalta-se que o SUS, de modo geral, desconsidera a existência do paciente e foca no usuário do serviço prestado, tanto no contexto clínico de atendimento desse paciente, quanto quando ele apresenta alguma queixa relacionada ao seu cuidado. Reforça-se que existem diferenças importantes entre o usuário e o paciente[16], como apresentado no Capítulo anterior. A negação da existência da condição de paciente contribui para que haja atrasos históricos para a sociedade brasileira no que tange aos direitos dos pacientes no SUS[142], como pode ser visto pela não inserção do Cuidado Centrado no Paciente nas políticas públicas, na ausência de uma lei nacional sobre esses direitos[142] e, em relação às queixas, à ausência de um sistema específico para acolher o paciente, receber a sua queixa e resolvê-la, pautando-se pelos Direitos dos Pacientes.

Conforme indica Albuquerque (2025)[142], a redução da condição humana complexa, qual seja, de paciente à de usuário, “não apenas é um equívoco semântico e uma atitude reducionista em face da realidade, mas também uma negação de direitos humanos”. Para uma simples constatação da negação da condição de paciente no âmbito das queixas no SUS, tem-se que, ao verificar o Manual das Ouvidorias do SUS[143], elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), a palavra “paciente”

aparece, apenas, cinco vezes, enquanto a palavra “usuário” aparece 67 vezes e a palavra “cidadão” aparece 407 vezes em todo o documento.

Compreende-se, assim, que o usuário, por vezes denominado de “cidadão” na esfera pública, que apresenta sua manifestação à ouvidoria do SUS difere-se do paciente que apresenta uma queixa, e que, concomitante a isso, possui vulnerabilidade acrescida e experiência o adoecimento humano. Nota-se, portanto, que quando o paciente apresenta uma queixa, para além da vulnerabilidade já existente quando do encontro com o profissional de saúde, há uma preocupação sentida por ele, relacionada à alguma violação de direito, alguma situação que ele deseja que seja modificada ou um conflito que deseja que seja solucionado, sendo importante, portanto, conferir-lhe voz e oportunizado um acolhimento adequado.

Adicionalmente, cumpre salientar que, ainda que existam legislações estaduais esparsas sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde que prevejam determinados direitos dos pacientes, como o direito à informação, o direito ao consentimento informado, o direito de recusar tratamentos e procedimentos, entre outros, não há previsão, em nenhuma delas, sobre o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. Apenas na Lei nº 8.855, de 23 de abril de 2008, do Estado do Espírito Santo, inclui, dentre o artigo que elenca os direitos dos usuários dos serviços de saúde, o direito de “ter acesso a mecanismos formais de reclamação e denúncia sobre seu atendimento no sistema de saúde”. Indica-se, ainda, que em algumas dessas legislações estaduais, como no caso da Lei nº 3.613, de 19 de julho de 2001, do Estado do Rio de Janeiro, há apenas breve menção que o descumprimento do disposto na Lei implicará sanções administrativas, civis e penais cabíveis, e que “qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta Lei ao Conselho Estadual de Saúde”. Nota-se, assim, que, além de não reconhecerem os direitos de apresentar queixa e à reparação integral, indicam que a comunicação de eventual descumprimento da Lei deve ser manifestada ao Conselho Estadual de Saúde, órgão que não é voltado para lidar com as queixas dos pacientes.

Ademais, na recente Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024[144], do Estado do Rio Grande do Sul, é que há menção sobre a possibilidade de que haja alguma reclamação em razão do descumprimento dos direitos elencados na Lei, a citar : “[...] V – viabilizar o acolhimento de reclamação de paciente, familiar e outros interessados

sobre o descumprimento dos direitos estatuídos nesta Lei [...]”[3]. Entretanto, os direitos de apresentar queixa e à reparação integral não estão elencados dentre os direitos dos pacientes na Lei, sendo apenas uma menção dentro do Artigo 23º. O referido artigo determina que “Poderá o Poder Executivo, para assegurar o cumprimento desta Lei, investir nos seguintes mecanismos, dentre outros”, ou seja, ainda que a Lei indique sobre a viabilização do acolhimento de reclamações de pacientes sobre o descumprimento dos direitos elencados na Lei, permanece o caráter discricionário do Poder Executivo em investir em mecanismos para que isso seja viabilizado no Estado, e o direito não é reconhecido.

O cenário atual, como apresentado, demonstra a crítica e preocupante situação vivenciada pelos pacientes brasileiros quando necessitam apresentar queixas na esfera dos cuidados em saúde no SUS, e destaca a relevância da presente pesquisa. A necessidade do efetivo reconhecimento do paciente, no contexto do SUS, o que inclui a esfera das ouvidorias, deve ser tema de reflexão que culmine em efetiva transformação para o cotidiano dos pacientes, os quais acabam sem apresentarem devidamente suas queixas a um sistema que realmente cumpra a função de um sistema de queixa de paciente.

A despeito da ausência de um sistema de queixas no SUS, criado especificamente para acolher, receber e solucionar as queixas dos pacientes, bem como do reconhecimento do paciente e de sua condição específica, as ouvidorias do SUS são amplamente acionadas quando o paciente que é ali atendido tem algum direito violado, ou quando algo no seu cuidado em saúde não sai como era esperado. Assim, passa-se a análise dos aspectos centrais das ouvidorias do SUS.

6.1.2 Aspectos centrais das ouvidorias do SUS

As ouvidorias do SUS, desde a sua criação, pautaram a relação com os usuários por meio da participação social do cidadão na Administração Pública, desconsiderando a existência do paciente no contexto da queixa, como indicado

[3] Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024. Art. 23 Poderá o Poder Executivo, para assegurar o cumprimento desta Lei, investir nos seguintes mecanismos, dentre outros: V - viabilizar o acolhimento de reclamação de paciente, familiar e outros interessados sobre o descumprimento dos direitos estatuídos nesta Lei; VI - viabilizar o acompanhamento do processamento pelo órgão ou entidade competente da reclamação do paciente, familiar e outros interessados, encaminhando relatório.

acima. Na administração pública brasileira, os serviços de ouvidoria estão empenhados a estimular a participação da sociedade civil na gestão pública, almejando aperfeiçoar a democracia, o controle da gestão, a avaliação de políticas públicas e a melhoria dos serviços prestados à sociedade(145).

Desse modo, com o objetivo de compreender os aspectos relacionados à participação social no contexto do SUS e a criação das ouvidorias do SUS, tem-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, foi considerada um marco histórico, especialmente pelo fato de que foi a primeira Conferência aberta à participação da sociedade. Seu relatório final serviu de fundamento para o Capítulo dedicado à Saúde na Constituição Federal de 1988, culminando, posteriormente, na criação do SUS(146). Em seguida, diversas formas de participação da sociedade civil na gestão do SUS foram previstas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Complementarmente, no contexto constitucional (inciso I, do §3º, do Artigo 37, incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998), foi determinado que as reclamações que fossem relativas à prestação dos serviços públicos em geral deveriam ser regulamentadas por Lei, e que seriam uma forma de participação do usuário na Administração Pública. As informações sobre as ouvidorias do SUS podem ser localizadas tanto em Manuais elaborados pela administração pública, como por Leis, Decretos e Portarias, conforme será apresentado a seguir.

Nesse sentido, a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos da administração pública. O Capítulo IV da referida Lei é dedicado às ouvidorias, de forma geral, e o Artigo 13º define as atribuições precípuas das ouvidorias, quais sejam: a) promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; b) acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade; c) propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; d) auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta Lei; e) propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta Lei; f) receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e g) promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes.

Importante notar que nenhuma das alíneas faz referência ao paciente, dentre as competências das ouvidorias. Além disso, a alínea *f* indica atribuição recorrente das ouvidorias, qual seja, a de receber e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, com envio da resposta final ao manifestante, não sendo verificada a função de efetivamente solucionar as demandas que são apresentadas pelos pacientes.

Ainda na esfera da saúde, o Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, criou a Ouvidora-geral do SUS como um departamento da Secretaria de Gestão Participativa do MS, conforme estrutura organizacional da Pasta à época. Atualmente, o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, indica a Ouvidora-geral do SUS como um dos órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, e o Artigo 4º determina que compete à Ouvidora-geral do SUS as seguintes atividades:

> I) executar as atividades previstas no Capítulo IV da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no art. 10 do Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018, e no Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012;
> II) propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS;
> III) estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde;
> IV) implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação das ações e dos serviços prestados pelo SUS;
> V) promover ações para assegurar a preservação de aspectos éticos, privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações;
> VI) assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e sobre o exercício desse direito;
> VII) acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, por meio de reclamações enviadas diretamente ao MS, contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde;
> VIII) viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas destinados à produção do conhecimento, na área de ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS;
> IX) cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos técnicos na área de ouvidoria, de acesso à informação e de transparência; e
> X) apoiar e fomentar a educação permanente na área de ouvidoria, acesso à informação e transparência. [...] (MS, 2023, n.p.)

Destaca-se o inciso VII, que determina a atuação das ouvidorias do SUS para acionar os órgãos competentes para correção de problemas identificados, por meio das manifestações enviadas pelos usuários diretamente ao MS, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde. Desta feita, compreende-se que a ouvidoria do SUS possui competência de receber, examinar e encaminhar as reclamações dos

cidadãos para as unidades administrativas competentes, ficando responsável pelo posterior envio da resposta ao usuário. A atuação, portanto, não abrange o acolhimento, processamento e resolução das queixas encaminhadas pelos pacientes, pelo quê, não se assemelha aos sistemas de queixa.

Nota-se, também, que as ouvidorias do SUS possuem atuação voltada para acionar os órgãos competentes após o recebimento da queixa apresentada pelo manifestante, não sendo sua função primordial o acolhimento e a solução da demanda apresentada pelo paciente. Novamente, é imprescindível destacar que a palavra *paciente* sequer é mencionada no artigo correspondente à atuação da Ouvidora-geral do SUS, o que demonstra que não é conferido o procedimento necessário à queixa que é apresentada por um paciente, sem considerar a sua vulnerabilidade acrescida e o contexto em que está inserido no momento da queixa, qual seja, uma relação de cuidado em saúde entre profissional de saúde e paciente.

As ouvidorias do SUS possibilitam o diálogo entre a sociedade civil e a gestão e, no Manual das Ouvidorias do SUS, elaborado pelo MS, são definidas como sendo "unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do SUS, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal"[147]. Adicionalmente, são conceituadas como instrumento de gestão, recebendo as manifestações dos cidadãos cujo conteúdo concerne a: a) reclamações (comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento); b) denúncias (comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração e, ou, por entidade pública ou privada); c) sugestões (comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde); d) elogios (comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo SUS); e) solicitações (comunicação verbal ou escrita, que embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde); e f) informação (comunicação verbal ou escrita na qual o cidadão faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre a assistência à saúde)[147]. Também são definidas como sendo unidades de intermediação do acesso aos serviços do SUS, especialmente, entre cidadãos e órgãos e entidades do SUS, a fim de equilibrar a qualidade da comunicação entre eles[147]. O Manual referido ainda complementa indicando que as ouvidorias do SUS são "instrumento de disseminação

de informações em saúde", que asseguram o encaminhamento e o tratamento adequado das manifestações que são enviadas pelos cidadãos[147].

O mencionado Manual[147] expressamente indica serviços que não são realizados pelas ouvidorias do SUS. Assim, apontam que as ouvidorias do SUS não são: a) serviços de atendimento ao consumidor e assessoria de comunicação social; b) estruturas de agendamento de consulta, nem de solução de problemas dos cidadãos; c) unidades de solução de conflitos internos ou externos; e d) unidades de auditoria, assessoria jurídica, corregedoria ou instrumento de investigação e/ou fiscalização.

Nesse ponto, merece destaque que o próprio Manual das Ouvidorias do SUS registra, expressamente, que as ouvidorias não são definidas como estruturas de solução de problemas dos cidadãos, nem mesmo unidades de solução de conflitos, sejam eles internos ou externos. Salienta-se que esta informação, desde logo, apresenta uma divergência de atuação entre as ouvidorias do SUS e os sistemas de queixas, posto que os segundos possuem a função inerente de solucionar conflitos que são apresentados pelos pacientes, com foco nas necessidades e vontades destes, constituindo, dessa forma, um mecanismo de assegurar o direito dos pacientes à resolução justa. Em relação aos meios de recebimento das manifestações, elas podem ser registradas por telefone, pela *internet* (pelo sistema *online* Fala.BR), presencialmente ou por meio de carta. Contudo, no Brasil, não se verifica a existência de mecanismos de apoio ao paciente para que este apresente a queixa de forma qualificada, como é verificado no Reino Unido, como o *PALS* e o *Healthwatch*, que serão objeto do Capítulo subsequente. Uma queixa qualificada é composta por todos os aspectos necessários à compreensão do que foi vivenciado pelo paciente, qual foi seu direito violado e, até mesmo, como o paciente considera que seria uma possível solução para a demanda apresentada, possibilitando que a resposta à queixa apresentada satisfaça às necessidades do paciente.

Adicionalmente, a Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, prevê a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS. Por sua vez, a Portaria MS/GM nº 2.416, de 7 de novembro de 2014, estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS e suas atribuições.

Os normativos supracitados são relevantes para a gestão pública e a participação social na administração pública, todavia, demonstram uma lacuna

normativa no ordenamento jurídico brasileiro em relação ao paciente e a suas queixas. Igualmente, documentos publicados pela própria administração pública não contemplam sistemas de queixas voltados para as queixas dos pacientes, em conformidade com o apresentado na presente pesquisa. Observa-se, porém, que, também foram criadas ouvidorias vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, podendo facilitar o contato direto com os pacientes e a própria equipe de saúde que atua nos hospitais, por todo o Brasil. Desse modo, passa-se à verificação da existência das ouvidorias das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil.

Tendo em conta que cada Estado e Município possuem suas peculiaridades e, portanto, as ouvidorias vinculadas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde também diferem, na prática, entre cada localidade do país, este subcapítulo cumpre a função de registrar a existência de diferentes ouvidorias no âmbito do SUS, a depender da esfera de governo que se verifica. A criação de canais abertos e acessíveis à toda a sociedade civil é um compromisso dos gestores do SUS, e desse modo, fez-se necessário a criação de ouvidorias estruturadas e articuladas entre as três esferas de governo, quais sejam, União, Estados e Municípios[147]. As ouvidorias do SUS organizam-se de maneira sistêmica, em rede interligada, atuando de forma descentralizada, com autonomia, mas em observância às orientações do MS.

A organização de maneira sistêmica objetiva proporcionar ao cidadão maior agilidade nas respostas às manifestações e nas demandas com os órgãos gestores de saúde. Desse modo, todas as ouvidorias que são instituídas nos órgãos e entidades públicas integrantes do SUS, na esfera Federal, Estadual, Distrital e Municipal, compõem o Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO). Um exemplo importante de articulação entre as ouvidorias de todas as esferas é a adesão ao Sistema Informatizado do OuvidorSUS, que apoia o processo de atendimento ao cidadão, registro, acompanhamento e avaliação das demandas, e integração dos dados das ouvidorias do SUS[147].

Assim, ainda que o usuário do SUS possua diversas possibilidades de apresentar sua manifestação, e que existam boas práticas criadas por servidores públicos que atuam nas ouvidorias das secretarias estaduais e municipais de saúde, reforça-se a invisibilização do paciente, haja vista que não há, de maneira estruturada no SUS, um sistema voltado, especificamente, para receber, acolher, processar e resolver a queixa apresentada nos cuidados em saúde.

6.2 OUVIDORIA HOSPITALAR

Nas últimas décadas, verifica-se que os canais de comunicação das organizações de saúde privadas ganharam maior importância no que se refere ao apoio à gestão, a partir da análise de pesquisas de satisfação dos consumidores[28]. Assim, principalmente no início do século XXI, conjuntamente ao movimento para aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e a acreditação hospitalar, as organizações de saúde passaram a considerar, com maior ênfase, o envolvimento do paciente como protagonista do seu próprio cuidado[28]. Adicionalmente, no contexto privado, a partir da década de 1990, com o fortalecimento do Direito do Consumidor, com o Código de Defesa do Consumidor (CDC), as empresas passaram a incentivar a criação das ouvidorias, buscando prevenir conflitos que, a partir do CDC, seriam mais onerosos para os fornecedores de produtos e serviços[148]. Nas organizações privadas, as ouvidorias também são denominadas de Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), sendo definidas como instâncias independentes e imparciais criadas para receberem reclamações, sugestões, elogios em relação ao cuidado em saúde ou a questões diversas sobre a organização[149]. Desse modo, o SAC também passou a funcionar como elemento estratégico da organização, almejando inibir eventuais problemas e insatisfações dos clientes e o desgaste da imagem organizacional[150], bem como se tornou um canal de comunicação com o consumidor, refletindo na transparência das atividades realizadas. Assim, a empresa teria uma posição de destaque e uma presença satisfatória junto ao mercado, aprimorando a qualidade dos produtos e serviços oferecidos[150].

Igualmente, em algumas organizações privadas, a ouvidoria hospitalar desempenha essa função de fortalecer a construção de ações de melhoria de processos e de ser um canal de comunicação com o paciente, fortalecendo os aspectos indicados sobre a acreditação hospitalar, o que demonstra certo avanço no cenário vigente, ainda que não ocorra de maneira generalizada nas organizações de saúde privadas brasileiras[28]. Outrossim, as ouvidorias hospitalares também atuam com o fito de que seja evitada a judicialização de situações vivenciadas por pacientes e familiares nos cuidados em saúde[151].

Cumpre registrar que, igualmente à ouvidoria do SUS, a ouvidoria hospitalar não possui lei nacional que a regulamenta, ficando a cargo de cada organização instituir sua própria ouvidoria e determinar suas diretrizes internas de funcionamento,

inclusive, as atribuições e a designação do profissional que atuará na função de ouvidor[28]. Desse modo, analisando as ouvidorias hospitalares, tem-se que elas possuem fundamento no Direito do Consumidor, e são pautadas pela lógica do consumo, diferindo da lógica do cuidado, que fundamenta os sistemas de queixas de pacientes analisados nesta pesquisa. Ademais, a centralidade principal das ouvidorias hospitalares está na melhoria do serviço de saúde que é prestado ao cliente e na satisfação do consumidor, não no paciente e nas suas necessidades apresentadas no momento da queixa. Igualmente, em regra, desconsideram a vulnerabilidade acrescida do paciente e seus direitos de apresentar queixa, e de obter uma reparação integral quando sofrer danos decorrentes dos cuidados em saúde.

Cumpre ainda registrar que as ouvidorias hospitalares não se assemelham ao o*mbudsman* do paciente. Considerando os mecanismos abordados nesta pesquisa, para melhor compreensão do tema, traz-se à baila quadro elaborado por Albuquerque, Matias e Menegaz[28], na qual são indicadas as diferenças entre o o*mbudsman* do Paciente, as ouvidorias hospitalares e as ouvidorias do SUS (Quadro 1).

Quadro 1 – Definições indicando as diferenças principais entre o *ombudsman* do paciente, a ouvidoria hospitalar e a ouvidoria do SUS. (Continua)

Ombudsman do paciente	**Ouvidoria hospitalar**	**Ouvidoria do SUS**
Possui previsão na lei específica de cada país sobre 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 13º a 17º da referida Lei dispõem sobre as ouvidorias na esfera da administração pública, sem, contudo, especificar 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	Pautado pela lógica do consumo	Pautado pela lógica da saúde pública
Foco no respeito, na promoção dos Direitos do Paciente, visando a qualidade de vida e bem-estar do paciente e 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.

Quadro 1 - Definições indicando as diferenças principais entre o ombudsman do paciente, a ouvidoria hospitalar e a ouvidoria do SUS. (Continuação)

Ombudsman do paciente	**Ouvidoria hospitalar**	**Ouvidoria do 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 e denúncia nas organizações de saúde, contribuindo para que as organizações 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, reclamação, elogio e denúncia sobre a administração pública.
Foco no paciente e no seu acolhimento, considerando a sua vulnerabilidade acrescida.	Foco no consumidor.	Foco no usuário.

(Conclusão)

Fonte: Albuquerque, Matias e Menegaz (2025)[28].

Em suma, ainda que as ouvidorias hospitalares tenham importância no contexto da saúde privada brasileira, sendo um canal de recebimento de manifestações utilizado, especialmente, para demandas que possibilitam uma rápida resposta (por exemplo, um pedido de acesso ao prontuário do paciente que foi negado), compreende-se que essas ouvidorias não pautam suas atuações com o escopo de assegurar o direito à resolução justa, visto que algumas sequer reconhecem a existência dos direitos dos pacientes.

Ainda que não seja o escopo da presente pesquisa, considera-se importante registrar breve análise sobre as a ouvidoria da ANS e a ouvidoria da Anvisa, visto que

são áreas que se relacionam com o cuidado em saúde. Entretanto, como será explanado, ambas não são criadas para receber queixas dos pacientes nos cuidados em saúde.

6.3 Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A ANS é a agência que regula o setor de planos de saúde no Brasil, criada no ano de 2000. Nota-se que, nas organizações privadas de saúde, vários pacientes são beneficiários de planos de saúde e, por vezes, buscam nas ouvidorias hospitalares o auxílio às questões que devem ser encaminhadas à ouvidoria da ANS. A ANS possui ouvidoria própria, destinada a receber sugestões, solicitações, elogios, reclamações e denúncias sobre a atuação dos serviços prestados pela Agência. A ouvidoria da ANS não atua nas manifestações sobre as operadoras de planos de saúde, devendo essas serem enviadas diretamente para as ouvidorias das empresas. Ressalta-se que na esfera de cada plano de saúde, a Resolução Normativa nº 232, de 3 de abril de 2013, determina que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem criar ouvidorias, com a atribuição de assegurar a observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do beneficiário, ou seja, do consumidor.

Nesse sentido, a ouvidoria da ANS não se caracteriza como um sistema de queixas, conforme analisado nesta pesquisa, posto que não considera a existência do paciente, tratando apenas do consumidor, também denominado de beneficiário. Ademais, é pautado pela lógica do consumo, o que a distancia da lógica do cuidado presente nos sistemas de queixas. Desse modo, registra-se que a ouvidoria da ANS não se relaciona com sistemas de queixas de pacientes.

6.4 Ouvidoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa)

Cumpre ainda salientar que a Anvisa, órgão regulador criado em 1999, é responsável pela aprovação de medicamentos e normas sanitárias, bem como pela regulamentação da indústria alimentícia. A Anvisa também possui uma ouvidoria específica, vinculada à Agência, contudo, e sua atuação pauta-se pela lógica da saúde pública, fundamentada no Direito Sanitário, o que, desde logo, difere da lógica do cuidado. No contexto dos eventos adversos que ocorrem nos cuidados em saúde, a

Anvisa criou o sistema Notivisa, desenvolvido para receber as notificações de eventos adversos que ocorreram com os pacientes durante a internação, ou atendimento do paciente em organizações de saúde do país, ou durante o uso de tecnologias de saúde, sejam elas medicamentos, artigos médico-hospitalares, ou outros. O sistema possui o formulário eletrônico, na aba destinada ao cidadão, que pode ser preenchido por pacientes, familiares, acompanhantes e representantes legais, sendo que a notificação do paciente é voluntária, com o fito de compartilhar sua experiência e de desenvolver medidas corretivas que possam evitar novos danos aos pacientes. Adicionalmente, há o formulário destinado ao preenchimento de notificação por parte do profissional de saúde, relacionado à notificação obrigatória de incidentes e eventos adversos, com listagem previamente definida pelo órgão competente pelo recebimento da notificação.

Ocorre que, ainda que a ouvidoria da Anvisa e o sistema Notivisa sejam de suma importância, esses sistemas não se caracterizam como sistemas de queixas conforme tratado nesta pesquisa. Especialmente, no que toca ao Notivisa[152], a eventual notificação sobre um evento adverso, por meio de relato de paciente, familiar, acompanhante ou cuidador, não se compreende como uma queixa no cuidado em saúde, visto que se trata de um sistema voltado para contabilização de eventos adversos e a adoção de medidas voltadas para a esfera sanitária, não sendo centrado no paciente. Complementarmente, o referido sistema não foi criado para resolver queixas apresentadas, focando, apenas, no recebimento da notificação do evento adverso e na consequente atuação da Anvisa em relação às medidas de vigilância sanitária no país.

6.5 As ouvidorias do SUS, a ouvidorias hospitalares e a Bioética do Cuidado em Saúde

Após a apresentação das ouvidorias mencionadas, passa-se à análise das ouvidorias do SUS e das ouvidorias hospitalares sob a perspectiva da BCS. Registra-se que não serão feitas considerações acerca da ouvidoria da ANS e da ouvidoria da Anvisa. Essas ouvidorias, ainda que atuem na esfera da saúde, não recebem queixas de pacientes sobre a temática do cuidado em saúde, conforme apresentado. Rememora-se que, consoante explanado em capítulo anterior, a BCS possui quatro eixos, quais sejam, o Direito do Paciente, a centralidade do paciente, a relação de

parceria entre os atores do encontro clínico, e a empatia clínica. Desta feita, passa-se à análise das ouvidorias do SUS e das ouvidorias hospitalares em relação aos quatro eixos da BCS.

6.5.1 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e o Direito do Paciente

No que tange às ouvidorias do SUS, inicialmente, é feita a análise em relação ao eixo Direito do Paciente. Nesse sentido, tem-se que a Ouvidora-geral do SUS não atua com base nos direitos do paciente de forma expressa e estruturada, posto que considera somente os direitos dos usuários do SUS, previstos na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. A Carta possui 11 artigos, entretanto, nenhum faz referência ao paciente, com utilização apenas dos termos “usuário” e “cidadão”. O usuário do serviço de saúde é aquele que faz o uso de um serviço, seja de saúde ou não[153]. O paciente é aquele que se encontra sob cuidado em saúde, e é titular de direito somente pelo fato de ser atendido por um profissional de saúde[153]. Assim, como visto anteriormente, os direitos dos usuários são os direitos que as pessoas possuem em relação ao serviço de saúde, regulando a relação daquele que faz uso de um serviço com o seu provedor[153]. Em outra análise, os direitos dos pacientes são aqueles que emergem do cuidado em saúde, e se relacionam à finalidade de assegurar o bem-estar do paciente e o alívio de seu sofrimento[153].

Salienta-se que o usuário pode estar doente, ou não, sendo que o paciente necessariamente está doente e está na relação de cuidado em saúde[16]. Tal distinção reflete na compreensão sobre as formas de participação nos sistemas de saúde, inclusive no que tange ao acolhimento das reclamações apresentadas por eles. A agenda relacionada ao paciente refere-se aos reclamos clínicos, à qualidade do cuidado em saúde prestado e ao atendimento das suas nesta esfera, já o usuário tem sua agenda balizada nos reclames do cidadão e das políticas de saúde, sendo, portanto, mais expandida, com foco na alocação dos bens e dos serviços de saúde, e nas demandas que perpassam os variados contextos que englobam esses serviços. Consoante delimitado por Albuquerque[153], o direito do usuário engloba, principalmente os direitos referentes a: a) participação social nos processos deliberativo do sistema de saúde, por exemplo, em relação à adoção de determinada política pública de saúde e avaliação do serviço; b) características do serviço

prestado, como o atendimento ao usuário, a manutenção de instalações adequadas e o fornecimento de informações sobre o serviço; e c) acesso a bens e serviços de saúde, como acesso a leitos e medicamentos.

Assim, a Ouvidora-geral do SUS não atua efetivamente para a garantia dos direitos do paciente, e não os reconhece de forma estruturada. Como já visto, a Ouvidora-geral do SUS lida com as manifestações dos usuários do SUS sobre os serviços e atendimentos prestados pelo SUS, atribuindo transparência às ações do MS[154]. Adicionalmente, a sua atuação abrange a disseminação das informações sobre doenças, programas e campanhas do MS[154], bem como encaminha as manifestações para as áreas competentes do MS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e das entidades vinculadas às esferas de gestão do SUS, com controle do prazo e da qualidade das respostas fornecidas aos usuários do SUS[155]. Assim, consoante aludido, a agenda e os reclames do usuário diferem-se dos reclames do paciente, não apenas pela condição vivenciada por cada um deles, mas também pelo conteúdo das manifestações que são encaminhadas[155]. Segundo Relatório publicado no ano de 2025, sobre o ano de 2024, a Ouvidora-geral do SUS é um canal que tem sua atuação voltada, prioritariamente, ao recebimento de manifestações sobre a temática da gestão e do acesso à saúde[155], evidenciando o distanciamento com o Direito do Paciente.

Tratando-se das ouvidorias das Secretarias Estaduais de Saúde, registra-se que, nas legislações estaduais sobre direitos dos usuários que estão indicadas no Quadro 2 abaixo há alguns direitos dos pacientes reconhecidos, como o direito à informação, o direito ao consentimento informado, o direito à confidencialidade dos dados pessoais e o direito ao cuidado em saúde de qualidade e seguro. Tais direitos estão presentes em todas as legislações estaduais indicadas a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 – Legislações estaduais sobre direitos dos usuários que possuem direitos dos pacientes.

Estado	**Legislação sobre usuários do SUS que possui algum dos direitos do paciente reconhecidos**
São Paulo	Lei nº 10.241/1999 (revogada pela Lei nº 17.832/2023)
Rio de Janeiro	Lei nº 3.613/2001
Distrito Federal	Lei nº 2.804/2001
Paraná	Lei nº 14.254/2003
Pernambuco	Lei nº 12.770/2005
Espírito Santo	Lei nº 8.855/2008
Mato Grosso	Lei Complementar nº 283/2007
Piau	Lei nº 6.340/2013
Maranhão	Lei nº 10.584/2017

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

As legislações são instrumentos essenciais para a mudança de cultura em uma sociedade. Ainda que tais Leis estaduais não sejam especificamente sobre os Direitos dos Pacientes, o reconhecimento de alguns direitos dos pacientes em seu conteúdo pode impactar positivamente sobre os cuidados em saúde prestados na esfera pública daquele Estado, bem como pode gerar impactos positivos para ouvidorias das Secretarias Estaduais de Saúde, posto que, por serem legislações que versam sobre os direitos dos usuários, balizam a atuação do serviço público de saúde, incluindo as ouvidorias das Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, as respostas às manifestações que são recebidas pelas ouvidorias das Secretarias Estaduais de Saúde, e a sua atuação de forma geral, devem ser voltadas a garantir os direitos dos usuários que estão definidos na legislação. Faz-se necessário registrar que, contudo, que não foram localizadas publicações científicas que analisem especificamente os direitos dos pacientes e as ouvidorias das Secretarias Estaduais de Saúde, igualmente, nos sites das ouvidorias dos Estados que possuem Leis estaduais sobre os direitos dos usuários. Estas legislações não são amplamente divulgadas pelos canais de comunicação das respectivas ouvidorias, o que contribui para dificultar o conhecimento dos direitos por parte dos usuários.

As Leis acima citadas versam sobre os direitos dos usuários, porém, há alguns direitos dos pacientes reconhecidos. Contudo, dentre as legislações estaduais vigentes, urge destacar a Lei do Estado do Rio Grande do Sul (Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024) que se volta, integralmente, aos direitos dos pacientes.

Quadro 3 – Legislação estadual que versa sobre o direito dos pacientes.

Legislação estadual sobre direitos dos pacientes	
Estado	Rio Grande do Sul
Legislação	Lei nº 16.204/2024

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Como aludido, no Estado do Rio Grande do Sul, a Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024, inaugurou o reconhecimento legislativo do Direito do Paciente[156]. Nesse sentido, tendo em vista a sua aplicação no âmbito do SUS, considera-se, neste cenário, que a ouvidoria da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) está apta a receber manifestações contendo relatos envolvendo os direitos dos pacientes positivados na Lei mencionada. Assim, com o fito de compreender

como está a atuação desta ouvidoria do SUS após a promulgação de uma lei específica sobre Direitos do Paciente, foi encaminhado pedido de acesso à informação, fundamentado na Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei nº 12. 527, de 18 de novembro de 2011, à ouvidoria da SES/RS. O pedido versou sobre 04 (quatro) questões principais, sendo elas: 1) A ouvidoria já recebeu alguma manifestação relacionada à Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024? Se sim, ela se enquadra em qual tipo de manifestação (elogio, sugestão, reclamação, denúncia)?; 2) Desde a promulgação da Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024, a ouvidoria promoveu algum material, curso ou capacitação voltada para a disseminação na Lei nas organizações de saúde do SUS localizadas no Rio Grande do Sul?; 3) Houve alguma capacitação dos servidores e funcionários da ouvidoria do SUS sobre a Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024?; 4) Como funciona o recebimento e processamento das queixas na esfera da ouvidoria do SUS no Rio Grande do Sul?

Em resposta, a ouvidoria da SES/RS informou que: 1) “A Ouvidoria do SUS-SES/RS não recebeu nenhuma manifestação mencionando a Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024 até o momento.”; 2) “Especificamente sobre a Lei nº 16.204/2024 não foi realizada nenhuma capacitação pela Ouvidoria do SUS-SES/RS”; 3) “Especificamente sobre a Lei nº 16.204/2024 não foi realizada nenhuma capacitação dos servidores da Ouvidoria do SUS-SES/RS. No entanto, considerando que compete a Ouvidoria do SUS-SES/RS o apoio e capacitação da rede de Ouvidorias do SUS no RS, em 2024 foram realizadas pelas Ouvidorias Regionais da SES em conjunto e/ou com apoio do nível central: visitas técnicas e capacitações para municípios e prestadores acerca dos processos de trabalho da Ouvidoria do SUS. (Relatório disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202506/16092730-2024-relatorio-anual-ouvidoria-do-sus.pdf)”; 4) “A Ouvidoria do SUS-SES/RS está regulamentada pela Lei Estadual nº 14.485, de 30 de janeiro de 2014 (publicada no DOE nº 022, de 31/01/2014 - Atualizada até a Lei nº 15.206, de 25/07/2018) que institui o Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual – SEO/RS; e o Decreto nº 51.999, de 13 de novembro de 2014 (publicado no DOE nº 221, de 14 de novembro de 2014), que aprova o Regimento Interno da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS, da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS. As manifestações são recebidas na Ouvidoria do SUS-SES/RS através dos seguintes canais : telefone gratuito (0800); Whatsapp; e-mail; formulário web e presencialmente. Também são recebidas através da Ouvidoria Geral do Estado (OGE/RS) e demais

Ouvidorias do SUS por meio do Sistema OuvidorSUS disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Após o acolhimento e registro, as manifestações são classificadas e tipificadas em assuntos e encaminhadas aos setores responsáveis. A Ouvidoria do SUS atua em rede com as demais Ouvidorias do SUS, deste modo as manifestações podem ser direcionadas para setores da Secretaria Estadual de Saúde ou para as respectivas Ouvidorias Regionais, Municipais ou Hospitalares. A Ouvidoria analisa a resposta fornecida pelos setores e procede a resposta ao manifestante. O prazo de respostas das manifestações é até 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado, de forma justificada, uma única vez, por igual período, conforme previsto na Lei nº13.460/17. Ainda são elaborados relatórios anuais e quadrimestrais que compõem os instrumentos de gestão do SUS no âmbito da SES/RS; e relatórios temáticos para subsidiar a execução das políticas públicas de saúde. Nos relatórios são elaborados a partir dos principais assuntos relatados nas manifestações recebidas, possibilitando verificar as principais queixas dos usuários do SUS. No link a seguir: https://saude.rs.gov.br/ouvidoria, é possível consultar os canais de atendimento da Ouvidoria, Ouvidorias Regionais, o funcionamento da Ouvidoria, legislações, materiais de divulgação, os Relatórios divulgados, dentre outros materiais." Nota-se, assim, que não houve manifestação sobre a referida Lei, bem como não houve capacitação sobre o tema, o que reforça a importância da capacitação sobre a Lei e os direitos dos pacientes, tanto em nível nacional, como regional.

Em geral, as ouvidorias no âmbito do SUS tem como função possibilitar que o usuário exerça papel central na participação da administração pública por meio de suas manifestações (elogios, sugestões, reclamações, denúncias). Ademais, o usuário tem espaço para exercer o controle social por meio da ouvidoria, visto que o canal para manifestações também funciona como possibilidade de fiscalização das prestações de serviços públicos ofertados, além de ser um meio para verificar a satisfação do usuário, sendo possível traçar novos planos de ação a partir das informações obtidas por meio da análise do conteúdo de cada manifestação enviada à ouvidoria no SUS[157]. A atuação precípua da ouvidoria do SUS volta-se para a administração pública e para a gestão, servindo como canal para participação do usuário, não possuindo atuação direcionada ao Direito do Paciente e ao recebimento de queixas dos pacientes sobre seus cuidados em saúde.

Em relação às ouvidorias hospitalares, atuantes na esfera privada, de forma similar às ouvidorias do SUS, não se verifica conexão com os Direitos do Paciente.

Como visto, as ouvidorias hospitalares, por vezes denominadas como SAC, possuem o foco no direito do consumidor. Contudo, deve-se reconhecer que alguns dos direitos dos pacientes possuem maior enfoque nas organizações privadas de saúde, como o direito de acesso ao prontuário, o direito à informação, o direito ao consentimento informado[157], o direito ao acompanhante e o direito ao cuidado em saúde de qualidade e seguro, especialmente, no tocante às organizações de saúde acreditadas[84].

As violações de alguns desses direitos são objeto de demandas judiciais, e a fundamentação adotada pelos Tribunais brasileiros é, comumente, pautada no CDC e na responsabilidade civil, disposta no CC[157]. Os padrões adotados pelos hospitais privados, em regra, balizam-se pelo que é indicado pelas acreditadoras. Nesse sentido, salienta-se que a JCI possui como padrão que a organização de saúde deve implementar processos que apoiem os direitos dos pacientes durante o cuidado, respeitando, protegendo e promovendo esses direitos[84]. Ademais, deve informar aos pacientes sobre o direito de apresentarem as queixas e de serem notificados sobre os erros relacionados ao seu cuidado em saúde, bem como sobre qual o processo adotado pela organização para agir sobre o que ocorreu[84]. Depreende, assim, que há preocupação por parte das organizações de saúde acreditadas de que os direitos dos pacientes sejam assegurados[84]. Em relação às organizações de saúde privadas que não são acreditadas, não foram identificadas pesquisas que demonstrem que a atuação é voltada em prol dos Direitos dos Pacientes.

Ainda que haja escassez de artigos científicos que abordem sobre os dados detalhados das manifestações recebidas ouvidorias hospitalares brasileiras, foi realizada pesquisa sobre as reclamações na área da saúde. Esta identificou que, geralmente, na esfera privada, as reclamações versam sobre atendimento dos pacientes (gerenciamento, filas de espera, atraso no atendimento) e acesso aos serviços, por exemplo, questões relacionadas aos planos de saúde[30], corroborando o apresentado anteriormente.

Salienta-se que não há Lei que regulamenta a atuação das ouvidorias hospitalares, atribuindo-se à cada organização a possibilidade de disciplinar a gestão da ouvidoria hospitalar. Reforça-se que a atuação das ouvidorias hospitalares não é pautada pelo Direito do Paciente e, ainda que eventuais direitos esparsos, como os supracitados, sejam reconhecidos pelas organizações privadas de saúde,

reclamações de pacientes relatando violações destes direitos não são tratadas como ocorre em um sistema de queixas de pacientes, já detalhados em Capítulo anterior.

Testemunha-se, assim, que o Brasil está em dissonância com os movimentos de outros países que, além de buscarem a incorporação dos direitos dos pacientes nas legislações internas, criam mecanismos específicos para receberem, processarem e resolverem as queixas, o que não se equipara à atuação das ouvidorias do SUS e das ouvidorias hospitalares. No que toca às ouvidorias do SUS, o fundamento pauta-se na lógica sanitária, com foco no usuário e na sua participação social na administração pública, sem reconhecimento efetivo dos direitos dos pacientes, visto que os direitos amplamente reconhecidos são do usuário. Em relação às ouvidorias hospitalares, elas se fundamentam na lógica consumerista, e assim, tem como foco a manutenção do relacionamento com o cliente, para que este continue retornando à organização quando necessário, bem como foco na imagem positiva da organização dentro do mercado[158]. Compreende-se, assim, que as ouvidorias do SUS e as ouvidorias hospitalares não reconhecem o Direito do Paciente de maneira estruturada, não atuando em equivalência aos sistemas de queixas apresentados nesta pesquisa.

6.5.2 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a centralidade do paciente.

O segundo eixo da BCS a ser analisado neste Capítulo é a centralidade do paciente. Como abordado em Capítulo anterior, todo o cuidado em saúde deve ser centrado no paciente, conforme os comandos extraídos do CCP, quais sejam: a) compartilhamento de poder e controle entre o profissional e o paciente; b) respeito pelos pacientes como seres únicos, com obrigação de prover o cuidado conforme seus termos; c) escuta ativa do paciente, compreendendo o universo que está inserido; e d) prevalência dos objetivos de vida do paciente, quando comparados com os do profissional de saúde[85]. O foco inicial do CCP foi sua aplicação ao encontro clínico, contudo, ele tem sido cada vez mais incorporado às organizações de saúde[159]. Para promover os direitos dos pacientes e o CCP, as organizações de saúde devem envolver os pacientes na tomada de decisões sobre o cuidado do paciente, mantendo o paciente informado e respeitando suas crenças, necessidades e vontade[84]. Nesse sentido, o Manual da JCI, que estabelece os Padrões de

Acreditação, incluiu expressamente, no capítulo sobre CCP, o Padrão PCC.02.03, que indica que a informação fornecida ao paciente e aos familiares não engloba apenas o contexto clínico e as questões relacionadas ao estado de saúde do paciente, por exemplo, ou sobre decisões relacionadas ao seu tratamento, mas também abrange a divulgação de informações sobre o direito de apresentar queixa, de ser notificado sobre erros relacionados ao cuidado em saúde e sobre o procedimento adotado pela organização para agir em relação a tais situações[84]. Assim, a JCI, no âmbito do capítulo sobre CCP, no Manual, reconhece o direito dos pacientes de relatarem queixas sobre seus cuidados em saúde e de terem as queixas revisadas e resolvidas, incluindo esses direitos em seus Padrões de Acreditação[84].

Ainda, o Manual estipula que, para uma atuação centrada no paciente, é importante que a organização de saúde defina os processos para investigar e resolver queixas dentro de um lapso temporal determinado, bem como determine quais são as pessoas da organização que atuam nesse contexto, e quais as formas de participação do paciente e familiar no processamento da queixa[84]. Ademais, os pacientes devem ser informados sobre como ocorre o processo de apresentação das queixas, sendo investigada e resolvida dentro do prazo estipulado. Caso não seja possível, a organização confirma o recebimento e notifica o paciente sobre o acompanhamento da queixa[84]. De forma similar ao apresentado no Capítulo dedicado aos sistemas de queixas, o referido Manual da JCI[84] inclui que o processo para relatar as queixas, que é centrado no paciente, possui determinadas características, sendo elas: a) existência de um número de telefone dedicado para recebimento das queixas; b) formulário on-line ou em papel para ser enviado à organização de saúde; c) pessoa designada para revisar as queixas dos pacientes; d) prazo definido para resolver a queixa; e e) orientação sobre como incluir pacientes e familiares no processo de resolução de queixas.

Ainda que o tema central da pesquisa não seja sobre o *disclosure*, importa registrar que o PCC.02.03[84], juntamente com o direito de apresentar, processar e resolver a queixa, aborda o tema do *disclosure* nos cuidados em saúde, visto que, há uma relação próxima entre eles. Além disso, o Manual[84] reitera que o *disclosure*, realizado de maneira oportuna, minimiza a chance de que erros semelhantes ocorram, bem como diminui a probabilidade de litígio, e contribui para a preservação da confiança entre paciente e profissionais. Corroborando ao apresentado no Manual da JCI, Relatório publicado em 2025 pelo NHS[10] sobre possibilidades de melhorias no

sistema de queixas elencou seis componentes principais para um processamento de queixa que seja centrado no paciente, quais sejam: a) identificar quem é o paciente/familiar que apresenta a queixa, a fim de verificar aqueles que se sentiriam mais confiantes para apresentar queixas no sistema e, a partir disso, pensar em soluções para incluir aqueles que não estão apresentando em razão de alguma barreira existente; b) conscientizar e oferecer informações sobre como navegar no sistema de queixas e qual o processamento a partir da sua apresentação, ressaltando a importância de que informações sobre como apresentar as queixas sejam disponibilizadas assim que o paciente dê entrada no sistema de saúde; c) existir mecanismos que ofereçam suporte aos pacientes/familiares para apresentarem uma queixa; d) fazer com que as respostas sejam céleres, por exemplo, que a resposta inicial à queixa seja ofertada em até três dias, contados da sua apresentação; e) processamento das queixas com respostas ao que foi solicitado, mantendo o paciente/familiar informado sobre o andamento do processamento durante todo o trâmite; e f) por fim, o sistema de saúde deve aprender com as queixas e demonstrar esse aprendizado aos pacientes/familiares, à sociedade em geral e ao governo.

Desse modo, o mecanismo existente para receber as queixas dos pacientes, em cada organização de saúde deve atuar de forma centrada no paciente, considerando suas necessidades, vontades e crenças[159]. Ainda que a abordagem do CCP tenha sido ampliada para além do encontro clínico, sendo introduzida em diversos sistemas de saúde – como no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Noruega –, no Brasil, na esfera do SUS, não se verifica a introdução do CCP como um referencial adotado pelo Sistema[85]. Em consequência, as ouvidorias do SUS não possuem atuação centrada no paciente, com foco no recebimento e encaminhamento das manifestações para os órgãos competentes, conforme indicado no Artigo 4ºdo Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Adicionalmente, a ausência da palavra paciente nas normativas do SUS reforça a invisibilidade do paciente nesta esfera, salientando o foco no usuário e na atuação das ouvidorias como mecanismo de efetivação da participação social na Administração Pública. Nota-se, portanto, que não obstante as ouvidorias do SUS tenham desenvolvido diversos canais para recebimento das manifestações (carta, ligação, formulário on-line), todos convergem para que o usuário dialogue com a Administração Pública. Do mesmo modo, as ouvidorias hospitalares, em regra, não possuem atuação pautada pela centralidade do paciente, não concedendo espaço para que este manifeste suas

necessidades, vontade e preferências. A concepção de que os pacientes devem se sentir empoderados, fazendo ouvir a sua voz, em um espaço voltado para atender suas necessidades, sem receio de que suas recomendações sejam ignoradas[96], é essencial para que haja um cuidado em saúde que seja centrado no paciente.

6.5.3 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a relação de parceria entre os atores do encontro clínico

A relação de parceria entre os atores do encontro clínico é um dos eixos da BCS, em que é reconhecida a existência de assimetria de poder na relação existente entre o profissional de saúde e o paciente[98]. Esta assimetria é considerada como uma barreira para a apresentação das queixas nos cuidados em saúde[116] e, em regra, as organizações de saúde não refletem sobre a existência desta barreira e suas implicações no contexto das queixas. É importante também que as organizações de saúde busquem compreender quais outras barreiras eventualmente existem para que as queixas não sejam apresentadas[10]. Todas as iniquidades para apresentação das queixas devem ser identificadas e combatidas pelas organizações de saúde[10], inclusive no que toca à assimetria de poder entre profissional de saúde e paciente.

Similar ao que ocorre quando do encontro clínico, em que os profissionais de saúde, apesar de possuírem amplo conhecimento técnico, não possuem o conhecimento experiencial do paciente que vivencia determinada doença, no contexto das queixas os profissionais de saúde raramente vivenciam frustrações e desafios de receber cuidados em saúde, até que eles mesmos, ou seus familiares, deles necessitem[96]. Assim, mantém-se a situação de que pacientes continuam a temer, que suas recomendações e queixas sejam ignoradas, e as organizações de saúde continuam a terem receio de que os profissionais de saúde sejam submetidos à críticas ou raiva, além do medo de terem as situações vivenciadas no interior de suas organizações expostas[96].

Como visto em Capítulo anterior, o empoderamento dos pacientes é considerado como um facilitador para as apresentações de queixas por parte dos pacientes[116]. Nesse sentido, a BCS compreende a importância de que as queixas apresentadas pelos pacientes sejam solucionadas dentro da própria organização de saúde. Não obstante, as ouvidorias existentes no Brasil, tanto as do SUS quanto as hospitalares, não foram criadas com este escopo e, por vezes, mantém o foco na

manutenção da imagem da organização e do profissional de saúde, sem olvidar esforços para restaurar a confiança quebrada em decorrência do fato objeto da queixa. A abordagem restaurativa, preconizada pelo Direito do Paciente e pela BCS, compreende que a restauração das conexões entre os envolvidos no conflito vivenciado envolve a compreensão sobre o que ocorreu na situação, a identificação dos impactos e das necessidades dos envolvidos, bem como do que deve ser feito para reparar o dano ocorrido, seja ele físico ou emocional[160]. Os danos emocionais, na esfera do cuidado em saúde, tão graves quanto os danos físicos, podem contribuir para a corrosão da confiança e fazer com que os pacientes se sintam violados, prejudicando a relação entre o profissional de saúde e o paciente[160]. É mais desafiador oferecer uma abordagem restaurativa no contexto de organizações pautadas por uma cultura adversarial, que privilegiam os direitos e os interesses delas ou de profissionais, e em que as respostas oferecidas pela organização focam na reputação ou em minimizar a exposição negativas delas próprias[161]. No entanto, é possível que o potencial da abordagem restaurativa seja ativado e que seja proporcionado aos envolvidos na queixa o restabelecimento da confiança, o aprendizado a partir da situação vivenciada, e a melhoria no cuidado em saúde oferecido pela organização e pelo profissional, sendo possível que a abordagem restaurativa conste das políticas desenvolvidas e incorporadas pela organização de saúde[161].

De forma específica quanto às ouvidorias do SUS e às ouvidorias hospitalares, em regra, os profissionais de saúde que respondem efetivamente às manifestações enviadas pelos canais disponíveis não possuem capacitação em Direito do Paciente, e não compreendem sobre a importância de que os conflitos sejam solucionados internamente no sistema. Igualmente, não se verifica que a relação de parceria entre os atores do encontro clínico é reforçada pela atuação das ouvidorias hospitalares. Nota-se, assim, que no Brasil, em regra, as ouvidorias do SUS e as ouvidorias hospitalares não fomentam a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, nem demonstram que as organizações de saúde podem aprender a partir dos relatos contidos nas queixas, o que acaba afetando negativamente na relação entre os atores do encontro clínico e, consequentemente, no cuidado em saúde recebido pelo paciente.

6.5.4 As ouvidorias do SUS, as ouvidorias hospitalares e a empatia clínica

O quarto eixo da BCS é a empatia clínica. A temática envolvendo a empatia clínica deve ser pautada em capacitações para as ouvidorias do SUS e as ouvidorias hospitalares de todo o país. Reforça-se que empatia clínica é conceituada como a capacidade multidimensional composta pela dimensão cognitiva, na qual o profissional entende a perspectiva do paciente, e pela dimensão emocional, por meio da qual o profissional se sintoniza com as emoções do paciente[19]. Como elemento da BCS, a empatia clínica reafirma a importância do papel do paciente como protagonista do seu próprio cuidado, o que influencia também na construção de confiança, na adesão ao tratamento e na compreensão entre os atores do encontro clínico[19]. A empatia clínica é essencial para a comunicação nos cuidados em saúde, sendo este um dos principais temas abordados nas queixas dos pacientes[19].

Na esfera da saúde, os pacientes são vítimas de estigmas e preconceitos que se relacionam diretamente com a comunicação clínica. Assim, são percebidos, de forma recorrente, como “sem autonomia” e “psicologicamente frágeis”, enquanto os profissionais de saúde são tidos como profissionais cujas narrativas possuem maior credibilidade do que aquelas dos pacientes, impondo obstáculos para que os pacientes sejam efetivamente escutados[19]. Pesquisas apontam que o receio do processo judicial ajuizado contra os profissionais de saúde é um fator contribuinte para o bloqueio da empatia clínica. Contudo, o contato entre o profissional de saúde e o paciente pode contribuir para que haja uma influência terapêutica, positiva ou negativa, em relação ao paciente, relacionando-se com a empatia clínica[19]. O receio de litígio resulta em interação de baixa qualidade, pautada por medo e desconfiança, o que diverge do apontado como importante para os cuidados em saúde. É necessário que as organizações de saúde elaborem mecanismos para que os pacientes possam ser escutados, inclusive concedendo *feedbacks* sobre o serviço de saúde recebido[19]. A ausência desse retorno aos profissionais reflete negativamente para o reconhecimento da importância da empatia clínica como uma capacidade essencial para o profissional de saúde e para a prática clínica.

Desse modo, compreende-se importante que as ouvidorias do SUS e as ouvidorias hospitalares promovam capacitações em empatia clínica para seus funcionários, especialmente, tendo em conta que eles podem ser os primeiros a terem contato com pacientes e familiares após a violação de um direito do paciente, ou quando algo não sai como era esperado no cuidado em saúde. Complementarmente,

os profissionais de saúde também devem participar de capacitações no tema, visto que os problemas envolvendo a comunicação são, de forma recorrente, considerados como prejudiciais ao cuidado em saúde do paciente e à relação entre os atores do encontro clínico. A conscientização sobre a capacitação em empatia clínica nas organizações de saúde do Brasil ainda é um desafio, que deve contar com o apoio da gestão e da liderança das organizações. Um cuidado em saúde que seja centrado no paciente compreende uma organização de saúde cujos profissionais de saúde e profissionais que trabalham recebendo, acolhendo, processando e resolvendo as queixas atuem de forma empática para com o paciente e o familiar.

Assim, nota-se que o Brasil não possui mecanismos criados especificamente para o recebimento, o processamento e a resolução das queixas dos pacientes. Além disso, não há mecanismos alicerçados nos eixos que compõem a BCS. Defende-se, portanto, a necessidade de que o Brasil adapte os mecanismos existentes, a título de exemplo, com a possibilidade de adequação das ouvidorias hospitalares e das ouvidorias do SUS à BCS, ou desenvolva novo sistema, para que, apenas assim, se considere, efetivamente, a existência de um sistema de queixa no Brasil que seja fundamentado nos elementos da BCS. Ainda que existam as ouvidorias sobreditas, constata-se que o direito dos pacientes a ter um sistema adequado para as suas queixas nos cuidados em saúde não ocorreu no Brasil, até o momento. A inexistência deste sistema, corroborando com a invisibilidade do paciente em amplas esferas, como foi demonstrado neste Capítulo, reforça a violação de direitos dos pacientes, e impõe a necessidade de mudança do status quo vivenciado atualmente. Desse modo, passa-se ao Capítulo seguinte, que analisará, de forma detalhada, o sistema de queixas do NHS no Reino Unido, a fim de propor a criação de um sistema de queixas de pacientes no Brasil.

7 ANÁLISE DO SISTEMA DE QUEIXA DO NHS E REFLEXÕES SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE QUEIXA BRASILEIRO FUNDAMENTADO NA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

O presente Capítulo possui o objetivo de analisar o sistema de queixa do *National Health Service* (NHS), da Inglaterra e, a partir desse exame, apresentar reflexões sobre a criação de um sistema de queixa de pacientes ao Brasil fundamentado na BCS, tendo em conta que o país não possui um sistema de queixas. Ao passo que o Capítulo 4 apresenta alguns modelos de sistemas de queixas existentes em diversos países, este Capítulo visa analisar os principais elementos sobre o sistema de queixa do NHS – Inglaterra para compreender aspectos relacionados à sua criação e aos fundamentos basilares, bem como os mecanismos que compõem a sua estrutura de atuação. Em seguida, dialogando com os mecanismos apresentados, atentando-se à análise do sistema de queixas do NHS – Inglaterra, sem risco de importações acríticas do Norte Global[162], são apresentadas reflexões para proposição e criação de um sistema de queixa brasileiro fundamentado na BCS.

Para contextualizar a importância de modificar a realidade do que habitualmente ocorre nas organizações de saúde brasileiras, traz-se à baila o exemplo de situação vivenciada por paciente internada em um hospital no Brasil, reforçando a necessidade de que novas ações sejam tomadas no contexto dos cuidados em saúde, especialmente, no tocante às queixas e ao apoio conferido ao paciente. Uma paciente que vive com Diabetes Tipo 1, com hipoglicemia grave, necessitando da presença de acompanhante, hospitalizada em enfermaria feminina de organização de saúde, desejava que seu marido a acompanhasse durante o período de internação. Contudo, a paciente teve seu direito ao acompanhante negado, com a justificativa de que a presença de um acompanhante do sexo masculino violava o direito à privacidade das demais pacientes. Sem saber o que fazer, e sem um mecanismo específico para acolhimento e apoio dentro do hospital, para conhecer e buscar seus direitos, bem como para apresentar uma queixa frente à situação vivenciada, a paciente recorreu aos seus pares enviando mensagens em grupo de rede social composto por outras pacientes, relatando o ocorrido e solicitando auxílio, pois não sabia o que fazer, visto que ela tinha explicado à organização de saúde que seu único familiar era o marido, e ela não desejava ficar sozinha durante a sua hospitalização.

A situação acima apresentada expõe a vivência recorrente dos pacientes que possuem seus direitos do paciente violados, dentre os inúmeros exemplos que ocorrem todos os dias, tanto em organizações de saúde públicas quanto privadas. Por vezes, os pacientes que tentam recorrer à organização de saúde encontram um cuidado que é centrado na gestão, não no paciente. Ademais, nem sempre os pacientes sabem sobre a existência das ouvidorias, tanto do SUS quanto hospitalares, e, mesmo quando acionadas, tais ouvidorias não atuam como mecanismo de promoção e garantia dos direitos dos pacientes, como visto no Capítulo anterior. Ou seja, nota-se notória invisibilização do paciente no cuidado em saúde no Brasil, posto que, além de lidar com todas as situações oriundas do diagnóstico e da sua experiência única de adoecimento, ainda precisa lidar com a ausência de um sistema que ofereça suporte e auxílio quando sofre algum dano, ou quando algo não sai como era esperado dentro do serviço prestado no cuidado em saúde.

O relatório do Instituto de Medicina “Errar é Humano”(163) indica que é inaceitável que pacientes sejam prejudicados pelo mesmo sistema de saúde que deveria oferecer cura e conforto. Nestes termos, pode-se ampliar a compreensão de que é o próprio sistema de saúde que também é quem deve proporcionar mecanismos para lidar com as queixas decorrentes das preocupações e dos danos causados aos pacientes na esfera dos cuidados em saúde. Urge, portanto, a necessidade de modificação do *status quo* vivenciado no Brasil nesta temática. Igualmente, ressalta-se a importância da presente pesquisa, visto que, ainda que o paciente vivencie situações constantes de violações de direitos e de preocupações nos cuidados em saúde, ainda não foram desenvolvidos estudos específicos sobre o tema. Desse modo, passa-se à análise do sistema de queixa existente na Inglaterra.

7.1 Sistema de Queixas da Inglaterra

7.1.1 Sistema de Saúde da Inglaterra

O Reino Unido, composto por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, possui um serviço nacional de saúde criado em 1948 que fornece cuidados em saúde a todos, denominado de *National Health Service* (NHS). Registra-se que, na Escócia, a Lei dos Direitos dos Pacientes, de 2011, determinou que deveria ser elaborada, seis meses após a entrada em vigor da referida Lei, uma Carta dos Direitos e Responsabilidades dos Pacientes, em que fossem resumidos os direitos e as responsabilidades dos que utilizam o serviço do NHS (incluindo pacientes, familiares, representantes legais e profissionais) e que recebem cuidados em saúde do NHS na Escócia[164]. Cumpre destacar que a referida Lei possui uma seção específica para a apresentação das queixas, processamento e resposta ao paciente ou ao familiar, com destaque para utilização dos relatos das queixas para melhoria do cuidado prestado[164]. Adicionalmente, a Lei aborda sobre os direitos dos pacientes, com incentivo para que os pacientes participem das decisões sobre seu próprio cuidado, com previsão para informação e apoio aos pacientes[164]. No País de Gales e na Irlanda do Norte não há leis equivalentes sobre os direitos dos pacientes.

Ainda que na Escócia exista a aludida Lei e Carta, neste subcapítulo optou-se pela análise do sistema de queixas da Inglaterra, tendo em conta a existência da Constituição do NHS e do seu Manual, bem como o Regulamento de Reclamações sobre Serviços Sociais das Autoridades Locais e o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, de 2009. Complementarmente, a Inglaterra possui mecanismos que compõem o sistema de queixa, que acolhem e auxiliam os pacientes na esfera das queixas, conforme será detalhado a seguir.

O NHS é financiado por impostos dos cidadãos e pelo governo. Durante a Segunda Guerra Mundial, países como a Inglaterra vivenciaram crises de fome e alto número de indivíduos feridos, gerando a necessidade de implementar políticas de saúde pública[165]. Assim, após a Segunda Guerra, foi criado o NHS com o escopo de garantir que cuidados adequados em saúde estivessem disponíveis para todos, sem distinção, sendo um precursor internacional no que tange à saúde pública de acesso universal. A atuação do NHS se estrutura com base no *General Practitioner* (GP), que desempenha função correspondente à Atenção Primária[125] no Brasil, e que vem

sofrendo algumas mudanças, desde a sua criação[165]. Em 1991, John Major, sucessor de Margaret Thatcher como Primeiro-ministro do Reino Unido, propôs a publicação de uma série de Cartas do Cidadão, como forma de tornar as organizações estatais mais receptivas e de definir padrões de serviços[166]. Desse modo, foi elaborada a Carta do Paciente, que estabeleceu padrões básicos que os pacientes do NHS poderiam receber[166]. Críticas foram feitas em relação ao foco da Carta estar concentrado em questões básicas de processo, por exemplo, questões sobre tempo máximo de espera para consultas ambulatoriais, e não em resultados clínicos, além de alegarem que os padrões não condizem com a realidade vivenciada[166].

Pontua-se que a modificação no procedimento para lidar com as queixas no NHS ocorreu como uma resposta ao Relatório “Sendo escutado” (*Being Heard*), produzido pelo professor Alan Willian, em 1994. O objetivo do Relatório era rever como as queixas eram tratadas, em face às inúmeras críticas recebidas quanto aos procedimentos, incluindo estes serem desatualizados, muito fragmentados, confusos, complicados e lentos[167]. Assim, em 1995, o governo elaborou um programa para que o paciente tivesse sua queixa respondida e solucionada, com um procedimento uniforme em todo o país[33]. Em 1998, um relatório foi publicado propondo uma nova Carta, baseada em conjunto básico de padrões nacionais mínimos, refletindo as preocupações da equipe de saúde e da comunidade. A Carta previa também novos direitos concedidos aos pacientes, incluindo o direito de receber informações detalhadas sobre os serviços de saúde locais e o direito a uma resposta célere, por escrito, referente a qualquer queixa sobre o NHS[168]. Posteriormente, esta Carta foi transformada na Constituição do NHS.

No âmbito da Inglaterra, a Constituição do NHS[35], publicada em 2009, descreve os princípios e valores do NHS, bem como os direitos dos pacientes e os compromissos do NHS, incluindo responsabilidades ao paciente, ao público e ao NHS. Ela deve ser atualizada a cada dez anos, com o envolvimento do público, pacientes e profissionais. A Constituição é acompanhada de um Manual, que é renovado, pelo menos, a cada três anos, e teve última atualização em 2021, após a saída do Reino Unido da União Europeia[169]. Este Manual abrange os princípios e os valores que orientam o NHS, as explicações sobre os direitos e os compromissos expostos na Constituição do NHS, as fontes legais de onde são extraídos os referidos direitos e as funções que todos desempenham na proteção e no funcionamento do NHS[169]. Os direitos e compromissos estabelecidos na Constituição abrangem sete áreas

específicas[169], quais sejam: 1) acesso à serviços de saúde; 2) qualidade do atendimento e do ambiente; 3) tratamentos, medicamentos e programas aprovados nacionalmente; 4) respeito, consentimento e confidencialidade; 5) escolha informada; 6) envolvimento no seu cuidado em saúde e no NHS; e 7) queixas e reparação.

A Constituição do NHS informa que os direitos apresentados por ela são direitos protegidos por Lei, ou seja, a Constituição não cria direitos, mas indica direitos que já são estabelecidos em legislações e que são direitos derivados de obrigações legais impostas aos órgãos do NHS, reunindo, portanto, tais direitos em um único documento[169]. Assim, cada direito verificado na Constituição do NHS possui a correspondente indicação de sua base legal[169]. Em contrapartida, os compromissos indicados na Constituição são aqueles que o NHS se compromete a cumprir, não sendo juridicamente vinculativos, mas expressam a ambição de que o NHS melhore a prestação do cuidado em saúde[169]. Em relação às responsabilidades estipuladas ao paciente, ao público e ao NHS, verifica-se que são as expectativas sobre como é possível auxiliar o NHS a melhorar o serviço prestado[169]. Salienta-se, ainda, que embora os princípios fundamentais do NHS sejam compartilhados por todo o Reino Unido, a Constituição ora analisada aplica-se à Inglaterra, aos que possuem direito de receber os serviços do NHS e aos seus funcionários, o que corrobora a escolha por analisar o sistema de queixa desse país, como explicado anteriormente.

Em relação aos valores do NHS, indicados na Constituição, este estudo destaca dois principais que se relacionam diretamente com o tema estudado. O primeiro é o denominado “trabalhando junto pelos pacientes”, em que é definido como fundamental que os pacientes estejam em protagonismo em tudo que o NHS realiza, priorizando os interesses dos pacientes em detrimento dos interesses institucionais, mesmo quando isso envolve a admissão de erros pelo Sistema[169]. O segundo que importa destacar é o “comprometimento com a qualidade do cuidado”. Nesse ponto, o NHS reforça que está comprometido a adotar os mais altos padrões de excelência na prestação de um cuidado em saúde que seja de qualidade e seguro, e destaca a importância que os relatos dos pacientes possuem para a melhoria e a segurança do cuidado prestado[169]. No que tange aos sete princípios que orientam o NHS, eles definem como o NHS atinge o seu propósito, e só podem ser alterados por regulamentos do Parlamento. Dentre eles, há um que se relaciona diretamente com este estudo, qual seja o Princípio 4, que indica que “o paciente estará no centro de tudo que o NHS faz”, reforçando a atuação centrada no paciente e indicando que o

cuidado em saúde deve ser oferecido respeitando às necessidades e preferências dos pacientes, e os envolvendo em seu próprio cuidado[169]. Nesse princípio, também é indicado que o NHS incentivará e acolherá os *feedbacks* dos pacientes, para melhoria do serviço prestado[169].

Desse modo, verifica-se que o NHS possui em sua estrutura fundante, diferentemente do SUS, princípios e valores que, expressamente, estabelecem o protagonismo do paciente em seu próprio cuidado, destacando que o Sistema deve atuar respeitando as necessidades e as preferências expressas pelos pacientes, bem como pontua a importância de incentivar e acolher os relatos trazidos pelos pacientes, relacionando-os à melhoria do cuidado em saúde que é prestado pelo NHS. Compreende-se, assim, que um sistema de saúde que é criado com foco no paciente consegue introduzir a lógica do cuidado e do protagonismo do paciente em diversas áreas, desde o encontro clínico entre o profissional de saúde e o paciente, até o recebimento de uma queixa, ou *feedback*, quando algo inesperado ocorre ou quando um direito do paciente é violado. A seguir, serão apresentados os direitos e os compromissos previstos na Constituição do NHS e em seu Manual, em que é possível ratificar as reflexões aludidas.

7.1.1.1 Direitos e compromissos previstos na Constituição do NHS sobre as queixas nos cuidados em saúde

Como visto, a parte dedicada aos direitos e compromissos do NHS para os pacientes e o público em geral abrange sete áreas já citadas. De forma específica no tópico 5, sobre o envolvimento no seu cuidado em saúde e no NHS, em relação aos "direitos e compromissos que abrangem o envolvimento em seus cuidados de saúde e no NHS", é apresentado o compromisso que o NHS possui de incentivar e acolher o *feedback* sobre as experiências com o cuidado em saúde e utilizá-lo para melhoria do serviço prestado. Para tanto, disponibiliza a ferramenta "Teste de Amigos e Familiares" (*The Friends and Family Test (FFT)*), criado para auxiliar a compreensão sobre a satisfação do serviço prestado e identificar onde as melhorias são necessárias[170]. Criado em 2013, o Teste de Amigos e Familiares é um mecanismo rápido e anônimo, em que os pacientes e seus familiares dão suas opiniões sobre o cuidado em saúde, em todas as áreas, incluindo saúde mental, médico da família (também conhecido como GP) e cuidados pediátricos[170-171] As respostas fornecidas

são utilizadas para criar uma pontuação geral sobre o assunto relatado no formulário, e são publicados mensalmente no site do NHS Inglaterra e nos corredores das organizações de saúde[172]. Nota-se, contudo, que o aludido Teste não substitui o sistema de queixa, e o próprio NHS compreende a importância de fazer esta distinção, conforme se depreende de seu site[170], do Manual e da Constituição do NHS.

Esta distinção é importante quando se pondera sobre o tema no cenário brasileiro. Posteriormente, subcapítulo específico será dedicado a propor um sistema de queixa para o Brasil, mas, desde logo, compreende-se ser importante salientar que, em regra, no Brasil, as ouvidorias, tanto hospitalares quanto do SUS, voltam sua atuação para conferir um espaço para que o paciente ou familiar apresente seu *feedback* sobre o serviço prestando, assemelhando-se ao Teste de Amigos e Familiares existente no NHS. Como visto, a elaboração e disponibilização de um formulário de *feedback* para que o paciente e familiar indiquem se gostaram da experiência que tiveram durante o serviço prestado, com um campo para explicarem os motivos pelos quais deram a resposta anterior e o que poderia ter sido melhor, não garante o direito de apresentar queixa e não supre a existência de um sistema de queixa específico para acolhê-la, receber a queixa e resolvê-la. Esta informação corrobora a compreensão já apresentada de que o cenário brasileiro atual das organizações de saúde, públicas e privadas, inviabilizam o direito do paciente de apresentar suas queixas quando está em uma relação de cuidado.

Adicionalmente, a Constituição do NHS prevê que o “direito de ter qualquer queixa apresentada sobre o serviço do NHS reconhecida dentro de 3 (três) dias úteis e de tê-la devidamente processada”. Adicionalmente, é previsto o direito de ter a oportunidade de discutir a maneira como a queixa será tratada e o tempo que provavelmente levará para processá-la e respondê-la, nos seguintes termos: “direito de discutir a maneira como a queixa será tratada e de saber o período dentro do qual o processamento provavelmente será concluído e a resposta enviada”. Conforme disposto no Manual, o fundamento para este direito encontra-se no Regulamento de Reclamações sobre Serviços Sociais das Autoridades Locais e o Serviço Nacional de Saúde (Inglaterra), de 2009, e o item 28 do Regulamento que versa sobre os Órgãos do NHS e Autoridades Locais, de 2012.

Além disso, também é previsto o

> direito de ser mantido informado sobre o andamento e saber o resultado de qualquer processamento sobre a queixa, incluindo uma explicação das conclusões e a confirmação de que qualquer ação necessária em consequência da queixa foi tomada ou está sendo proposta para ser tomada”(173).

O fundamento decorre do item 14 do Regulamento sobre as Queixas de Serviços Sociais das Autoridades Locais e Serviços de Saúde da Inglaterra, de 2009, além do item 29 do Regulamento de Órgãos do NSH e Autoridades Locais, de 2012. Nota-se que a resposta à queixa deve ser enviada por escrito ao paciente ou ao familiar, explicando como a queixa foi analisada e as conclusões resultantes de seu processamento.

Também é previsto o “direito de levar sua queixa ao *Ombudsman* Parlamentar e de Serviços de Saúde independente ou ao *Ombudsman* do Governo Local e de Serviço Social, caso não esteja satisfeito com a forma como sua queixa foi tratada pelo NHS”. O NHS prevê a possibilidade de que, caso o paciente não esteja satisfeito com a resolução da sua queixa, seja possível encaminhá-la ao *Ombudsman* Parlamentar e de Serviços de Saúde independente, para queixas que versam sobre o NHS da Inglaterra, ou para o *Ombudsman* do Governo Local e de Serviço Social, para queixas sobre um serviço público de saúde. Nesses casos, apenas há o recebimento da demanda se a queixa já tiver sido apresentada e os mecanismos locais da organização de saúde já tiverem sido esgotados no processamento da queixa, salvo casos excepcionais que devem ser analisados(173). Esse direito está previsto na Lei dos Comissários de Serviços de Saúde, de 1993, e na Lei do Governo Local, de 1974.

Também há a previsão do “direito de fazer uma solicitação de revisão judicial se achar que foi diretamente afetado por um ato ou decisão ilegal de um órgão do NHS ou autoridade local” (173). Essa revisão não caracteriza um recurso, mas uma oportunidade caso tenha havido alguma ilegalidade na resolução da queixa, não analisando o mérito da decisão final, mas a formalidade do procedimento como a queixa foi processada e decidida. Conforme indicado no Manual, ainda que não indique expressamente, afirma que o fundamento deste direito se encontra na legislação administrativa do país. Há ainda, a indicação do “direito à indenização caso tenha sido prejudicado por tratamento negligente” (173). Esse direito é decorrente da Lei sobre negligência.

Por fim, há a previsão do compromisso do NHS de garantir que o paciente seja tratado com cortesia e receba o suporte adequado durante todo o tratamento de uma

queixa, e que o fato dele ter reclamado não afetará negativamente seu tratamento futuro[173]. Outrossim, o NHS se compromete a garantir que, quando ocorrerem erros, ou se o paciente for prejudicado ao receber cuidados de saúde, ele receba uma explicação e um pedido de desculpas apropriados, apresentados com sensibilidade e reconhecimento do trauma que vivenciou, e saiba que lições serão aprendidas para ajudar a evitar que um incidente semelhante ocorra novamente[173]. Ainda, o NHS se compromete a garantir que a organização de saúde aprenda lições com queixas e reivindicações e as utilize para melhorar os serviços do NHS[173].

Nota-se, assim, o expresso compromisso que o NHS possui de tentar solucionar a queixa, e de apresentar e aprender as lições decorrentes da situação vivenciada pelo paciente. De forma estruturada, o NSH da Inglaterra desenvolveu todo o seu sistema de saúde pautado em conferir protagonismo e centralidade ao paciente, inclusive quando as situações não saem como esperado e os pacientes têm seus direitos violados. Um sistema de saúde que possui, em sua base fundante, a lógica do cuidado e o foco nas necessidades e preferências do paciente é capaz de desenvolver mecanismos que oportunizem ao paciente e familiar a sua verdadeira participação no cuidado em saúde, o que abrange a esfera das queixas. Como visto, há uma variedade de possibilidades que o paciente e o familiar podem recorrer quando necessitam apresentar uma queixa, ou mesmo serem acolhidos e receberem uma informação sobre seus direitos. Isso é compreendido como essencial para a criação de um sistema de queixa.

A seguir, é apresentado um quadro com a síntese dos direitos e compromissos diretamente relacionados com as queixas nos cuidados em saúde, com o fito de inspirar e ser referência do conteúdo que o Brasil pode incluir em suas normativas internas para abranger os pacientes, e as queixas decorrentes dos cuidados em saúde (Quadro 4).

Quadro 4 - Tabela sobre os Direitos e compromissos extraídos da Constituição do NHS para Inglaterra, sobre “Queixa e reparação” [173].

Direitos e compromissos previstos na Constituição do NHS para a Inglaterra sobre “Queixa e reparação”	
Direitos	Você tem o direito de ter qualquer queixa feita sobre os serviços do NHS reconhecida dentro de três dias úteis e de tê-la devidamente processada.
	Você tem o direito de discutir a maneira como a queixa será tratada e de saber o período dentro do qual o processamento provavelmente será concluído e a resposta enviada.
	Você tem o direito de ser mantido informado sobre o andamento e saber o resultado de qualquer processamento sobre sua queixa, incluindo uma explicação das conclusões e a confirmação de que qualquer ação necessária em consequência da queixa foi tomada ou está sendo proposta para ser tomada.
	Você tem o direito de levar sua queixa ao Ombudsman Parlamentar e de Serviços de Saúde independente ou ao Ombudsman do Governo Local e de Serviço Social, caso não esteja satisfeito com a forma como sua queixa foi tratada pelo NHS.
	Você tem o direito de fazer uma solicitação de revisão judicial se achar que foi diretamente afetado por um ato ou decisão ilegal de um órgão do NHS ou autoridade local.
	Você tem direito a indenização caso tenha sido prejudicado por tratamento negligente.
Compromissos do NHS	O NHS se compromete a garantir que você seja tratado com cortesia e receba o suporte adequado durante todo o tratamento de uma queixa; e que o fato de você ter reclamado não afetará negativamente seu tratamento futuro
	O NHS se compromete a garantir que, quando ocorrerem erros ou se você for prejudicado ao receber cuidados de saúde, você receba uma explicação e um pedido de desculpas apropriados, apresentados com sensibilidade e reconhecimento do trauma que vivenciou, e saiba que lições serão aprendidas para ajudar a evitar que um incidente semelhante ocorra novamente.
	O NHS se compromete a garantir que a organização aprenda lições com queixas e reivindicações e as utilize para melhorar os serviços do NHS.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Após apresentar os aspectos fundantes do NHS da Inglaterra, verifica-se que o NHS possui entranhado em sua estrutura o reconhecimento expresso do protagonismo do paciente em todo seu cuidado em saúde, diferente do que ocorre no Brasil que, como indicado, sequer reconhece o paciente no SUS. Inclusive, o NHS possui previsão de um sistema específico para receber, acolher, processar e resolver a queixa dos pacientes. Desse modo, não fica a critério do sistema de saúde receber, ou não, as queixas, bem como aderir, ou não, às indicações sobre deve ser o recebimento, processamento e resolução da queixa apresentada, sendo um padrão adotado pelo NHS.

Ainda, verifica-se que as organizações de saúde divulgam claramente como os pacientes podem apresentar suas queixas de maneira que fique adequado e atendam às suas necessidades específicas[174]. Ademais, as organizações facilitam a compreensão de como o processo de apresentação das queixas funciona, garantindo que saibam como obter suporte e apoio para registrar a queixa, por exemplo, por meio

do Serviço de Aconselhamento e Ligação ao Paciente (*Patient Advice and Liaison Service* – PALS)[34]. As organizações também promovem regularmente o desejo de ouvir os pacientes, mostrando como utilizam o aprendizado obtido por meio das queixas e *feedbacks*[174].

Compreende-se, assim, que quando o paciente, ou familiar, deseja apresentar uma queixa, o NHS da Inglaterra disponibiliza serviços gratuitos para acolher e apoiar o paciente ou o familiar, nesse momento. Tal serviço é denominado como mecanismo de ligação de pacientes, e será abordado a seguir. Posteriormente, os Departamentos de Queixas locais, o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde e o *NHS Resolution* serão abordados.

7.1.1.2 Mecanismos de ligação de pacientes

No sistema de queixas da Inglaterra, há a atuação de alguns mecanismos de ligação que atuam auxiliando os pacientes a apresentarem as suas queixas no contexto dos cuidados em saúde. Dentre os mecanismos existentes no Reino Unido, apresentam-se três mecanismos que possuem repercussão nos estudos sobre queixas nos cuidados em saúde.

O PALS[34] é um serviço gratuito, confidencial e independente que é presente na maioria dos hospitais do Reino Unido[175]. O serviço foi estabelecido, pela primeira, vez, no ano de 2002, com o objetivo principal de acolher e apoiar os pacientes e familiares, e desenvolve sua atuação presencialmente, via e-mail, correio e telefone, buscando, sempre, serem visíveis e acessíveis dentro do sistema de saúde[175]. Ele é um ponto de contato para pacientes, familiares e profissionais de saúde, e é acessível dentro do NHS. Dentre suas principais responsabilidades, é possível destacar: a) ouvir as preocupações, perguntas e comentários levantados por pacientes, cuidadores, familiares e amigos sobre seus cuidados ou tratamento; b) fornecer suporte útil, bem como informações e conselhos precisos para solucionar problemas e preocupações, o mais célere possível; e c) fornecer informações e conselhos a pacientes, familiares, cuidadores que desejem fazer uma queixa formal[175]. Pesquisa realizada no ano de 2020 identificou que a maioria das preocupações relatadas à equipe do PALS versava sobre questões de comunicação, atitudes dos profissionais de saúde e tempo de espera[175]. Destaca-se que o membro do PALS pode atuar como “navegador” do sistema de saúde, quando precisa mediar algum conflito ou confirmar informações

sobre algo que foi questionado pelo paciente; ou como defensor do paciente, no sentido de fornecer suporte, informação e aconselhamento ao paciente e familiar, bem como resolver suas preocupações em tempo hábil[175].

Em sua atuação, um membro do PALS auxilia o paciente a solucionar problemas de maneira informal com o hospital, antes de precisar apresentar uma queixa formal. Assim, atua na oitiva de preocupações, questionamentos e comentários apresentados pelos pacientes, cuidadores, familiares e amigos sobre o cuidado em saúde. Também fornece auxílio no contexto de informações e conselhos para solucionar questões e preocupações o mais rápido possível, inclusive para os pacientes que desejam apresentar uma queixa formal[175]. Nesse sentido, o PALS possui grande utilidade quando a situação é urgente e demanda uma ação imediata, como um problema de tratamento ou de cuidados recebidos enquanto estiver no hospital. Desse modo, destaca-se o grande potencial do PALS de solucionar as preocupações ainda em um estágio inicial[175].

Ainda em relação à pesquisa aludida, foi identificado que profissionais de saúde que atuavam há mais tempo no serviço de saúde conferem maior importância às queixas formais do que às preocupações que são levantadas pelos pacientes, o que possui um aspecto negativo, tendo em conta que as preocupações dos pacientes são importantes e devem ser consideradas. Nesse ponto, salienta-se que as preocupações dos pacientes que não são devidamente acolhidas e solucionadas podem fazer com que os pacientes relutam em retornar à organização de saúde, e implicam em menor propensão a que os pacientes sigam as orientações dos profissionais de saúde; ou seja, a desconsideração das preocupações, ainda em estágio inicial, tem impactos negativos na adesão do paciente ao seu tratamento em saúde[175].

Outro mecanismo de ligação verificado é o *Healthwatch*, que foi criado pela Lei de Saúde e Assistência Social de 2012, cuja atuação ocorre desde o ano de 2013 no contexto da saúde e assistência social na Inglaterra, existindo em nível nacional e local. Há mais de 150 *Healthwatch* locais que seguem o modelo de organizações sociais, com atuação de voluntários[176]. A sua atuação é apoiada pelo governo, a fim de monitorar a qualidade dos cuidados em saúde e sociais, e consiste em conferir e ampliar as vozes dos pacientes para que sejam escutadas também no contexto das queixas. O *Healthwatch* é financiado pelo Departamento de Saúde e Assistência Social, e possui uma atuação importante em relação às queixas apresentadas ao

NHS, com apoio a existência de um padrão nacional de normas para apresentação de queixas, fornecendo aos profissionais diretrizes sobre a forma como devem gerir as queixas[177]. Ressalta-se que o *Healthwatch* da Inglaterra faz parte de um Comitê da Comissão de Qualidade do Cuidado (*Care Quality Commission* – CQC), e as informações recebidas pelo *Healthwatch* são utilizadas para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde no NHS[178].

O *Healthwatch* atuou de forma direta no recebimento das queixas em 2014, quando foi publicado o documento “Minhas expectativas” (*My Expectations*)[179], com uma visão para o adequado tratamento de queixas, que é amplamente utilizado como um guia de boas práticas em que é conferido o protagonismo ao paciente[177]. Ademais, nos anos de 2019 e 2020, juntamente com o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde (*Parliamentary Health Service Ombudsman*), foi elaborado um quadro de padrões de queixas, fornecendo orientações para todo o sistema de saúde do NHS da Inglaterra e para os profissionais independentes que prestam cuidados financiados pelo NHS, para que as melhores práticas fossem adotadas na esfera das queixas nos cuidados em saúde[176]. Verifica-se, assim, que há o fomento para que o direito dos pacientes de apresentarem uma queixa seja resguardado, e que o paciente seja mantido como centro do cuidado, inclusive, quando apresenta uma queixa. Corrobora essa informação o Relatório produzido em 2025[178] sobre o ano anterior, em que é expressamente indicado, como parte da construção de uma cultura do NHS que seja centrada no paciente, que o paciente deve receber respostas céleres, mais efetivas e empáticas quando levantar preocupações ou apresentar queixas sobre o seu cuidado. Nesse sentido, reforça que a voz do paciente deve ser ainda mais forte e mais escutada, em todos os níveis do cuidado[178], fomentando a atenção às queixas que são apresentadas nos cuidados em saúde.

Outro Relatório produzido pelo *Healthwatch* denominado “Uma dor queixar: por que é hora de consertar o processo de queixas do NHS”[180], indicou que as queixas por escrito atingiram novo recorde no ano de 2024, com baixa satisfação dos pacientes e familiares em relação a como o NHS conduz as queixas, o que resultou na elaboração do Relatório. As principais descobertas da pesquisa identificaram que: a) poucos pacientes apresentam queixas; b) a baixa confiança na condução da queixa impede as pessoas de agirem; c) é comum os pacientes relatarem experiências ruins relacionadas ao processamento das queixas; d) foi constatada queda no investimento em suporte e apoio para os pacientes apresentarem queixa; e) identificaram que os

pacientes enfrentam longo prazo (média de 54 dias úteis) aguardando as respostas às queixas; e f) identificaram que o NHS não está aprendendo as lições com as queixas de forma eficaz. Dentre as recomendações, destacam-se as três principais: a) tornar o procedimento da queixa mais fácil para o paciente e familiares; b) monitorar e melhorar o desempenho das organizações que lidam com as queixas, desde o Departamento de Queixas local, no hospital, e o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde; e c) desenvolver uma cultura de ouvir e aprender com as queixas.

Em suma, os dois mecanismos de ligação que foram apresentados demonstram que o NHS da Inglaterra conta com procedimentos desenvolvidos para acolher e apoiar o paciente, familiar e cuidador, quando eles possuem preocupações sobre o cuidado em saúde e quando desejam apresentar alguma queixa relacionada a algo vivenciado na esfera do cuidado. Nota-se que são mecanismos que têm como fundamento o CCP, reforçando a importância da centralidade do paciente em todo o cuidado em saúde, o que, como visto, também inclui as queixas.

Registra-se que, no Brasil, não há mecanismos de ligação de pacientes, corroborando ao alegado sobre a inviabilização do paciente em diversos contextos, especialmente, no que toca às queixas nos cuidados em saúde. Assim, além de os pacientes não terem protagonismo na Ouvidora-geral do SUS e, em regra, nas ouvidorias hospitalares, também não há mecanismo que esteja disponível para acolhê-lo e auxiliá-lo, seja com informações ou com apoio para elaboração e apresentação da queixa.

Além dos mecanismos de ligação, o NHS da Inglaterra conta com Departamentos de Queixas locais e com o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde.

7.1.1.3 Departamentos de Queixas locais e *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde

Como verificado, o sistema de queixa do NHS é composto por diversos mecanismos para receber, acolher, processar e solucionar a queixa apresentada. Desse modo, ainda que o paciente, familiar ou cuidador receba auxílio do PALS ou do *Healthwatch* sobre uma informação que precisa, ou apoio para elaborar e apresentar a queixa, quando o paciente decide encaminhá-la a queixa deve ser, inicialmente, enviada à organização de saúde com a qual o paciente está insatisfeito, sendo a

autoridade local a qual, a Constituição do NHS faz referência, e que pode ser denominado como o Departamento de Queixa (*Complaints Office*) local[181]. Como exemplo, o Hospital King's College indica que o paciente que esteja insatisfeito com seu cuidado em saúde pode apresentar uma queixa formal por telefone, e-mail ou encaminhar uma carta ao Departamento de Queixa situado no próprio Hospital[181]. Consoante determinado na Constituição do NHS, o Departamento de Queixa recebe a queixa em até três dias úteis e realiza o seu processamento, podendo finalizá-la em até 40 dias úteis. O próprio Hospital disponibiliza um documento contendo o procedimento de recebimento das queixas, e expressamente indica que a apresentação da queixa não afetará seus cuidados em saúde futuros ou no tratamento no Hospital[182].

Caso seja apropriado, e o paciente ou familiar concorde, é possibilitado agendar uma reunião com as equipes clínicas envolvidas no cuidado em saúde para discutir as preocupações apresentadas na queixa[181]. É possível também que um clínico independente analise o prontuário do paciente, e forneça um relatório sobre o cuidado prestado, caso seja autorizado pelo paciente[181]. Por fim, caso a resolução apresentada pelo próprio sistema de saúde não satisfaça o paciente, ele pode encaminhá-la a um *Ombudsman*[16]. No caso da Inglaterra, refere-se ao *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde (*Parliamentary Health Service Ombudsman*)[183].

Todos os hospitais do Reino Unido são obrigados a terem um setor responsável pelo recebimento e a solução das queixas apresentadas pelos pacientes. Nota-se que o paciente deve primeiro tentar solucionar a queixa com a organização de saúde, com o Departamento de Queixa, para dar-lhes a oportunidade de solucioná-la[184], haja vista que o *Ombudsman* é compreendido como o "estágio final" no âmbito administrativo para as queixas não solucionadas[184]. O *Ombudsman* é um serviço gratuito e independente, que processa as queixas que são recebidas e, após análise, caso verifiquem que a organização cometeu erros, ou não agiu como deveria, o *Ombudsman* faz recomendações para que os corrija, o que pode incluir explicações sobre o ocorrido, pedido de desculpas e recomendações para que a organização aprenda e melhore[184]. O *Ombudsman* recebe queixas sobre o NHS da Inglaterra (dentistas, GPs e hospitais do NHS) e de departamentos governamentais do Reino Unido, possuindo uma lista completa on-line. Outrossim, não processa queixas sobre o cuidado em saúde privado, ao menos que seja financiado pelo NHS[186].

Ao entrar em contato com o *Ombudsman*, o paciente ou familiar preencherá um formulário para relatar o ocorrido, respondendo perguntas como: a) quando o fato ocorreu, visto que, em regra, deve-se apresentar queixa em até um ano após o fato; b) como o fato afetou a pessoa; c) o que gostaria que fosse feito para consertar o ocorrido; d) informar se há planejamento, ou já foi iniciada, alguma medida legal; e) informar se a queixa é apresentada em nome de outra pessoa; e f) solicita-se a cópia da carta de resposta final referente à queixa apresentada diretamente à organização de saúde[187]. O prazo médio para processamento e resolução da queixa sobre o NHS é de sete meses[188]. Após análise inicial, caso a queixa seja aceita para ser processada, pode ser oportunizada a realização de mediação com as pessoas envolvidas[188]. Após processada, a equipe do *Ombudsman* conversa com quem apresentou a queixa e informa a média de prazo para conclusão na análise. Há uma escala de gravidade da injustiça utilizada para, de forma transparente, indicar qual a gravidade do ocorrido, e ser possível a recomendação acerca de eventual compensação financeira[188]. A escala possui seis níveis, e o primeiro faz referência ao caso de aborrecimento, frustração, preocupação ou inconveniência que, normalmente, decorrem de um incidente único e pontual de má administração ou falha de serviço, em que o efeito sobre a pessoa que reclama é de curta duração e não há outros efeitos adversos ou um impacto mais amplo e contínuo[188]. Nessa hipótese, recomenda-se um pedido de desculpas como uma solução apropriada ao caso, sem reparação financeira[188]. O último nível da escala refere-se aos casos de maior impacto, irreversíveis na vida da pessoa que foi afetada, como quando a recuperação levará vários anos, ou quando é caso envolvendo morte evitável ou redução na expectativa de vida. Para tal hipótese, prevê-se £ 12.500 (doze mil e quinhentas libras) ou mais[188]. Registra-se que a Seção 2 da Lei de Compensação de 2006, aplicada à Inglaterra e País de Gales, estabelece que o pedido de desculpas, uma oferta de tratamento ou outra reparação não constitui, por si mesmos, uma admissão de negligência ou de dever legal[188].

Após apresentar o resultado do processamento da queixa, o *Ombudsman* confere um prazo, em regra, de duas semanas, para que quem apresentou a queixa e a organização de saúde verifiquem os resultados e as decisões, sendo possível indicar o *feedback* sobre o processamento, inclusive, com a possibilidade que o *Ombudsman* revise sua decisão final[188]. Nota-se que o *Ombudsman* não possui coerção para obrigar que a organização de saúde pague os valores a quem

apresentou a queixa, contudo, apresenta recomendação. Cumpre apenas destacar que na Inglaterra há um *Ombudsman* específico responsável pela área da saúde e, em alguns outros países, como na Escócia, o *Ombudsman* é voltado para os serviços públicos de forma geral, abrangendo também a esfera da saúde(183).

Em síntese, verifica-se que o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde possui função essencial para o sistema de queixas da Inglaterra, visto que pauta a sua atuação na compreensão de que, quando algo dá errado ou algo inesperado acontece nos cuidados em saúde, o órgão público deve gerenciar as queixas de maneira adequada, com acesso fácil e tratamento célere, eficiente e sensível às necessidades daqueles que apresentam as queixas. O *Ombudsman* reconhece que o próprio tratamento inadequado da queixa constitui, por si só, um sofrimento ao paciente ou familiar, e resulta em uma injustiça experienciada por eles(189). Ademais, tem-se que o tratamento adequado da queixa evita que a situação seja agravada desnecessariamente, podendo reduzir o número de queixas no futuro, economizar tempo e dinheiro ao órgão público e melhorar o serviço prestado(189). Por fim, tem-se que o *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde expressamente reconhece que o tratamento adequado da queixa é importante, visto que é uma forma de garantir que os pacientes recebam aquilo que lhes é direito(189).

Além dos mecanismos de ligação de pacientes, do Departamento de Queixa local e do *Ombudsman* do Parlamento do Serviço de Saúde, o sistema de queixa do NHS da Inglaterra também é composto pelo *NHS Resolution* , que é um sistema para receber queixas específicas voltadas ao paciente que é vítima de dano no cuidado em saúde, conforme será abordado.

7.1.1.4 NHS Resolution

Consoante aludido, a Constituição também prevê o direito à reparação quando o paciente for vítima de tratamento negligente, e a garantia de que a organização aprenderá as lições decorrentes das queixas, utilizando-as para melhorar o cuidado prestado pelo NHS(35).

Em abril de 2017, a Autoridade Nacional de Litígios do Serviço de Saúde (*The National Health Service Litigation Authority* – NHSLA) foi renomeada para *NHS Resolution*(190). A NHSLA foi criada em outubro de 1995 como um órgão independente e especial de saúde, vinculada diretamente ao NHS, com oferecimento(191) de

cobertura de reparação para eventuais ações judiciais contra o NHS e auxílio de gestão de riscos por meio de compartilhamento de lições advindas das queixas[34]. O *NHS Resolution* é um órgão independente do Departamento de Saúde e Assistência Social, que fornece conhecimento especializado ao NHS para a resolução de queixas, especialmente relacionadas à negligência, compartilhando aprendizagem para melhoria do cuidado em saúde[35].

O *NHS Resolution* possui quatro áreas principais de atuação. A primeira é de aconselhamento sobre desempenho de profissionais (*Practioner Performance Advice*), que fornece aconselhamento especializado, suporte e intervenções sobre o gerenciamento justo de preocupações acerca do desempenho de médicos, dentistas e farmacêuticos. A segunda é de recursos da Atenção Primária, que é um serviço de resolução imparcial para o tratamento justo de disputas relacionadas à esfera de contratação para a Atenção Primária, incluindo profissionais que desejam fornecer seus serviços, bem como questões sobre aluguel de instalação de GP, rescisão e pagamentos relativos à suspensão de GP[192]. A terceira é a Segurança e o Aprendizado, que se relaciona com a pesquisa aqui realizada. Igualmente, a quarta também se relaciona, visto que trata sobre a Gestão de Reivindicações.

Analisando essas quatro áreas de atuação do *NHS Resolution*, verifica-se que a área da Segurança e Aprendizado apoia o NHS, membros e beneficiários para entender melhor os perfis de risco relacionamos às queixas contendo reivindicação, além de direcionar as atividades de segurança e, ao mesmo tempo, compartilhar o aprendizado em todo o sistema de saúde para melhorar o cuidado em saúde oferecido ao paciente. Em relação à Gestão de Reivindicações, tem-se que focam a atuação sobre as queixas contendo reivindicações de negligência em nome dos membros dos planos de indenização, quais sejam: organizações do NHS e provedores independentes de cuidado em saúde do NHS da Inglaterra[193]. O escopo principal é alcançar uma solução justa e célere, oportunizando que os pacientes não necessitem do processo judicial para solucionarem suas queixas envolvendo danos e reivindicações, bem como mantendo os pacientes que foram vítimas, familiares e profissionais de saúde fora da esfera da litigância adversarial[193]. O Relatório 2022/2023 indicou a resolução de 80% (oitenta por cento) dos casos sem que houvesse judicialização[36]. Conforme o Relatório 2023/2024, novamente, o *NHS Resolution* manteve um número recorde de resolução das queixas envolvendo reivindicações sendo tratadas no âmbito administrativo (10.854 queixas

solucionadas), ou seja, sem necessidade de acionar o Poder Judiciário, o que reflete no comprometimento em usar os mecanismos alternativos de disputas sempre que for possível e adequado, bem como mantendo a postura colaborativa em relação às queixas contendo reivindicações, minimizando, assim, o desgaste e os custos que o processo judicial causa aos pacientes e aos profissionais[193].

Assim que o paciente é vítima de um dano decorrente do cuidado em saúde, pode demorar um certo período até que ele, ou algum familiar, decida apresentar uma queixa envolvendo dano ao paciente ao *NHS Resolution*, o que ocorre em média em três anos[193]. Além desse tempo, a depender do caso, pode ser que haja um lapso temporal adicional para quantificar e concordar com os danos em uma queixa, especialmente, àqueles que envolvem a realização de uma avaliação completa que não possa ser realizada até que uma criança atinja determinados marcos de desenvolvimento[193]. Para o *NHS Resolution*, a responsabilidade decorrente de um dano no cuidado em saúde significa que o tratamento recebido ficou abaixo do padrão razoável de competência, resultando em lesão que poderia ter sido evitada, ou sido menos grave, caso o cuidado em saúde tivesse sido oferecido de forma adequada[193].

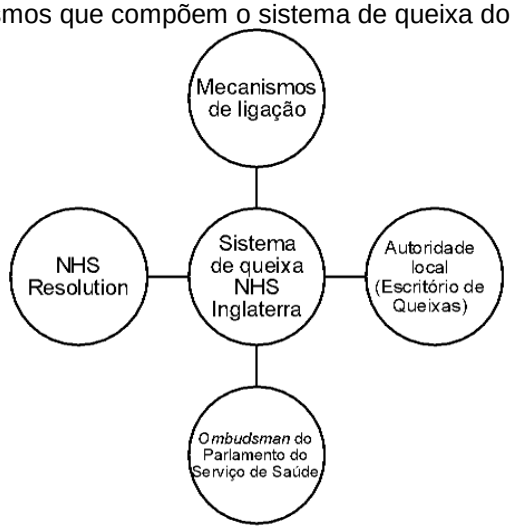
Em relação à jornada da queixa contendo reivindicação em decorrência de dano na saúde, verifica-se que, quando o incidente ocorre, o passo seguinte é a realização do *disclosure*[193]. Em seguida, há análise do incidente e as medidas de aprendizado do NHS para prevenção futura[193]. Após, é possível que o paciente, ou familiar, apresente a queixa e dê início ao procedimento dentro do *NHS Resolution*[193]. Conforme registros, menos de 1% dos casos que são tratados pelo *NHS Resolution* vão à julgamento pelo Poder Judiciário. Dentre as possibilidades de mecanismos adequados de resolução de conflitos está a Mediação, que é desenvolvida dentro desse sistema para apoiar pacientes, familiares e profissionais do NHS a solucionarem as queixas envolvendo reivindicações por danos nos cuidados em saúde, evitando, assim, despesas, tempo, estresse e sofrimento emocional desnecessários, presentes em um processo judicial[194]. A mediação, como um mecanismo independente, voluntário e confidencial, no qual um mediador neutro, treinado, auxilia as partes a resolverem seus conflitos[195]. As questões discutidas na mediação são confidenciais e, se as partes não estiverem satisfeitas com o resultado, o caso pode prosseguir para o Tribunal; contudo, as questões abordadas na mediação não são levadas ao processo judicial. No que tange aos benefícios, a mediação contribui para evitar processos judiciais, bem como evita a ansiedade que esses

procedimentos carregam[195]. Ademais, cria-se um espaço seguro para uma conversa aberta, que pode incluir informações sobre o ocorrido com o paciente, pedido de desculpas e descrição das melhorias adotadas no serviço de saúde[195]. Nota-se, contudo, que a mediação não se caracteriza como *disclosure*, inclusive, visto que a sua realização ocorre durante a jornada do processamento da queixa no *NHS Resolution*, após a realização do *disclosure* com a vítima e os familiares.

Conforme estudo realizado sobre as queixas apresentadas ao NHS, especialmente em relação ao direito ao consentimento informado, verifica-se o aumento de 128 para 248 registros, quando comparados os anos de 2011-2012 e 2021-2022. Adicionalmente, as especialidades com maior proporção dessas queixas foram a ortopedia, a ginecologia e a cirurgia geral[196]. Nos anos de 2017 e 2018, pouco menos de 1/3 (um terço) das queixas foi solucionada por meio de processo judicial, e dessas, a maioria foi a favor do NHS. Como visto, as queixas solucionadas sem o processo judicial são resolvidas administrativamente no sistema de saúde, sendo que a maioria ocorre por meio de negociação ou de algum outro mecanismo de resolução alternativa de conflitos, como a mediação[195].

O *NHS Resolution* possui o compromisso contínuo da organização com a estratégia inovadora de resolução de litígios pautada por uma abordagem colaborativa, positiva e menos adversarial, envolvendo métodos mais empáticos de resolução de conflitos para lidarem com as queixas envolvendo danos decorrentes dos cuidados em saúde. Nota-se, assim, que esse mecanismo fomenta a resolução das queixas no contexto administrativo, sem a necessidade de acionar o Poder Judiciário. Ademais, há preocupação com a segurança do paciente, redução de danos e de queixas apresentadas pelos pacientes no contexto dos cuidados em saúde oferecidos no NHS. Apresenta-se imagem que corresponde aos mecanismos que compõem o sistema de queixa do NHS da Inglaterra (Figura 1).

Figura 1 – Mecanismos que compõem o sistema de queixa do NHS da Inglaterra.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em suma, verifica-se que a Inglaterra possui um sistema de queixa pautado pelo protagonismo do paciente, visto que considera importante que o paciente esteja no centro do cuidado em saúde também quando este não está satisfeito com o cuidado recebido, quando teve seu direito violado ou foi vítima de um dano, e quando deseja apresentar uma queixa. Nesse sentido, segundo verificado, o governo compreendeu a necessidade de que fosse elaborado um sistema para que as queixas fossem tratadas de forma uniforme em todo o sistema de saúde, conferindo protagonismo ao paciente, atenção às necessidades apresentadas, a previsão de direitos e o estabelecimento de compromissos para efetivar os direitos dos pacientes na própria Constituição do NHS da Inglaterra. Igualmente, mecanismos de ligação também foram pensados, para que paciente, cuidadores e familiares obtenham apoio e auxílio durante todo o cuidado em saúde, incluindo quando precisam de uma informação ou quando necessitam de apoio para elaboração e apresentação das queixas. A seguir, passa-se à parte final da pesquisa, em que são apresentadas reflexões sobre a criação de um sistema de queixas brasileiro.

7.2 APORTES PARA A CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE QUEIXA BRASILEIRO FUNDAMENTADO NA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Conforme abordado em Capítulo anterior, a Bioética Clínica, desde a sua gênese, ocupa-se de questões éticas que emergem do cuidado em saúde, considerando a relação profissional de saúde e paciente, e os problemas e

controvérsias que despontam do encontro clínico[197]. De forma específica, em relação à BCS, tem-se que também se propõe uma nova forma de deliberação ética, registrando que a violação de direitos humanos é considerada um problema moral, posto que compreende um compromisso moral firme não observado pelo profissional de saúde, expresso nos direitos do paciente[197-198]. Em relação ao direito do paciente de apresentar queixa na esfera dos cuidados em saúde, percebe-se notória violação quando os sistemas de saúde não asseguram a existência desse direito, bem como quando não viabilizam mecanismos para que esse direito seja efetivado na prática.

Consoante analisado, no Brasil, o direito do paciente de apresentar queixa não é reconhecido, e não existem mecanismos criados para receber, acolher, processar e resolver a queixa do paciente. Reforça-se que o Poder Judiciário e as ouvidorias, tanto do SUS quanto hospitalares, também não se enquadram com sistema de queixa de pacientes. Conclui-se assim que, no Brasil, o paciente segue sendo invisibilizado no contexto do cuidado em saúde, tendo em vista que as queixas também integram a jornada do paciente no cuidado em saúde, não se restringindo apenas ao encontro clínico entre profissional de saúde e paciente. Desta feita, considerando que a Bioética no contexto da prática clínica é um ramo da Ética Aplicada[197], e que a BCS, como uma vertente da Bioética Clínica, ocupa-se das questões do cotidiano do encontro clínico, faz-se necessário refletir sobre a importância de que o Brasil possua um sistema de queixas, mudando o *status quo* que é vivenciado por pacientes, todos os dias, seja na esfera pública ou privada.

Cumpre também indicar que a possibilidade existente no Brasil que o paciente, familiar ou representante legal apresente reclamações para as ouvidorias não se equivale à queixa do paciente. Como abordado no Capítulo inicial, a queixa é a manifestação apresentada pelo paciente, familiar ou representante legal, dentro de um contexto de sistema de queixa, estruturado para recebê-la, como ocorre no sistema de queixa do NHS da Inglaterra. Portanto, no contexto brasileiro, não existe sistema de queixa, e não se efetiva o direito do paciente a apresentar uma queixa, corroborando a necessidade de que haja um novo sistema para esta função.

A proposta da presente pesquisa não é tratar diretamente de um sistema de queixa para o Brasil, mas este Capítulo dedica-se ao aporte de diretrizes para a criação de um sistema de queixas brasileiro, o qual deve ficar a cargo do Ministério da Saúde (MS), em nível da União, das Secretarias Estaduais de Saúde, a nível estadual, e das Secretarias Municipais de Saúde, a nível municipal. Assim,

considerando o que foi analisado em relação ao sistema de queixas do NHS da Inglaterra, e do Relatório do *Healthwatch* “Uma dor queixar”[180], elaborado em 2025, com propostas para melhoria do sistema de queixas do NHS da Inglaterra, bem como a todo o exposto no trabalho, especialmente, os quatro eixos da BCS, passa-se à apresentação das diretrizes.

O principal problema a ser enfrentado nessa temática versa sobre a ausência de um sistema de queixa no Brasil, o que implica no recebimento, acolhimento, processamento e resolução da queixa. Esse problema ocorre em todo o território nacional, na medida em que os mecanismos existentes atualmente, como as ouvidorias do SUS e ouvidorias hospitalares, não se equivalem aos sistemas aqui explorados. Tal problema deve ser enfrentado por meio da criação de um sistema de queixa no Brasil. Necessário se faz que essa elaboração seja inserida na agenda governamental, reforçando o entendimento de Albuquerque[85] que os temas acerca da qualidade e segurança do paciente, bem como as questões afetas ao cuidado em saúde do paciente e às queixas, paulatinamente, deverão se tornar parte dessa agenda.

De forma específica, no que tange aos aportes práticos à referida criação, registra-se, inicialmente, a importância que haja articulação com o controle social para criação do sistema de queixa.

Nesse ponto, destaca-se a existência da Carta dos Direito dos Usuários da Saúde, elaborada pelo MS e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2011, que dispõe, inciso XI, do artigo 5º, que toda pessoa deve ter seus direitos respeitados na relação com os serviços e saúde, garantindo-lhes o direito de “expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.”

Adicionalmente, também se considera como inspiração para a criação do sistema de queixa de paciente brasileiro a Portaria GM/MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a criação de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, consoante artigo 2º e inciso I, do artigo 3º da aludida Portaria, independentemente se o estabelecimento atua na esfera pública ou privada. Salienta-se que os referidos Núcleos possuem papel fundamental no aprimoramento da qualidade e segurança dos serviços de saúde e na promoção da prevenção, do

controle e da mitigação de incidentes de segurança do paciente, articulando os processos de trabalho e informações que impactem em riscos ao paciente. Como inspiração, também foi utilizada a Resolução nº 3, de 25 de setembro de 2025, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para cumprimento das decisões proferidas pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos e pelos mecanismos convencionais e extraconvencionais de direitos humanos da Organização das Nações Unidas, no âmbito do SUS, especialmente, no que tange à mudança de estrutura do SUS, na esfera tripartite, para assegurar cumprimento de medida reparatória de saúde em razão de violação de direitos humanos, no Brasil.

Desta feita, extraindo-se da aludida Portaria e da Resolução supracitada os aportes aqui apresentados, verifica-se que para a criação de sistema de queixa no âmbito do SUS, faz-se necessário ser regulamentado por Resolução elaborada pela CIT. Já no âmbito privado, por meio de Portaria do MS, nos moldes do PNSP, aplicado à segurança do paciente. Nesse sentido, considera-se a relevância e magnitude da temática envolvendo os sistemas de queixas e as violações dos pacientes na esfera dos cuidados em saúde e a prioridade conferida ao direito de ser ouvido e obter resolução justa na agenda dos Estados-Membros da OMS, por meio da Carta de Direitos de Segurança do Paciente, publicada em 2024, juntamente com o disposto no artigo 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde.

Assim, no que se refere à estrutura desse sistema de queixa na esfera nacional, baseando-se na compreensão de que a implementação de um sistema de queixa deve ser feita pelo MS, vislumbra-se a criação de um órgão na estrutura regimental desse Ministério. Observando a estrutura indicada no Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que apresenta, em seu Anexo I, a estrutura regimental do MS, esta pesquisa defende a necessidade de criação de uma Secretaria de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, compreendendo a importância de que seja uma Secretaria específica do MS (Inciso I, Art. 2º, Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023)[199] e que dentro dessa Secretaria seja incluído a criação de um Departamento de Sistema de Queixa e Comunicação, contemplando o sistema de queixa e a comunicação de eventos adversos nos cuidados em saúde.

Cumpre indicar que esta pesquisa, compreendendo a necessidade e importância que todo paciente tenha seu direito de apresentar queixa amplamente garantido, defende a existência de um Escritório de Queixa local em cada hospital, em conformidade com o disposto em Portaria e Resolução específicas.

Complementarmente, em relação à comunicação nos cuidados em saúde, ainda que a comunicação e o *disclosure* na saúde[85] não sejam temas específicos desta pesquisa, considera-se de suma importância que, na estrutura do MS, tais temáticas sejam abordadas de forma relacionada. Registra que, no que toca às queixas que são apresentadas pelos pacientes, familiares e representantes legais e contêm relatos sobre a ocorrência de eventos adversos, ainda que o escopo desse estudo não seja, de forma específica, a reparação pecuniária, reflete-se que equiparando ao *NHS Resolution*, o Brasil também deve possuir um sistema para reparação pecuniária decorrente de eventos adversos. A temática sobre a criação de um órgão específico, como o *NHS Resolution*, carece de estudos no tema a nível nacional, mas, a título de oferecer aporte para a efetivação desse tipo de queixa, na esfera orçamentária, a União, juntamente com Estados e Municípios, deve definir as diretrizes para pagamento das eventuais reparações pecuniárias advindas dos eventos adversos. O objetivo é que, assim como ocorre no *NHS Resolution*, as queixas sobre reparação pecuniária decorrentes dos eventos adversos na esfera pública da saúde sejam solucionadas, em sua maioria, administrativamente, por meio de mecanismos consensuais como a mediação, guardando ao Poder Judiciário a posição de ser a última opção para pleito dessa reparação. Assim, faz-se necessário que para esse aporte seja elaborada Lei específica contendo a previsão de um sistema de reparação pecuniária decorrente de evento adverso na saúde.

Nota-se que o sistema de queixa, compreendendo a esfera da União, Estados ou Municípios, não substitui as ouvidorias do SUS, que devem ser mantidas para recebimento de manifestações com temáticas voltadas às questões de acesso à saúde e demais participações do cidadão na Administração Pública, nem as ouvidorias hospitalares. A atuação das ouvidorias seria, portanto, complementar a do sistema de queixa.

A competência da Secretaria de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, deve abarcar as organizações de saúde do país, balizada pelo artigo 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Assim, os Secretários de Saúde, no âmbito das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios possuem a

responsabilidade em garantir que o serviço de saúde estabeleça um Escritório de Queixa Local e que os profissionais sejam capacitados para atuarem nesses serviços, em conformidade com Resolução específica a ser elaborada sobre o tema. Outrossim, devem prover mecanismos para informar os pacientes sobre a existência do referido direito. No mesmo sentido, necessário se faz que cada serviço de saúde forneça informações ao paciente, desde sua entrada na organização, sobre a possibilidade de que suas preocupações sejam relatadas. Igualmente, considera-se importante que o Escritório de Queixa local, distribuído em todo o país, tenha um funcionamento amplo, o que abrange sábados, domingos, feriados e períodos noturnos. Importante, portanto, que os gestores considerem a alocação de profissionais para atuação em escala de plantão. Nesse ponto, registra-se apenas que a utilização de inteligência artificial, como *chatbots* ou sites, para receber queixas dos pacientes não substitui a existência de um profissional qualificado para tal função[200-203].

Em relação à questão normativa, vislumbra-se ser essencial a adoção de medidas precisas, entre elas: a) a aprovação do Projeto de Lei nº 2.242, de 2022, em trâmite no Senado Federal, que dispõe sobre o Estatuto dos Direitos dos Pacientes, efetivando o reconhecimento desses direitos em todo território nacional; b) apresentação de projeto de lei sobre o direito de apresentar queixa nos cuidados em saúde; c) elaboração do Decreto para mudar a estrutura do MS e criar a Secretaria de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente; e d) elaboração de Resolução da CIT contendo a previsão do sistema de queixa.

Nesse sentido, considerando os quatro eixos da BCS, tem-se o Direito do Paciente. Consoante exposto no subcapítulo anterior, o NHS da Inglaterra possui na sua Constituição[169] o reconhecimento expresso do Direito do Paciente e do compromisso de que tais direitos sejam garantidos, inclusive, o direito do paciente de apresentar queixa. Como visto, a Constituição do NHS não cria direitos, apenas compila os direitos que são reconhecidos em legislações específicas e que são aplicados ao contexto do NHS. Verifica-se, ainda, que, na Inglaterra, os profissionais de saúde e as organizações de saúde devem, desde a entrada do paciente na organização, informar sobre este direito, mantendo informações acessíveis acerca do procedimento para apresentar as queixas, e da existência do PALS como um mecanismo de ligação do paciente, para acolhê-lo e orientá-lo quando for preciso[175]. De forma oposta, o Brasil não possui Lei nacional específica prevendo os direitos dos pacientes, e ainda não reconhece amplamente o Direito do Paciente como um novo

ramo jurídico autônomo, com arcabouço teórico e normativo próprio. Reforça-se que a Carta de Usuários do SUS não se equivale à Constituição do NHS, fundamentado nas distinções apresentadas em Capítulo anterior sobre o paciente e o usuário. Ademais, as ouvidorias do SUS e ouvidorias hospitalares não se assemelham aos mecanismos existentes no sistema de queixa da Inglaterra, sendo necessário pensar na criação da referida Secretaria e Departamento para a atuação no cuidado em saúde e na possibilidade de uma Resolução da CIT específica.

Outrossim, reflete-se sobre dois pontos específicos. O primeiro é sobre a importância de que o sistema de queixa brasileiro tenha a possibilidade de mediação intrínseca em sua estrutura, ou seja, a mediação deve ser compreendida como um mecanismo inerente ao processamento da queixa na esfera administrativa de saúde. No Brasil, a mediação extrajudicial é conhecida e realizada em diversas áreas, contudo, não há determinação estruturada para que, assim que ocorra uma queixa decorrente de um evento adverso, seja oportunizada às partes a realização de uma mediação. Nesses casos, o sistema de queixa deve prever em qual momento será oportunizado para os envolvidos a realização da mediação, bem como quais as parcerias serão realizadas para que a mediação ocorra com mediadores imparciais e capacitados para a atuação nesta área. No *NHS Resolution*, destacam-se o *Centre for Effective Dispute Resolution* (CEDR)[204] e *Costs Alternative Dispute Resolution* (CADR)[205]. Além disso, há o *Medical Mediation Foundation* (MMF), com atuação global e foco nos conflitos envolvendo o cuidado em saúde. De forma específica, em Londres, o MMF atua no *Evelina London Children's Healthcare*[206]; inclusive, realiza capacitação para os profissionais de saúde e profissionais da organização em resolução de conflitos[207], almejando que não haja a escalada do conflito e que aqueles, principalmente, oriundos da má comunicação entre profissional de saúde e paciente, não sejam fomentados[207].

No que tange à empatia clínica, é essencial que o Departamento de Sistema de Queixa brasileiro tenha como um de seus fundamentos a empatia. Como visto, um sistema de queixas deve oportunizar que o paciente receba respostas céleres, mais efetivas e empáticas, quando levantar preocupações ou apresentar queixas sobre o seu cuidado[178]. Nesse sentido, é importante que o MS, os Estados e Municípios fomentem a realização de cursos de capacitação em empatia, especialmente para que desenvolvam comportamentos em prol dos direitos dos pacientes, tomando suas perspectivas e ressoando as emoções dos pacientes, além da compreensão da

vontade, da preferência e da necessidade do paciente após a apresentação da queixa, inclusive, quando esta envolver relato de dano vivenciado pelo paciente[121,208]. Outrossim, a postura empática do profissional pode evitar a escalada de conflitos desnecessários[39,106]. Desta feita, é essencial que o sistema de queixa brasileiro tenha a atuação dos profissionais no sistema de queixas recebendo, acolhendo, oferecendo apoio para apresentação das queixas e resolvendo-as. Para além, nos profissionais de saúde que atuam diretamente no encontro clínico, para que a empatia seja incorporada no processo de cuidado em saúde[106], inclusive, na esfera das queixas, contribuindo para um sistema de queixa centrado no paciente, não na gestão ou na organização de saúde.

Por fim, no que toca ao eixo do CCP, reitera-se que todo o cuidado em saúde deve ser centrado no paciente, inclusive quando o paciente ou familiar apresentar preocupações sobre o cuidado, ou quando ele tiver uma queixa, seja em razão de um direito do paciente ter sido violado, por ter uma expectativa não atendida, ou por ter sido vítima de um dano na esfera do cuidado em saúde. O Relatório elaborado pelo *Healthwatch,* em 2025, reforçou que o sistema de queixa precisa ser centrado no paciente, salientando a relação entre as queixas e a melhoria para a segurança do paciente. Ademais, indicou os principais elementos para que o procedimento do sistema de queixa seja centrado no paciente, sendo eles: a) compreender quem apresenta a queixas, posto que a partir desses dados será possível verificar possíveis problemas no sistema que excluam algumas pessoas de efetivamente apresentarem as queixas, quando desejarem; b) avisos públicos sobre como navegar no sistema de queixa, incluindo as informações sobre a apresentação e os procedimento das queixas desde a “porta de entrada” no sistema de saúde; c) os pacientes, familiares e cuidadores podem obter suporte no sistema de saúde para a elaboração das queixas, caso desejem e seja necessário; d) as queixas são respondidas de maneira célere, com conhecimento e resposta inicial em até três dias úteis; e) o tratamento e o processamento das queixas ocorre de maneira efetiva, mantendo o paciente informado sobre o processamento e colhendo informações sobre sua satisfação com o sistema de queixa, para possibilidade de melhoria na atuação; e f) o sistema de queixa aprende com as queixas que são apresentadas e demonstra esse aprendizado aos pacientes, ao público e ao governo. Esses são os elementos básicos que o Departamento de Sistema de Queixa brasileiro e os Escritórios de Queixas distribuídos no contexto estadual e municipal, devem seguir.

Por fim, verifica-se que um sistema de queixa que atua de maneira centrada no paciente é atento às queixas desde a entrada do paciente na organização de saúde. Desse modo, apresentam-se aportes para a criação de um sistema de queixa centrado no paciente, como disposto no Relatório elaborado pelo *Healthwatch*, de 2025[180].

Assim, de forma prática, quando o paciente é admitido na organização de saúde, ele é informado sobre o direito de apresentar queixa e como exercê-lo, caso seja necessário. Em seguida, quando algo não sai como esperado, ou quando ele tem um direito violado, deve-se verificar se a queixa apresentada contém relato sobre dano ao paciente. No caso de evento adverso, deve ser realizado o *disclosure*[85] pela organização de saúde. Verifica-se, assim, que com o sistema de queixa, o paciente, familiar ou cuidador tem a possibilidade de expressar suas preocupações e sabe que elas serão tratadas com seriedade pelo sistema de queixa. Após a apresentação da queixa, o paciente, familiar ou cuidador segue sendo informado sobre o que ocorre no processamento de sua queixa, estando centrado nas necessidades e nas preferências do paciente. Inclusive, é conferida oportunidade para que o próprio paciente, familiar ou cuidador explique como ele entende que a queixa deve ser solucionada, e o que ele espera com a apresentação da queixa.

Em seguida, o paciente, familiar ou cuidador recebe a resposta em um período adequado para a solução de sua queixa, sendo informado sobre os resultados de uma maneira apropriada ao conteúdo, por uma pessoa capacitada para tanto. A resposta que o paciente, familiar ou cuidador recebe é específica para sua queixa, conforme o que foi relatado. Por último, o paciente, familiar ou cuidador tem a possibilidade de refletir sobre a experiência vivenciada, esperando que: a) o paciente confia no sistema de queixa para apresentar a queixa novamente, se for preciso; b) o paciente foi escutado em todo o processamento da queixa, e as suas necessidades foram consideradas para a solução; c) o paciente compreende que sua queixa auxilia no aprimoramento do cuidado em saúde; e d) o paciente apoiaria outros pacientes a apresentarem uma queixa, caso fosse necessário.

As informações acima apresentadas compreendem os aportes contendo o que um sistema de queixa pautado na BCS deve possuir. Esta pesquisa demonstra que é necessária uma mudança normativa e estrutural para que o sistema de queixa seja efetivamente implementado no Brasil.

Ao analisar o sistema de queixa sob a perspectiva da BCS, percebe-se que as organizações de saúde devem promover mudanças concretas nos cuidados em saúde, com reconhecimento e efetivas ações para garantia dos direitos dos pacientes, compreendendo a relação de parceria entre os atores do encontro clínico, fomentando a capacitação dos profissionais de saúde e daqueles profissionais que atuam nos sistemas de queixas, na esfera pública e privada, em empatia clínica, garantindo que todo o cuidado em saúde seja centrado no paciente, e salientando que o CCP também abrange, para além do encontro clínico, a esfera das queixas no cuidado em saúde. É essencial que o paciente seja o protagonista do seu cuidado quando as expectativas não são atendidas, quando seus direitos do paciente são violados e quando ele sofre um dano.

Não é admissível que o Brasil continue a adotar uma perspectiva inviabilizadora dos direitos do paciente, especificamente, em relação ao direito do paciente de apresentar queixa. As ouvidorias do SUS, bem como o Poder Judiciário, não suprem as necessidades do paciente e não consideram o paciente como protagonista de seu cuidado, não garantindo, assim, o que se preconiza no direito de apresentar queixa. No Brasil, deve ser criado o sistema de queixa brasileiro para que os pacientes sejam acolhidos e recebam apoio para caso necessário, apresentarem suas queixas e terem estas resolvidas, a partir da consideração de suas necessidades, vontade e preferências.

Fomentar que o encontro clínico respeite os direitos dos pacientes, mas não criar um sistema de queixas, é continuar a falhar com o paciente e persistir em violar os seus direitos, sendo essencial, portanto, a existência de um sistema de queixa fundamentado na BCS, no Brasil.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa trouxe reflexões e considerações que encontram, para além do campo teórico bioético, o campo prático do sofrimento dos pacientes que estão sob cuidado em saúde, e que seguem sendo invisibilizados e tendo que lidar, não apenas com a experiência que o adoecer traz consigo, mas também com suas preocupações e queixas sem o sistema adequado para recebê-las, acolhê-las e resolvê-las. Lidar com as queixas é temática sensível e, por vezes, evitada na esfera dos cuidados em saúde. A relação íntima que a queixa possui com a percepção de situação negativa[102], que deve, a todo custo, ser coibida, não condiz com a realidade, haja vista que situações que ensejam em queixas ocorrem diuturnamente nos cuidados em saúde. Do mesmo modo, o paciente deve apropriar-se deste direito e compreender que ele pode sim, sempre que necessário, apresentar uma queixa e buscar pelos seus direitos, sem medos de ser rotulado como “paciente difícil”, ou receio que seu cuidado seja impactado após a apresentação da queixa[98-100].

Reconhecer o direito de apresentar as queixas é apropriar-se de um direito que todo paciente tem e que deve ser amplamente conhecido e divulgado, tanto para os pacientes, quanto para as organizações de saúde. Na prática, o paciente vivencia uma vulnerabilidade acrescida, lidando com dores, sintomas, preocupações, medo, mudanças de planos e perspectivas, tendo que invocar “não apenas paciência de quem se resigna, mas também a coragem de quem resiste”[16]. Assim, tendo como base o Direito do Paciente, que estabelece mínimos éticos para a relação de cuidado em saúde, deve-se considerar como o mínimo que esse paciente tenha um sistema de queixa adequado para quando for necessário. Feitas tais considerações iniciais, passa-se às reflexões e conclusões finais oriundas do presente trabalho.

No que toca ao referencial adotado, tem-se que a BCS representa uma resposta adequada às questões bioéticas relacionadas com as queixas nos cuidados em saúde, sendo considerado um referencial teórico apto a responder às questões que emergem do cotidiano dos cuidados em saúde e que culminam na apresentação das queixas. Desta feita, a BCS é apta a substituir o Principialismo, corrente hegemônica da Bioética, que confere privilégio epistêmico ao profissional de saúde e estabelece princípios direcionados para a atuação do profissional, não considerando o paciente como titular de direitos, nem mesmo reconhecendo a assimetria de poder inerente à relação de cuidado em saúde[24]. No que toca à BCS, a presente pesquisa

compreende que, por se tratar de uma vertente da Bioética Clínica, sendo considerada uma Ética Aplicada, é o referencial adequado para refletir sobre problemas morais relacionados às queixas nos cuidados em saúde, como a assimetria de poder[16,69] identificada na relação entre profissional de saúde e paciente a injustiça epistêmica[20], a ausência de centralidade do paciente em todo o contexto do cuidado em saúde – o que inclui a apresentação das queixas –, bem como a necessidade que sejam apresentadas respostas oportunas e uma resolução justa, pautada nas necessidades do paciente.

Ainda em relação à BCS, verificou-se que os seus quatros eixos, quais sejam, o direito do paciente, a centralidade do paciente, a relação de parceria entre os atores do encontro clínico e a empatia clínica estão presentes em sistemas de queixas de diversos países, com destaque para os Países Baixos, a Suécia e a Inglaterra. A partir dos quatros eixos, compreende-se relação direta entre os sistemas de queixas e o Direito do Paciente, haja vista que o direito de apresentar queixa pressupõe a existência de um sistema que permite o recebimento, o processamento e a resposta da queixa apresentada pelo paciente ou familiar. Assim, falar sobre sistemas de queixas pressupõem também reconhecer que pacientes possuem direitos específicos quando estão em uma relação de cuidado em saúde, inclusive, visto que há o direito de apresentar queixa.

No que toca à centralidade do paciente, compreende-se que não é possível conceber um mecanismo que receba, processe e resolva a queixa que não seja centrado no paciente. Inclusive, perguntando ao paciente, familiar ou cuidador que apresentou a queixa o que ele espera como possível forma de resolução, possibilitando que ele participe ativamente do seu cuidado, inclui-se a esfera das queixas. Nesse eixo específico, reflete-se que o tema sobre a centralidade do paciente vem sendo discutido entre as organizações de saúde públicas e, ainda mais, nas privadas. Entretanto, pouco se fala sobre evidenciar a centralidade do paciente quando ele reclama do cuidado prestado, no caso do Brasil, que ainda não falamos em queixas, ou quando sofre algum dano decorrente do cuidado, ou mesmo quando algo inesperado ocorre e ele tem alguma expectativa que não é atendida nesse contexto. Assim, questiona-se como é possível falar em um cuidado em saúde que seja centrado no paciente, mas que não inclua o protagonismo do paciente na esfera das queixas? Desta feita, esta pesquisa conclui que um cuidado é centrado no

paciente quando o protagonismo do paciente abrange o encontro clínico e as queixas decorrentes dos cuidados em saúde.

No que tange à relação de parceria entre os atores do encontro clínico, a BCS, ao contrário do Principialismo, reconhece a existência de assimetria de poder na relação entre profissional de saúde e paciente, e que o risco de que estigmas sejam conferidos ao paciente que decide apresentar uma queixa pode ser considerado como uma barreira, especialmente, quando se trata de pacientes específicos, como os pacientes idosos. Assim, este trabalho conclui que é necessário que as organizações de saúde atuem de forma a promover um cuidado em saúde que, desde a entrada no paciente na organização, informe ao paciente que é seu direito apresentar uma queixa e quais os mecanismos para que isso ocorra.

Em relação ao último eixo, qual seja o da empatia clínica, verifica-se que é essencial que as organizações de saúde e os próprios profissionais busquem capacitações em empatia clínica, haja vista que as pesquisas demonstram que o tema recorrente das queixas se relaciona com a comunicação. Tem-se que, em diversos momentos do cuidado em saúde, as narrativas dos pacientes são compreendidas como "irrelevantes, confusas, muito emocionados e inúteis ou uma 'perda de tempo'"[20], o que pode ser modificado a partir de uma postura empática do profissional de saúde. No mesmo sentido, é importante que os sistemas de queixas ofereçam capacitações sobre empatia clínica aos profissionais que são responsáveis por receber, acolher, processar e resolver a queixa, visto que as queixas carregam relatos significativos não apenas sobre o cuidado individual do paciente, mas sobre todo o sistema de saúde que está inserido, sendo importante uma postura empática.

Sob o prisma interno, considerando as análises realizadas nesta pesquisa sobre a situação atual do Brasil, conclui-se que não há, no país, um sistema de queixas, tampouco um sistema que seja fundamentado na BCS. Desse modo, verifica-se que os pacientes, tanto na esfera pública quanto privada, seguem sendo invisibilizados nos cuidados em saúde. Em relação às ouvidorias do SUS, analisando o contexto histórico de sua gênese, observa-se o apagamento do paciente, posto que as ouvidorias do SUS foram criadas com fundamento na saúde coletiva, no controle social, na participação do cidadão na Administração Pública, com vistas a estimular a participação da sociedade civil na gestão pública e em aperfeiçoar a democracia e os serviços prestados à sociedade[145], desconsiderando, assim, a existência do paciente na esfera das queixas em saúde. O marco histórico da 8ª Conferência Nacional de

Saúde que culminou, posteriormente, na criação do SUS, é de suma importância para a saúde do país. Contudo, de forma geral, o SUS segue desconsiderando a existência do paciente, conforme amplamente exposto nesta pesquisa. Igualmente, as ouvidorias do SUS não resolvem as queixas que são apresentadas, não existindo, de maneira estruturada, um sistema voltado, especificamente, para receber, acolher, processar e resolver a queixa apresentada nos cuidados em saúde. Igualmente, as ouvidorias hospitalares, aqui consideradas como sendo as ouvidorias dos hospitais privados, foram desenvolvidas fundamentando-se na lógica do consumo e nos direitos civilistas e consumeristas[28-29]. Em regra, a centralidade principal das ouvidorias hospitalares está na melhoria do serviço de saúde que é prestado ao cliente e na satisfação do consumidor, não no paciente e nas suas necessidades apresentadas no momento da queixa.

Com efeito, em relação ao contexto público e privado, esta pesquisa concluiu que, por vezes, ao verificar as queixas nos cuidados em saúde, os hospitais públicos e privados voltam a centralidade para a gestão, não para o paciente. Assim, preocupam-se com a repercussão midiática do ocorrido, com os reflexos negativos que a imagem da organização pode ter, podendo impactar na busca de outros pacientes por aquela organização, ou pelos riscos de ajuizamento de processos contra as organizações de saúde e contra os profissionais, bem como as eventuais indenizações que poderão ser obrigados a pagar aos pacientes e familiares. Desse modo, compreende-se que as obrigações éticas em relação aos pacientes, por vezes, são preteridas em benefício da organização de saúde e do profissional, resultando em um apagamento do paciente, bem como de suas necessidades. O paciente fica, portanto, à margem de qualquer acolhimento e suporte que possa vir a precisar em decorrência da situação vivenciada e relatada na queixa.

Em relação ao modelo de sistema de queixa adotado pela Inglaterra, percebe-se que este é composto por diversos mecanismos, quais sejam, o escritório de queixas no próprio local do hospital, os mecanismos de ligação, o *Ombudsman* e o *NHS Resolution* para queixas que versam sobre danos decorrentes dos cuidados em saúde. Cumpre registrar que esse sistema disponibiliza diversos mecanismos para que o paciente, familiar ou cuidador que precise, efetivamente encontre um meio para ser escutado e ter sua queixa solucionada. Ao passo que nosso sistema evitar, por vezes, informar sobre a possibilidade de um paciente apresentar sua reclamação, considera-se admirável um sistema que se disponha a criar mecanismos diversos

para que tal direito seja garantido. Adicionalmente, ainda que permeado por falhas e necessidades de ajustes, nota-se que há uma preocupação com a melhoria desses mecanismos, como visto pelo Relatório(10) produzido no ano de 2025 contendo os pontos identificados como aqueles que estão falhando e o que deve ser feito para o aperfeiçoamento, tendo como foco a centralidade do paciente no sistema de queixas.

Com fulcro em todo o analisado neste trabalho, considerando o sistema de queixa da Inglaterra, compreende-se como imprescindível uma mudança efetiva na forma como as manifestações dos pacientes são tratadas no Brasil, tanto na cultura quanto na estrutura dos mecanismos. À vista disso, partindo da inspiração baseada na Portaria GM/MS Nº 529, de 1º de abril de 2012, que institui o PNSP, do inciso XI, do artigo 15, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a possibilidade de elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, e da Resolução nº 3 de 25 de setembro de 2025, da CIT, tendo em vista a sua relevância pública, verifica-se que para a criação de sistema de queixa no âmbito do SUS, faz-se necessário ser regulamentado por Resolução elaborada pela CIT. Já no âmbito privado, por meio de Portaria do MS, nos moldes do PNSP, aplicado à segurança do paciente.

Assim, no que se refere à estrutura desse sistema de queixa na esfera nacional, baseando-se na compreensão de que a implementação de um sistema de queixa deve ser feita pelo MS, vislumbra-se a criação de um órgão na estrutura regimental desse Ministério. Desse modo, a pesquisa propõe a criação de um novo órgão no MS, qual seja, a Secretaria de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, composto pelo Departamento de Sistema de Queixa e Comunicação, e, a nível local, a criação de Escritórios de Queixas Locais nos hospitais.

Ressalta-se que o sistema de queixa deve ser fundamentado na BCS e nos seus quatros eixos, visto que, como indicado, é essencial que esses eixos estejam presentes em um sistema de queixa. Desta feita, esse sistema de queixa deve possuir foco no recebimento, acolhimento, processamento e efetiva resolução da queixa apresentada, sendo possível a realização de mediação ou outros mecanismos para solução consensual de conflitos, juntamente com a promoção dos direitos dos pacientes e foco na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Ressalta-se, nesse sentido, a importância da aprovação do Projeto de Lei nº 2.242/2022, em trâmite atualmente no Senado Federal, que versa sobre o tema. Portanto, todos eles

elementos são essenciais para um sistema de queixas que seja fundamentado na BCS.

Registra-se, por fim, que com esta pesquisa espera-se que as organizações de saúde reconheçam a assimetria de poder que é intrínseca à relação profissional de saúde e paciente, e compreendam que o direito do paciente de apresentar queixa é um dos direitos do paciente, e, igualmente aos outros direitos do paciente, deve ser respeitado e promovido. No mesmo sentido, almeja-se que os pacientes se apropriem desse direito e que não sintam medo ou preocupação com a apresentação de sua queixa, quando têm algum direito do paciente violado, quando algo inesperado ocorre e não têm suas expectativas correspondidas ou quando são vítimas de um dano, fazendo com que suas vozes sejam ouvidas e que suas queixas deixem de ser invisibilizadas em sistemas que não são adequados para recebê-las. Desenvolver um sistema de queixa fundamentado na BCS também contribui para a concretização do mínimo ético que um cuidado em saúde deve possuir.

REFERÊNCIAS

1. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. Nurs Open [Internet]. 2018. [acesso em 09 maio 2024];5(2):224-32. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867282/
2. Giugliani C, Gault N, Fares V et al. Evolution of patient's complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights? BMC Health Serv Res [Internet]. 2009 [acesso em 09 maio 2024];9:1-9. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-141
3. Laliberté M, Casgrain L, Volesky KD. Handling complaints: considerations for prioritizing complaints. Canadian J Bioethics [Internet]. 2022 [acesso em 07 abr. 2024];5(3):43-7. Disponível em: https://www.erudit.org/en/journals/bioethics/2022-v5-n3-bioethics07382/1092955ar.pdf
4. Healthwatch. What does NHS data about complaints tell us? [Internet]. 2019 jun. 19. [acesso em 08 set. 2025]. Disponível em: https://www.healthwatch.co.uk/blog/2019-06-19/what-does-nhs-data-about-complaints-tell-us
5. Sundler AJ, Darcy L, Råberus A, Holmström IK. Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patient's complaints in light of the right to health and health care. Health Expect. 2020;23:613-20.
6. Doig G. Responding to formal complaints about the emergency department: Lessons from the service marketing literature. Em Med Australasia [Internet]. 2004 [acesso em 11 fev. 2024];16:353-60. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15283724/
7. Bryce G. Complaints - and how to deal with them. J Accid Em Med [Internet]. 1998 [acesso em 11 fev. 2024];15:63-4. Disponível em: https://emj.bmj.com/content/15/1/63
8. Gal I, Dorón I. Israel. Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. International J Qual Health Care [Internet]. 2007. [acesso em 19 fev. 2024];19(3):158-63. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/19/3/158/1791671
9. Kroening HL, Kerr B, Bruce J, Yardley I. Patient complaints as predictors of patient safety incidents. Pat Exp J [Internet]. 2015.[acesso em 08 mar.

2024];1(1). Disponível em: https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=journal#:~:text=The%20complaints%20that%20hospitals%20receive,serious%20safety%20incidents%20from%20occurring

10. NHS. A pain to complain [Internet]. 2025 [aceso em 20 ago. 2025]. Disponível em: https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/20250120_Complaints%20report%20draft%20FINAL%20HWE.pdf
11. Michaelis. Queixa [Internet]. [acesso em 25 ago. 2025]. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/queixa.
12. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Denúncia x Queixa-Crime. [acesso em: 25 ago. 2025] Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/denuncia-x-queixa-crime
13. Brasil. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Presidência da República [Internet]. 3 out. 1941 [acesso em 25 ago. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm
14. Albuquerque A. Direitos Humanos do Paciente. Curitiba: Juruá; 2016.
15. Council of Europe. European Court of Human Rights (ECtHR). Guide on article 13 of European Convention on Human Rights [Internet]. 31 dez. 2020 [acesso em 08 set. 2025] https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_13_ENG.pdf
16. Albuquerque A. Manual de Direito do Paciente. Belo Horizonte: CEI; 2020.
17. Cotturri G, Inglese SA, Moro G, Roffiaen C, Scattolon C. European Charter of Patients' Rights. Basis Document [Internet]. nov. 2002 [aceso em 09 set. 2025]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
18. Albuquerque A. Bioética do Cuidado em Saúde: novo método de deliberação ética na prática clínica [Internet]. [acesso em 30 ago. 2025]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/383021122_Bioetica_do_Cuidado_em_Saude_novo_metodo_de_deliberacao_etica_na_pratica_clinica
19. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophial analysis. Med

Health Care Phil [Internet]. 2014 [acesso em 15 maio 2024];17:529-40. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-014-9560-2

20. Albuquerque A. Empatia nos cuidados em saúde. Carmo do Parnaíba: Manole; 2023.
21. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Rev Bioética [Internet]. 2019 [acesso em 19 abr. 2024];13(1). Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97
22. OMS. Carta de Direitos de Segurança do Paciente [Internet]. 2024 [acesso em 27 ago. 2025]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/60627/9789275728710_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Albuquerque A. Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. Cad Ibero-amer Dir Sanit [Internet]. 2022 [acesso em ago. 2025];11(3) Disponível em: https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.925
24. Albuquerque A, Tanure C. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice [Internet]. [acesso em 23 ago. 2025]. Disponível em: https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20230419/91b6d8b343fe6ac4b7bc36f87c8d4b41.pdf
25. Albuquerque A, ELER K. Bioética do Cuidado em Saúde: novo referencial para a prática clínica [Internet]. [acesso em 23 ago. 2025]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/376447843_BIOETICA_DOS_CUIDADOS_EM_SAUDE_NOVA_PROPOSTA_DE_UMA_ETICA_PARA_A_PRATICA_CLINICA
26. Dael JV, Reader TW, Gillespie A, Neves AL, Darzi M, Ara Erik K. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. BMJ Qual Saf [Internet]. 2019 [acesso em 10 fev. 2024];29(8):684-95. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32019824/
27. Albuquerque A, Paranhos D. Mapeo de los derechos de los pacientes [Internet]. 2020 [acesso em 31 ago. 2025];2(22). Disponível em: https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2021/08/RevistaBioetica22.pdf
28. Albuquerque A, Matias C, Menegaz M. Ombudsman do paciente, ouvidoria hospitalar e do SUS no Brasil: análise das suas distinções sobre a ótica dos direitos do paciente [Internet]. 2025.
29. Vismona EL. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. In: A Ouvidoria no Brasil.

São Paulo: Imprensa Oficial do Estado Associação Brasileira de Ouvidores; 2000.

30. Ryngelblum A, Šostar M, Andrlić B. Reclamações de clientes sobre saúde no Brasil raramente são sobre erros médicos. Int J Environ Res Publ Health. 2024;21:887. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph21070887
31. European Commission. Patients' rights in the European Union: mapping eXercise: final report. European Commission Publications Office [Internet]. 2016 [acesso em out. 2025]. Disponível em: doi/10.2875/751285
32. Brasil. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS [e-book]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 23 ago. 2025]. Disponível: em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_implantacao_ouvidoria_sus_2ed.pdf
33. Mayberry MK. The NHS complaints system. Postgrad Med J [Internet]. 2002 [acesso em 03 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1742556/pdf/v078p00651.pdf
34. NHS Litigation Authority. About us [Internet]. 2016 [acesso em 04 jun. 2024] Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20180903111928/http://www.nhsla.com/AboutUs/Pages/Home.aspx
35. United Kingdom. About NHS Resolution [Internet]. 2024 [acesso em 21 maio 2024]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/about/
36. NHS Resolution. Collaboration continues to cut costs and resolve cases without need for litigation [Internet]. 2023 [acesso em 04 jun. 2024]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/2023/07/13/collaboration-continues-to-cut-costs-and-resolve-cases-without-need-for-litigation/
37. VoiceAbility. NHS complaints advocacy- get support to make a complaint about an NHS service [Internet]. [acesso em 21 maio 2024]. Disponível em: https://www.voiceability.org/about-advocacy/types-of-advocacy/nhs-complaints-advocacy
38. Egan J. Conflict Management. In: Clinical Laboratory Management. 2ª ed. Washington: ASM Press; 2014. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1128/9781555817282.ch13
39. Laarman BS. De rol van het recht als er iets misgaat in de gezondheidszorg.

[tese]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2022 [acesso em 18 fev. 2024] Disponível em: https://research.vu.nl/en/publications/de-rol-van-het-recht-als-er-iets-misgaat-in-de-gezondheidszorg

40. Officer of the Ombudsman. Model complaints system and policy: The Ombudsman's guide to developing a complaint handling system [Internet]. [acesso em 10 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.ie/guidance-for-service-providers/model-complaints-system-a/model-complaints.pdf
41. Gillespie A, Reader TW. Patient-centered insights: using health care complaints to reveal hot spots and blind spots in quality and safety. Milbank Q [Internet]. 2018 [acesso em 06 mar. 2024];96(3):530-67. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12338
42. Mattarozzi K, Sfrisi F, Caniglia F, Palma A, Martoni M. What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. A qualitative research study. International J Qual Health Care [Internet]. 2017 [acesso em 11 fev. 2024];29(1):83-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27920247/
43. Berger S, Saut AM, Berssanet FT. Using patient feedback to drive quality improvement in hospitals: a qualitative study. BMJ Open [Internet]. 2020 [aceso em 06 mar. 2024];10:e037641. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e037641
44. Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A. Norway: health system review. Eur Obs Health Sys Pol [Internet]. 2020 [acesso em 18 fev. 2024];22:1. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/HiT-22-1-2020
45. Gallagher TH, Mazor KM. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. BMJ Qual Saf [Internet]. 2016 [citado em 10 jun. 2024];24:352-5. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/24/6/352
46. Ombudsperson British Columbia. Complaint Handling Guide: Setting up effective complaint resolution systems in public organization [Internet]. Special report n. 46. 2020 [acesso em 10 jun. 2024]. Disponível em: https://bcombudsperson.ca/assets/media/OMB-ComplaintsGuide-Dec2020web.pdf
47. Zehr H. The intersection of restorative justice with trauma healing, conflict, transformation and peacebuilding. Peace Justice Stud [Internet]. 2009 [acesso em 07 abr. 2024];18:23. Disponível em:

https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=cea5c81ef08752214e489d758439b685aa309e80

48. Friele RD, Sluijs EM, Legemaate J. Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. BMC Health Serv Res [Internet]. 2008 [acesso em 18 fev. 2024];8:199. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572061/
49. Friele RD, Sluijs EM. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals:empirical data. BMC Health Serv Res [Internet]. 2006 [acesso em 18 fev. 2024];6:106. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560118/
50. Raberus A, Holmstrom IK, Galvin K, Sundler AJ. The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements. Int J Qual Health Care [Internet]. 2019 [acesso em 18 fev. 2024];31(7):556-62. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/31/7/556/5139689
51. Gal I, Dorón I. Israel. Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007 [Acesso em 19 fev. 2024];19(3):158-63. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/19/3/158/1791671
52. Legemaate J. The Patient’s Right of Complaint: opinions and developments in the Netherlands. Eur J Health Law [Internet]. 1996 [acesso em 11 fev. 2024];3:255-71. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11656603/
53. Mold A. Complaint. In: Making the patient-consumer: Patient organisations and health consumerism in Britain. Manchester Scholarship Online [Internet]. 2016 [acesso em 19 fev. 2024];69-93. Disponível em: https://academic.oup.com/manchester-scholarship-online/book/18971/chapter-abstract/177335250?redirectedFrom=fulltext
54. Pitarka-Carcani I, Szmukler G, Henderson C. Complaints about care in a mental health trust. Psych Bull [Internet]. 2000 [acesso em 09 maio 2024];24(10):372-6. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/complaints-about-care-in-a-mental-health-trust/7F1247D974D8E23569D47205F916B34A
55. Tanriverdi E, Çalikoglu, EO, Yilmaz S. Knowledge, attitudes, behaviors of the doctors about patients rights, and patient complaints: a cross-sectional study.

Hacettepe J Health Adm [Internet]. 2022 [acesso em 09 maio 2024];25(4):813-26. Disponível em: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2232790

56. Alamo-Palomino IJ, Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF. Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de un hospital de tercer nivel de atención. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2020 [acesso em 09 maio 2024];20(2):246-53. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000200246&lng=es
57. Redação Conjur. Justiça manda governo de SP indenizar mulher por esterilização forçada [Internet]. 6 jun. 2022 [acesso em ago. 2025]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2022-jul-06/governo-sp-indenizar-mulher-esterilizacao-forcada/
58. Hammoud R, Laham S, Kdouh O, Hamadeh R. Setting up a patient complaint system in the national primary healthcare network in Lebanon (2016-2020): Lessons for Low-and Middle-Income Countries. Int. J Health Plann Manag [Internet]. 2022 [acesso em 09 maio 2024];37:387-402. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.3347
59. Brewers JJM, Van Dam BAFM, Gorter RC, Eijkman MAJ. The impact of a formal complaint on Dutch dentists' professional practice: a survey study. BMC Oral Health [Internet]. 2016 [citado em 21 fev. 2024];16:104. Disponível em: https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-016-0295-8#citeas
60. McSweeney W, Leaning M, Dastouri D, Parkinson D, Hendahewa R. It's not you, it's me: a descriptive study of patient complaints and surgeon understanding. ANZ J Surg [Internet]. 2021 [acesso em 14 maio 2024];91:1991-5. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ans.17033
61. Gillespie A, Reader T. Healthcare Complaints Analysis Tool version 3, 2015. 2015 [acesso em 9 set. 2025]. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/suppl/2016/01/05/bmjqs-2015-004596.DC1/bmjqs-2015-004596supp_new.pdf
62. O'Dowd E, Lydon S, O'Connor P. The adaptation of the 'Healthcare Complaints Analysis Tool' for general practice. Fam Pract [Internet]. 2021 [acesso em 9 set. 2025];38(6):712-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180507/
63. O'dowd E, Lydon S, Lambe K, Vellinga K, Rudland C, Ahern E, Hilton A, et al.

An analysis of complaints about hospital care in the Republic of Irelad. Int J Qual Health Care [Internet]. 2022 [acesso em 9 set. 2025];34(2):mzac037. Disponível em: 10.1093/intqhc/mzac037

64. Bogh SB, Kerring JH, Jakobsen KP, Hilsøe CH, Mikkelsen K, Birkeland SF. Healthcare Complaints Analysis Tool: reliability testing on a sample of Danish patient compensation claims. BMJ Open [Internet]. 2019 [acesso em 9 set. 2025];9(11). Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e033638.
65. Jerng J-S, Huang S-F, Yu H-Y, Chan Y-C, Liang H-J, Liang H-W, Sun J-S. Comparison of complaints to the intensive care units and those to the general wards: an analysis using the Healthcare Complaint Analysis Tool in an academic medical center in Taiwan. Crit Care [Internet]. 2018 [acesso em 09 set. 2025];22(1):335. Disponível em: 10.1186/s13054-018-2271-y
66. Wang S-C, Chu N-F, Tang P-L, Pan T-C, Pan L-F. Using Healthcare Complaints Analysis Tool to evaluate patient complaints during the COVID-19 Pandemic at a Medical Center in Taiwan. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [acesso em 9 set. 2025];20(1):310. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20010310
67. Wray J, Williams C, Oldham G. Testing the Healthcare Complaints Analysis Tool in a specialist Pediatric Hospital to assess potential utility for organizational learning from complaints. J Patient Exp [Internet]. 2022 [acesso em 09 set. 2025]. Disponível em: 10.1177/23743735221106594
68. Najar AV, Gorji D, Ardabili HN, Pourshirazi M, Houshmand E. Developing Healthcare Complaints Analysis Tool for Health System: a cross-sectional study. Health Sci Rep [Internet]. 2025 [acesso em 9 set. 2025];8(1):e70325. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hsr2.70325
69. Nordlund YG, Edgren L. Patient Complaint Systems in Health Care: a comparative study between the Netherlands and Sweden. Eur J Health Law [Internet]. 1999 [acesso em 19 fev. 2024];6:33-154. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/45437919?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents
70. Allsop J, Mulcahy L. Dealing with clinical complaints. Qual Health Care [Internet]. 1995 [acesso em 10 mar. 2024];4:135-143. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055302/pdf/qualhc00016-

0063.pdf

71. Meulemans TWE. Van Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector naar Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg…? [Internet]. [Dissertação]. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2014 [acesso em 05 mar. 2024]. Disponível em: https://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=133926
72. Collaborative for Accountability and Improvement. What to do if you think you have been harmed by your healthcare [Internet]. 2023 [acesso em 09 mar. 2024]. Disponível em: https://communicationandresolution.org/wp-content/uploads/2023/11/Patient-Harm-Guidance.pdf
73. Bayer S, Kuzmickas P, Boissy A, Rose SL, Mercer MB. Categorizing and rating patient complaints: an innovative approach to improve patient experience. J Patient Exp [Internet]. 2021 [acesso em 09 mar. 2024];8:1-6. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373521998624
74. Karacic J, Vidak M, Marusic A. Reporting violations of European Charter of Patients' Rights: analysis of patient complaints in Croatia. BMC Med Ethics [Internet]. 2021 [acesso em 09 abr. 2024];22:148. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12910-021-00714-3
75. Croatia. Act on the Protection of Patients' Rights [Internet]. [acesso em out. 2025]. Disponível em: https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata
76. Palm W, Nys H, Townend D, Shaw D, Clemens T, Brand H. Patients' rights: from recognition to implementation. In: Nolte E, Merkur S, Anell A. Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2020 [acesso em 10 abr. 2024]. p. 347-386. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/books/achieving-personcentred-health-systems/patients-rights-from-recognition-to-implementation/5767D25112F3C4079962F6E01A4881DA
77. Lyons O, Forbar L, Menson E, Chisholm J, Pryde K, Conlin S, Felton V, et al. Transforming training into practice with the conflict management framework: a mixed methods study. BMJ Paediatrics Open [Internet]. 2021 [acesso em 12 mar. 2024] Disponível em: https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/5/1/e001088.citation-tools
78. Friele RD, Kruikemeier S, Rafemakers JJDJM, Coppen R. Comparing the

outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective. J Forensic Legal Med [Internet]. 2015 [acesso em 10 mar. 2024];20(4):290-5. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23622476/

79. Matsui-Santana G, López-Ramos ME, Ongay-Flores CA. Health mediation - the aseptic system for conflict management in health. J Health Sci [Internet]. 2023 [acesso em 01 abr. 2024];10(28):14-20. Disponível em: https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol10num28/Journal_of_Health_Sciences_V10_N28_3.pdf
80. Khalawan S, Wishnia J, Ngidi A. Dedicated alternaitive dispute resolution units for better management of claims. Policy Brief [Internet]. 2023 [acesso em 1 abr. 2024]. Disponível em: https://percept.co.za/wp-content/uploads/2023/11/1.-Dedicated-alternative-dispute-resolution-units-for-better-management-of-claims.pdf
81. Milhas F, Barclay S, Mensen E, Pastor T, Webster L. Boldly going… Introducing conflict management training to Starship Children's Hospital. J Paediatrics Child Health [Internet]. 2023 [acesso em 01 abr. 2024];59(3):424-6. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.16347
82. Egan J. Conflict Management. In: Clinical Laboratory Management [Internet]. 2ª ed. Washington: ASM Press; 2014. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1128/9781555817282.ch13
83. Flott KM, Graham C, Darzi A, Mayer E. Can we use patient-reported feedback to drive change? The challenges of using patient-reported feedback and how they might be addressed. BMJ Qual Saf [Internet]. 2017 [acesso em 06 mar. 2024];26:502-7. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/26/6/502.citation-tools
84. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals - including standards for Academic Medical Center Hospitals [Internet]. 2021 [acesso em 09 mar. 2024]. 7ª ed. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf
85. Albuquerque A. Disclosure na saúde: comunicação aberta de eventos adversos. Belo Horizonte: Dialética; 2024.
86. Schramm FR. Questões conceituais e metaéticas da Bioética Clínica: uma

introdução. Rev Centro Uni São Camilo [Internet]. 2012 [acesso em 19 abr. 2024];6(2):125-32. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/94/a1.pdf

87. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. Am J Bioethics [Internet]. 2019 [acesso em 19 abr. 2024];19(11):9-12. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/15265161.2019.1665402?scroll=top&needAccess=true
88. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 2005.
89. Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [acesso em 18 abr. 2024] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
90. Schyve PM. Patient rights and organization ethics: the Joint Commission perspective. Bioethics Forum [Internet]. 1996 [atualizado em 03 jun. 2022; acesso em 23 abr. 2024]. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/11698360_Patient_rights_and_organization_ethics_the_Joint_Commission_perspective
91. Albuquerque A, Menegaz M. Segurança do Paciente e Justiça Restaurativa. In: Albuquerque A. Bioética e justiça restaurativa [Internet]. Ponta Grossa: Atena; 2021 [acesso em 20 jun. 2022]. p. 110-25. Disponível em: https://ibdpac.com.br/livro-digital-bioetica-e-justica-restaurativa/
92. Albuquerque A. Quem tem medo da palavra “PACIENTE”? [Internet]. IBDPAC, 30 maio 2022 [acesso em 20 jun. 2024]. Disponível em: https://ibdpac.com.br/quem-tem-medo-da-palavra-paciente/
93. Neuberger J. Do we need a new word for patients? BMJ [Internet]. 1999 [acesso em 01 maio 2024];318(7200):1756-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116090/
94. Albuquerque A, Paranhos DGAM. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. Cad Ibero Am Direito Sanit [Internet]. 2018 [acesso em 1 maio 2024];7(2):95-109. Disponível em:

https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/485

95. Eklund JH, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Höglander J, Sundler AJ, et al. “Same same or different?” A Review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Educ Couns [Internet]. 2019 [citado em 01 maio 2024];102(1):3-11. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029
96. Edgman-Levitan S, Schoenbaum SC. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient’s eyes. Política de Saúde Isr J Res [Internet]. 2021 [citado em 01 maio 2024];10:21. Disponível em: https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-021-00459-9
97. Churchill LR, Fanning JB, Schenck D. What patients teach: the everyday ethics of healh care. Oxford: Oxford University Press; 2013.
98. Albuquerque A. Críticas ao Principialismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. Rev Redbioética/UNESCO [Internet]. 2023 [acesso em 02 maio 2024];1(25):12-12. Disponível em: https://redbioetica.com.ar/criticas-ao-principialismo-sob-a-otica-donovo-paradigma-etico-nos-cuidados-emsaude-o-protagonismo-do-paciente/
99. Thesen J. From oppression towards empowerment in clinical practice — offering doctors a model for reflection. Scand J Pub Health [Internet]. 2005 [acesso em 02 maio 2024];33(66):47-52. Disponível em: https://recoverynetworktoronto.files.wordpress.com/2018/10/from-oppression-to-empowerment-in-clinical-practice-offering-doctors-a-model-for-reflection-janecke-thesen.pdf
100. Chegini Z, Arab-Zozani M, Islam SMS, Tobiano G, Abbasgholizadeh RS. Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. Nurs Forum [Internet]. 2021 [acesso em 02 maio 2024];56:938-49. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nuf.12635
101. National Institute of Health and Care Excellence. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Internet]. 2011 [acesso em 01 maio 2024]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1247856/service-user-experience-in-adult-mental-health-improving-the-e_ukB5sVe.pdf
102. Howick J, Bizzari V, Dambha-Miller H. Therapeutic empathy: what it is and what

it isn't. J Royal Soc Med [Internet]. 2018 [acesso em 01 maio 2024];111(7):233-6. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6047267/

103. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. Med Health Care Phil [Internet]. 2013 [acesso em 01 maio 2024];17(2):301-11. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24343367/
104. Howick J, Rees S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. J Royal Soc Med [Internet]. 2017 [acesso em 01 maio 2024];110(9):352–7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28654757/
105. Simon J, Gutsell JN. Recognizing humanity: dehumanization predicts neural mirroring and empathic accuracy in face-to-face interactions. Social Cog Aff Neuroscience [Internet]. 2021 [acesso em 1 maio 2024];16(5):463-73. Disponível em: https://doi.org/10.1093/scan/nsab014
106. . Menegaz M, Pinheiro L, Mânica R, Albuquerque A. Percepção de médicos e de pacientes sobre o papel da empatia clínica na promoção dos direitos do paciente no contexto do disclosure. Ver Contex Saúde [Internet]. 2024 [acesso em 01 maio 2024];25(50). Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/15803
107. Raphalalani S, Becker PJ, Böhmer MW, Krüger C. The role of Mental Health Care Act status in dignity-related complaints by psychiatric inpatients: A cross-sectional analytical study. South Afr J Psychi [Internet]. 2021 [acesso em 08 maio 2024];27(0). Disponível em: https://journals.co.za/doi/epdf/10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1602
108. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health Human Rights [Internet]. 2012 [acesso em 08 maio 2024];15(2). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24421170/
109. European Commission. Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
110. European Commission. European Charter of Patient's Rights [Internet]. 2002 [acesso em 24 fev. 2024] Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
111. European Commission. Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.

Disponível em: doi/10.2875/751285

112. Karačić J, Viđak M, Marušić A. Reporting violations of European Charter of Patients' Rights: analysis of patient complaints in Croatia. BMC Med Ethics [Internet]. 2021 [acesso em 10 maio 2024];22:148. Disponível em: https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00714-3#citeas
113. Albuquerque A. Patient ombudsman: rights in health care. Rev Bioética [Internet]. 2018 [acesso em 10 maio 2024];26(3). Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/WQSbrFcwvTPXDz8GKbGzz7m/?format=pdf&lang=en
114. Dijkstra RI, Roodbeen RTJ, Bouwman RJR, Pemberton A, Friele R. Patients at the centre after a health care incident: A scoping review of hospital strategies targeting communication and nonmaterial restoration. Health Expect [Internet]. 2022 [acesso em 12 maio 2024];25(1):264-75. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34931415/
115. Wright M, Haysom G. Managing patient complaints to improve your practice. Aust J Gen Pract [Internet]. 2023 [acesso em 15 maio 2024];53(12):848-51. Disponível em: https://www1.racgp.org.au/ajgp/2023/december/managing-patient-complaints-to-improve-your-practi
116. Pearce M, Wilkins V, Chaulk D. Using patient complaints to drive healthcare improvement: a narrative overview. Hosp Pract [Internet]. 2021 [acesso em 15 maio 2024];49:1:393-8. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/13814788.2021.1900109?scroll=top&needAccess=true
117. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Breaking down the barriers: older people and complaints about health care [Internet]. 2015 [acesso em 07 maio 2024] Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/Breaking_down_the_barriers_report.pdf
118. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Frail older people too afraid to complain about poor care [Internet]. 30 dez. 2015 [acesso em 11 maio 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/news-and-blog/news/frail-older-people-too-afraid-complain-about-poor-care
119. Care Quality Commission. Fear of raising concerns about care: A research report

for the Care Quality Commission [Internet]. 2013 [acesso em 11 maio 2024]. Disponível em: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/201304_fear_of_raising_complaints_icm_care_research_report_final.pdf

120. Bolger S, Mold F, Lawton K, Kelly T, Magnusson C, Shawe J. Current evidence on organisational learning from patient complaints. Nurs Times [Internet]. 2022 [acesso em 15 maio 2024];118:4.Disponível em: https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-experience/current-evidence-on-organisational-learning-from-patient-complaints-21-03-2022/
121. Guidi C, Traversa C. Empathy in Patient care: from “Clinical Empathy” to “Empathic Concern”. Med Health Care Phil [Internet]. 2021 [acesso em 14 maio 2024];24(4). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196934/
122. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophial analysis. Med Health Care Phil [Internet]. 2014 [acesso em 15 maio 2024];17:529-40. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-014-9560-2
123. Dijkstra RI, Elbers NA, Friele RD, Pemberton A. Medical Dispute Committees in the Netherlands: a qualitative study of patient expectations and experiences. BMC Health Ser Res [Internet]. 2022 [acesso em 04 jun. 2024];22:650. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08021-2
124. Health Editorial Team. Creating a robust and empathetic Patient Complaint Resolution framework global training solutions [Internet]. 2023 [Acesso em 16 maio 2024]. Disponível em: https://esoftskills.com/healthcare/creating-a-robust-and-empathetic-patient-complaint-resolution-framework/
125. Avant Mutual Group. Responding to a direct patient complaint [Internet]. 2024 [acesso em 16 maio 2024]. Disponível em: https://avant.org.au/resources/responding-to-a-direct-patient-complaint
126. Abdelrahman W. Understanding patient complaints. BMC [Internet]. 2017 [acesso em 16 maio 2024];356:j452. Disponível em: https://www.bmj.com/content/356/bmj.j452
127. McCreaddie M, Benwell B, Gritti A. Traumatic journeys; understanding the rhetoric of patients’ complaints. BMC Health Ser Res [Internet]. 2018 [acesso em 14 maio 2024];18:551. Disponível em:

https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3339-8

128. Hogg R, Hanley J, Smith P. Learning lessons from the analysis of patient complaints relating to staff attitudes, behaviour and communication, using the concept of emotional labour. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [aceso em 15 maio 2024];27(5-6):e1004-e1012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052343/
129. Dane A, Van Lindert H, Friele RD. Klachtenopvang in de Nederlandse gezondheidszorg [Internet]. 2000. [acesso em 09 jun. 2024]. Disponível em: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Klachtenopvang-ned-gzhz.pdf
130. Dijkstra RI, Elbers NA, Friele RD, Pemberton A. Medical Dispute Committees in the Netherlands: a qualitative study of patient expectations and experiences. BMC Health Ser Res [Internet]. 2022 [acesso em 04 jun. 2024];22:650. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08021-2
131. Sweden. The Patient Act (2014:821) [Internet]. 2014. Disponível em: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K11
132. Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. Experiencing bad treatment: qualitative study of patient complaints concerning their treatment by public health-care practitioners in the County of Stockholm. Clinical Ethics [Internet]. 2009 [acesso em 09 jun. 2024];4:195-201. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/ce.2009.009008?journalCode=ceta
133. Skålén C, Nordgren L, Annerbäck EM. Patient complaints about health care in a Swedish County: characteristics and satisfaction after handling. Nurs Open [Internet]. 2016 [acesso em 09 jun. 2024];10;3(4):203-11. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5050544/
134. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. Patient Educ Couns [Internet]. 2009 [Acesso em 08 jun.

2024];75(2):199-204.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19038522/

135. Styrelsen for Patientklager. Complaint about health care. https://www.stpk.dk/en/. Acesso em 10 set 2025
136. Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation. Unofficial Consolidation Act with the amendments following the Danish Parliament's adoption of L 98 (extension of the patient compensation scheme, protection of unpaid compensation, etc.) [Internet]. [acesso em 10 set. 2025]. Disponível em: https://eng.patienterstatningen.dk/Media/638463453273980879/Danish-Act-on-the-Right-to-Complain-and-Receive-Compensation.pdf
137. Morsø L, Birkeland SF, Walløe S, Grøn PS, Rexbye H, Bogh SBB. Does systematic analysis of patient complaints and compensation cases at hospitals provide useful information to guide quality improvement? Experience from Denmark. BMJ Open Qual [Internet]. 2023 [acesso em set. 2025];12:e002101. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002101
138. Rech C, Menegaz M, Albuquerque A, Paranhos D, Persijn A, Cunha IM, Boeira L, et al. Mapeo de Los Derechos de los pacientes en América Latina: Informe Final. 2021;1:129.
139. Superintendencia de Salud. ¿Cómo hacer un reclamo por derechos y deberes en la Superintendencia de Salud? [Internet]. [acesso em 09 set. 2025]. Disponível em: https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/como-hacer-un-reclamo-por-derechos-y-deberes-en-la-superintendencia-de-salud/#accordion_3
140. Gobierno de México. Secretaria de Salud [Internet]. [acesso em 10 set. 2025]. Disponível em: https://www.gob.mx/conamed/es
141. Chaves DF, Barbosa FG, Menezes JSN. Desenvolvimento da qualidade hospitalar por meio da demanda da ouvidoria. Rev Científica Ass Bras Ouvidores/Ombudsman [Internet]. 2019 [acesso em 27 out. 2025];2. Disponível em: http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://revista.abonacional.org.br/files/edicoes/artigos/2_20.pdf
142. Albuquerque A. Não existe paciente no SUS [Internet]. IBDPAC, 2025 [acesso em set. 2025]. Disponível em: https://ibdpac.com.br/nao-existe-paciente-no-sus/
143. Brasil. Manual das Ouvidorias do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf

144. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Lei nº 16.204, de 16 de dezembro de 2024. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências. Diário Oficial do Estado [Internet]. 16 dez. 2024 [acesso em out. 2025]. Disponível em:
145. Caliari RV, Ricardi LM, Moreira MR. Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva, 27(1):205-218, 2022. Disponível em: https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-16204-2024-rio-grande-do-sul-dispoe-sobre-os-direitos-dos-pacientes-e-da-outras-providencias
146. Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) [Internet]. Ministério da Saúde, 1986 [acesso em 10 mar. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns
147. Brasil. Manual das Ouvidorias do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 06 mar. 2025] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf
148. Vismona EL. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado Associação Brasileira de Ouvidores; 2000.
149. Grupo IBES. 7 funções da ouvidoria ou sac nas organizações de saúde [Internet]. 2018 [acesso em 27 out. 2025]. Disponível em: https://www.ibes.med.br/7-funcoes-da-ouvidoria-ou-sac-nas-organizacoes-de-saude/
150. Freitas DCPSF, Henz AP. Gestão em Saúde: Perspectivas de Melhorias e Inovação do Ambiente Hospitalar. Rev Pleiade [Internet]. 2023 [acesso em 27 out. 2025];17(41). Disponível em: https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/issue/view/120/25
151. Silva FA, Nitão FF, Medeiros EMM. O papel da ouvidoria pública e privada: uma evolução inconteste no mundo, no Brasil e na Paraíba. Rev Temas Saúde. 2020;20(6).
152. BRASIL. Formulário de Notificação de Eventos Adversos para Cidadão [Internet]. Ministério da Saúde [acesso em out. 2025]. Disponível em: https://www16.anvisa.gov.br/notivisaServicos/cidadao/notificacao/evento-adverso
153. Albuquerque A. Os Direitos dos Paciente no Brasil e o SUS [Internet]. [acesso em 19 jul. 2025]. Disponível em:

https://www.ghc.com.br/files/Os%20Direitos%20dos%20Pacientes%20no%20Brasil%20%20e%20o%20SUS%20-%20Aline%20Albuquerque.pdf.

154. Brasil. Sobre a OuvSUS [Internet]. Ministério da Saúde [acesso em 20 jul. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus
155. Brasil. Relatório Anual de Gestão Ouvidoria-Geral do SUS: 2024. Ministério da Saúde, 2025 [acesso em 21 jul. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-ouvsus-2024.pdf/view
156. Albuquerque A. Você conhece a nova Lei dos Direitos do paciente do Rio Grande do Sul? [Internet]. IBDPAC, 2024 [acesso em 22 jul. 2025]. Disponível em: https://ibdpac.com.br/voce-conhece-a-nova-lei-dos-direitos-do-paciente-do-rio-grande-do-sul/
157. Manzini MC, Machado Filho CDS, Criado PR. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. Rev Bioética [Internet]. 2020 [acesso em 14 ago. 2025];28(3): 517-21. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283415
158. Apel RH, Sobral RC. Análise Diagnóstica em Hospital Acreditado com Excelência na Cidade de Foz do Iguaçu, PR: Ouvidoria Hospitalar. Pleiade [Internet]. 2023 [Acesso em 21 jul. 2025];17(41):174-86. Disponível em: https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/961
159. Russell G. Have we forgotten the moral justification for patient-centred care? BMJ Qual Saf [Internet]. 2022 [acesso em out. 2025];31(3):172-4. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/31/3/172.citation-tools
160. Sokol-Hessner L, Folcarelli PH, Sands KEF. Dano emocional por desrespeito: o dano prevenível negligenciado BMJ Qual Saf [Internet]. 2015 [acesso em set. 2025];24:550-3. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/24/9/550
161. Wailling J, Cameron G, Stolarek I, Turner S, Bleakley B, O'Connor N, Harwood S, et al. Restorative initiatives: emerging insights from design, implementation and collaboration in five countries. Fronties Health Serv [Internet]. 2025 [citado em 28 jul. 2025]. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/health-services/articles/10.3389/frhs.2025.1472738/full
162. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. Saúde Sociedade. 2011;20(2):287-99.
163. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health

system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

164. Scottish Government. Patient rights and responsabilities: charter [Internet]. 2021 [acesso em 12 jun. 2024]. Disponível em: https://webarchive.nrscotland.gov.uk/20220722025755/https://www.gov.scot/publications/charter-patient-rights-responsibilities-2/
165. Krieger CS. Sistema Único de Saúde (SUS) e National Health Service (NHS): uma análise comparativa das potencialidades e fragilidades das ações voltadas à saúde coletiva. Nursing [Internet]. 2023 [acesso em 19 maio 2024];26(303):9836-40. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/31083
166. Greengross P, Grant K, Collini E. The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999 [Internet]. 1999 [acesso em 01 ago. 2025]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d91e5274a31e000192c/The-history-and-development-of-the-UK-NHS.pdf
167. Timmins N. Complaint proposals for NHS welcomed: One procedure will replace nine. Independent [Internet]. 1994 [acesso em 04 jun. 2024] Disponível em: https://www.independent.co.uk/news/uk/complaint-proposals-for-nhs-welcomed-one-procedure-will-replace-nine-nicholas-timmins-reports-1435323.html
168. Barraclough S. The NHS Patient's Charter: consumer, policy and partisan political functions. Aust Health Ver [Internet]. 1992 [acesso em 01 ago. 2025];15(3):335-44. Disponível em: 10121783
169. NHS. Handbook to the NSH Constitution for England [Internet]. 2025 [citado em 03 ago. 2025]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/publications/supplements-to-the-nhs-constitution-for-england
170. NHS. Friends and Family Test [Internet]. 2025 [citado em 03 ago. 2025]. Disponível em: https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/friends-and-family-test-fft/
171. NHS. Put us to the test...the NHS Friends and Family Test – 2020 mental health services version [Internet]. 2025 [citado em 03 ago. 2025]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=45F8X8P2_As
172. NHS. Friends and Family Test Awards-Best Other Winner [Internet]. 2025 [citado em 03 ago. 2025]. Disponível em: https://www.england.nhs.uk/fft/case-

studies/improving-patient-experience-in-the-emergency-department/

173. Departament of Health & Social Care. The NHS Constitution for England [Internet]. 2023 [acesso em 09 ago. 2025]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england#patients-and-the-public-your-rights-and-the-nhs-pledges-to-you
174. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Who can make a complaint and what consente do you need? [Internet]. 2025 [citado em 03 ago. 2025]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/1_Who%20can%20make%20a%20complaint%20and%20what%20consent%20do%20you%20need_01.pdf
175. Shepard K, Buivydaite R, Vincent C. How do National Health Service (NHS) organisations respond to patient concerns? A qualitative interview study of the Patient Advice and Liaison Service (PALS). BMJ Open [Internet]. 2021 [citato em 05 jun. 2024];11:e053239. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34824119/
176. Parliamentary and Health Service Ombudsman. NHS Complaint Standards: Summary of expectations [Internet]. 2022 [acesso em 07 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/NHS_Complaint_Standards_Summary_of_expectations_December_2022_Final.pdf
177. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Our position on complaints in the NHS and social care [Internet]. 2023. [acesso em 07 jun.2024]. Disponível em: https://www.healthwatch.co.uk/news/2023-06-07/our-position-complaints-nhs-and-social-care
178. Healthwatch. Front and Centre: Unlocking the power of people-driven care Annual Report 2023-24 [Internet]. 2025. [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/20240107%20Final%20designed%20report%20for%20website_0.pdf
179. Parliamentary and Health Service Ombudsman. My expectations: for raising concerns and complaints [Internet]. 2014 [acesso em 07 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/Summary_A_user-

led_vision_for_%20raising_concerns%20_and_complaints.pdf

180. Healthwath. A pain to complain: why it's time to fix the NHS complaints process [Internet]. 2025 [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/20250120_Complaints%20report%20draft%20FINAL%20HWE.pdf
181. NHS King's College Hospital. Making a complaint [Internet]. [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.kch.nhs.uk/patients-and-visitors/help-and-support/making-a-complaint/
182. NHS King's College Hospital. Complaints procedure [Internet]. 2025 [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.kch.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/01/KCH-Complaints-Kings-2025-v2_FINAL.pdf
183. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition [Internet]. 2022 [acesso em 07 jun. 2024];24(1):i–192. Disponível em: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022
184. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Welcome to our online complaint form. s.d. [citado em 11 jun. 2024]. Disponível em: https://complaintform.ombudsman.org.uk/complaintchecker
185. Parliamentary and Health Service Ombudsman. What to do before you come to us [Internet]. [acesso em 11 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/making-complaint/before-you-come-to-us
186. Parliamentary and Health Service Ombudsman [Internet]. [acesso em out. 2025]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/making-complaint/what-we-can-and-cant-help
187. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Filling in our complaint form [Internet]. [acesso em 12 jun. 2024]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/making-complaint/complain-us-getting-started/filling-our-complaint-form
188. Parliamentary and Health Service Ombudsman. How we look into complaints. [Internet]. 2019 [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/PHSO_Stage_One_Information_leaflet_2019.pdf
189. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Principles of Good Complaint

Handling [Internet]. [citado em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/about-us/our-principles/principles-good-complaint-handling/introduction

190. Oglesby FC, Ray AG, Shurlock T, Mitra T, Cook TM. Litigation related to anaesthesia: analysis of claims against the NHS in England 2008–2018 and comparison against previous claim patterns. Anaesthesia [Internet]. 2022 [acesso em 21 maio 2024];77:527-37. Disponível em: https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/anae.15685
191. NHS. Practitioner Performance Advice [Internet]. [acesso em 14 ago. 2025]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/services/practitioner-performance-advice/
192. NHS. Primary Care Appeals [Internet]. [acesso em ago. 2025]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/services/primary-care-appeals/.
193. NHS. Annual report and accounts 2023/24 [Internet]. [acesso em ago. 2025]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts_23-24_Access-1.pdf
194. NHS. Dispute Resolution [Internet]. [acesso em ago. 2025]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/services/claims-management/alternative-dispute-resolution/#:~:text=Our%20claims%20mediation%20service%20has%20been%20designed%20to,and%20potential%20emotional%20distress%20of%20going%20to%20court.
195. NHS. Claims mediation [Internet]. [acesso em 15 ago. 2025]. Disponível em: https://resolution.nhs.uk/learning-resources/supporting-claimants-patients-their-families-and-the-nhs-to-resolve-disputes-fairly/
196. Ainsworth N, Hussain MI, Houten R, Martin AP, Toh S, Rao C, St John ER. Informed consent failures: National Health Service Resolution data. British J Surg [Internet]. 2023 [acesso em ago. 2025];110(8):993–5. Disponível em: https://academic.oup.com/bjs/article/110/8/993/7161025
197. Albuquerque A, Eler K. Bioética dos Cuidados em Saúde: nova proposta de uma ética para a prática clínica [internet]. 2025 [acesso em 15 ago. 2025] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/376447843_BIOETICA_DOS_CUIDADOS_EM_SAUDE_NOVA_PROPOSTA_DE_UMA_ETICA_PARA_A_PRATICA_C

LINICA

198. Garrafa V. De uma “Bioética de Princípios” A uma “Bioética Interventiva”, Crítica e Socialmente Comprometida [Internet]. 2005 [acesso em out. 2025]. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/128/o/BIOETICA_COM-PROMISSO.pdf
199. Brasil. Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. República Federativa do Brasil [Internet]. 28 nov. 2023 [acesso em out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11798.htm
200. Mein E. Can I use AI to write a complaint response? MDU Journal [Internet]. 2024 [acesso ago. 2025]. Disponível em: https://mdujournal.themdu.com/issue-archive/summer-2024/can-i-use-ai-to-write-a-complaint-response
201. Akingbola A, Adeleke O, Idris A, Adewole O, Adegbesan A. Artificial Intelligence and the dehumanization of patient care. J Med Surg Public Health [Internet]. 2024 [acesso em ago. 2025];3. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949916X24000914
202. Menegaz M. Inteligência Artificial e o direito de apresentar queixa.
203. Albuquerque A. Inteligência Artificial e Direito do Paciente: desafios éticos e jurídicos. Rev Peruana Derecho Const. 2023;16.
204. Centre for Effective Dispute Resolution. NHS Mediation Service [Internet]. [acesso em 27 out. 2025]. Disponível em: https://www.cedr.com/commercial/mediationschemes/nhsmediationscheme/
205. Costs Alternative Dispute Resolution. NHS Resolution Mediation Service [Internet]. [acesso em 27 out. 2025]. Disponível em: http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://costsadr.s3.eu-west-2.amazonaws.com/mediation-procedure.pdf
206. Evelina London Children’s Charity [Internet]. 2025 [acesso em 16 ago. 2025]. Disponível em: https://www.evelinalondon.nhs.uk/parents-and-visitors/when-you-need-help/mediation.aspx
207. Barclay S, Menson E. The Evelina Resolution Project: the story of a UK children's hospital's programme to resolve conflicts with families. International J Whole Person Care [Internet]. 2020 [acesso em 16 ago. 2025];7(1):12. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/338626444_The_Evelina_Resolution_Project_the_story_of_a_UK_children's_hospital's_programme_to_resolve_conflicts_with_families.

208. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. BMC Med Educ [Internet]. 2017 [citado em 12 nov. 2023];17(1). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563892/