



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Albuquerque, Aline
Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde
Revista Bioética, vol. 26, núm. 3, 2018, Outubro-Dezembro, pp. 326-332
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263251>

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558417002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

ATUALIZAÇÃO

Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde

Aline Albuquerque¹

1. Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil.

Resumo

Este artigo analisa o papel do ombudsman do paciente na implementação de seus direitos, refletindo sobre sua aplicação no Brasil. Trata-se de pesquisa de cunho teórico sobre o tema e suas diferenças em relação aos direitos humanos dos pacientes. Conclui-se que o modelo proposto para o Brasil enfatiza a atuação de ombudsman local, notadamente no ambiente hospitalar, mas também defende a instituição de profissionais regionais, para lidar com pacientes da atenção primária. Contudo, propugna-se que o regional seja facultativo, em razão de o hospital ser o ambiente com mais adversidades. Ainda, destaca-se que a autorização do ombudsman seja dada por lei que estabeleça prerrogativas específicas, como sua autonomia e independência, qualificação apropriada e apuração célere de reclamação.

Palavras-chave: Ombudsman. Pacientes. Direitos humanos. Sistema de saúde. Defesa do paciente. Direitos do paciente.

Resumen

Ombudsman del paciente: derechos en los cuidados de la salud

Este artículo analiza el papel del ombudsman del paciente en la implementación de sus derechos, reflexionando sobre su aplicación en Brasil. Se trata de una investigación de naturaleza teórica sobre la temática y sus diferencias con relación a los derechos humanos de los pacientes. Se concluye que el modelo propuesto para Brasil enfatiza la actuación del ombudsman local, principalmente en el ambiente hospitalario, pero también defiende la institución de profesionales regionales, para lidiar con pacientes de la atención primaria. No obstante, se propone que el regional sea facultativo, debido a que el hospital es el mayor foco de eventos adversos. Por otra parte, se destaca que la autorización del ombudsman debe darse mediante una ley que establezca prerrogativas específicas, como su autonomía e independencia, una calificación apropiada y un análisis célere de los reclamos.

Palabras clave: Ombudsman. Pacientes. Derechos humanos. Sistema de salud. Defensa del paciente. Derechos del paciente.

Abstract

Patient ombudsman: rights in health care

This article aims to analyze the role of the Patient ombudsman in the implementation of patients' rights, reflecting on their application in Brazil. This is a theoretical research on the subject and its differences in relation to the human rights of patients. It has concluded that the proposed model for Brazil emphasizes the role of local ombudsman, especially in the hospital environment, but also defends the institution of regional professionals to deal with primary care patients. However, it is suggested that the regional one be optional, because the hospital is the major focus of adverse events. Also, it should be noted that the authorization of the ombudsman is provided by law, which establishes specific prerogatives, such as their autonomy and independence, appropriate qualification, and efficient investigation of complaints.

Keywords: Ombudsman. Patients. Human rights. Health system. Patient advocacy. Patient rights.

Declararam não haver conflito de interesse.

Os direitos dos pacientes passaram a ser reconhecidos na década de 1970; entretanto, para vários países, sua previsão legislativa tem verdadeiro marco nos anos 1990¹. A aprovação de leis sobre os direitos dos pacientes em determinados países estimulou a percepção de que, embora a lei fosse instrumento essencial para assegurá-los, não era suficiente. Em consequência, instrumentos específicos foram instituídos, com destaque para o ombudsman do paciente, cuja função é promover tais direitos por meio da apuração de reclamações feita por enfermos².

A figura do ombudsman surgiu na Suécia há 300 anos, para identificar quem tinha direito e poder de falar em nome de outrem. Entretanto, na área da saúde ele não foi criado na Suécia, mas na Finlândia, em 1992³. Atualmente, o cargo existe no Reino Unido, Áustria, Finlândia, Israel, Grécia, Hungria, Noruega⁴, Bélgica⁵, Nova Zelândia e Canadá⁶.

O Brasil, diferentemente de diversos países com legislação sobre direitos do paciente, não tem uma lei nacional acerca da matéria, apenas legislações esparsas que estabelecem alguns direitos, como acompanhar gestantes, crianças, idosos e deficientes. Além disso, há o direito à autodeterminação da pessoa com deficiência, assentado no Estatuto da Pessoa com Deficiência. Percebe-se que o país carece de uma cultura institucional eficiente, atrasando a discussão entre os profissionais brasileiros, o que contribui para aumentar a vulnerabilidade de pessoas acometidas e gerar piores resultados na saúde.

Além da insuficiência legislativa, o Brasil não conta com instrumentos que assegurem os direitos dos pacientes, pois, a despeito da inexistência de lei, o Ministério da Saúde editou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁷, que não tem força de lei mas poderia ser utilizada, a exemplo do Canadá, com a Carta de Direitos e Liberdades⁶, que impulsionou o estabelecimento de meios para proteger os pacientes.

Para evitar dubiedades sobre o objeto deste artigo, deve-se distinguir ombudsman de paciente do ouvidor da saúde ou do ouvidor hospitalar, pois estes últimos, embora tenham o condão de ouvir os enfermos, não promovem seus direitos nem apuram suas reclamações. Por outro lado, embora o ombudsman se coloque como imparcial na apuração de reclamação dos diversos envolvidos na saúde, ele tem a função central de disseminar as informações sobre os direitos do paciente, legitimar sua reclamação e mediar eventuais conflitos. É especialista em lidar com reclamações, enfatizando as adversidades dos reclamos e os meios para solucioná-las⁴.

Este artigo analisa o papel do ombudsman na defesa dos direitos dos pacientes, com o desiderato de formular proposta adequada a este exercício no Brasil. Trata-se de pesquisa de cunho teórico, fundamentada nas investigações de Mackenney e Fallberg⁴, Molven² e Flood e May⁶ sobre ombudsman de paciente e na formulação teórica de Albuquerque¹ e de Cohen e Ezer⁸ acerca dos direitos humanos. Importante registrar a escassez de pesquisas sobre o assunto no Brasil, tanto no campo jurídico como na bioética e na saúde.

Um dos passos metodológicos foi buscar bibliografia sobre esse tipo de ombudsman e, em seguida, referências sobre direitos dos pacientes para alicerçar teoricamente a pesquisa, distinguindo os direitos do paciente dos de usuários da saúde.

Subsequentemente, analisou-se o papel desse ombudsman e sua atuação em outros países, com o objetivo de compreender a diversidade de sua atuação. Foram expostas a experiência finlandesa, por ser o primeiro país a prever em lei essa função, e a austriaca, por sua notável apuração de reclamação. Por fim, elaborou-se proposta de reflexão sobre o desempenho do ombudsman de paciente no país.

Distinção entre paciente e usuário

Como este artigo trata do ombudsman como aquele que defende os direitos do paciente, é essencial expor a distinção entre os direitos destes e dos usuários. No Brasil há grande confusão no emprego dos termos “paciente” e “usuário” e entre seus direitos correlatos, da qual deriva o entendimento equivocado de que poderiam ser sucedâneos recíprocos e a grave ausência de previsão em lei de direitos específicos dos pacientes no país. Nota-se ampla predileção pelo termo “usuário” na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), como se tal concepção pudesse abranger também a de paciente. Essa confusão, expressa na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁷, não é apenas de cunho semântico, traz também importantes questões jurídicas e de compreensão dos cuidados em saúde.

Paciente é a pessoa sob cuidados em saúde, e usuário é quem usufrui de um sistema de saúde, podendo ser paciente ou não. O paciente tem relação essencialmente pessoal com profissionais de saúde, enquanto o usuário tem relação impersonal com o serviço; assim, os direitos dos pacientes são os direitos de todos sob os cuidados em saúde, e os direitos dos usuários se relacionam mais ao contato

com determinado serviço. São concepções distintas, e cada uma merece reflexões e estudos próprios.

Para exemplificar, os direitos dos pacientes dizem respeito ao encontro clínico, ao direito do paciente de consentir ou refutar cuidados em saúde, de recorrer a segunda opinião, não sentir dor, escolher onde deseja morrer, entre outros. Os direitos dos usuários concernem à prestação de serviço, como o direito de obter informações precisas e de fácil acesso sobre os locais de atendimento e à participação no seu acompanhamento e avaliação⁹.

As críticas no Brasil ao emprego do termo “paciente” se concentram em dois argumentos: o primeiro é etimológico, indicando que essa palavra denota passividade e não contempla a dimensão política e de participação social daqueles que usufruem de serviços de saúde. Além disso, a origem de “paciente” traduz ideia de vulnerabilidade, nominando quem se encontra em situação de fragilidade, porquanto o termo se origina do vocábulo latino *patior*, que significa “suportar” ou “sofrer”¹⁰. Se, por um lado, as críticas consideram a fragilidade que emana do vocabulário motivo para substituí-lo, sustenta-se, por outro, que, ao revés, é significativo e oportuno evidenciar a condição peculiar de vulnerabilidade acrescida do paciente.

Conforme apontam Cyrulnik e Morin, os seres humanos servem-se da linguagem e criam, muitas vezes, produtos mentais ou ideias que mascaram a realidade, fazendo com que *priorizemos a ideia em detrimento do real*¹¹. A tentativa de criar mentalmente um paciente que não seja frágil consiste em negação do real, na medida em que sobrepõe a condição efetiva de quem se encontra doente à ideia transcendente de que a enfermidade não fragiliza as pessoas. Contudo, reconhecer a vulnerabilidade do paciente não implica negar nem mitigar sua autonomia ou capacidade de participação social.

A segunda crítica alega que, não obstante se argumente que “usuário” demarca atuação participativa (dando-lhe caráter social e ativo), o ponto de vista global é o ativismo de pacientes, e não de usuários. Sublinha-se que a atuação política e pública de indivíduos e grupos que querem reivindicar direitos e transformar serviços de saúde pode ser intitulada como “ativismo de pacientes”¹², “movimento dos pacientes”¹³ ou, conforme a proposta de Mol¹⁴, “pacientismo”, por analogia ao feminismo. Constatase que a salvaguarda dos direitos das pessoas sob cuidados não se dá a partir do usuário, mas sim do paciente, que carrega consigo a força do ativismo.

Direitos dos pacientes na ótica dos direitos humanos

Como visto no tópico anterior, quem se encontra sob cuidados em saúde pode se enquadrar na condição de paciente e/ou de usuário. O elenco de direitos dos pacientes deriva da previsão de normas internacionais de direitos humanos de pacientes, estudadas por Albuquerque¹ e Cohen e Ezer⁸.

Os direitos dos pacientes e os direitos humanos se fundamentam e se diferenciam em quatro aspectos. Primeiro, os direitos dos pacientes têm como foco pessoas em condição de vulnerabilidade acrescida. Segundo, diz respeito à grave assimetria de poder na relação paciente-profissional. Historicamente, a decisão sobre os cuidados em saúde esteve na mão do médico, e esse desequilíbrio pode sustentar condutas autoritárias e patriarciais¹⁵. O terceiro aspecto enfatiza a necessidade de dar voz ao paciente, provendo-lhe ferramentas, como os direitos humanos, para que se posicione e participe ativamente das reivindicações de seus direitos¹⁶. Por fim, o paciente não deve ter sua cidadania reduzida: ele não deve ser visto meramente como corpo ou doença, mas sim como pessoa, cuja identidade se constrói de forma subjetiva e permeada por valores, crenças e interesses¹⁷.

Considerando esses quatro aspectos, constata-se que os direitos humanos são o meio mais adequado para proteger grupos vulneráveis e redistribuir o poder de decisão no encontro clínico¹⁵, bem como para assegurar o tratamento do paciente como pessoa, uma vez que a indivisibilidade de seus direitos induz à associação do direito à saúde com outros aspectos, como privacidade, não discriminação e vedação de possíveis tratamentos desumanos e degradantes.

Esse modelo de cuidado se alicerça no paciente¹⁸, na lógica do cuidado¹⁴, e não no profissional, sendo incorporado ao discurso da saúde no início do século XXI. É comumente compreendido pela sua negativa, ou seja, por aquilo que *não é*: não é centrado na doença, no hospital, nem no médico. Também pode ser entendido por suas características positivas, como o cuidado respeitoso e responsável, levando em conta preferências, necessidades e valores do paciente para nortear as decisões clínicas¹⁸.

Na mesma direção, a lógica do cuidado se distingue da lógica do mercado ou da escolha, que permeia a relação de consumo. Segundo a primeira, o cuidado é processo interativo e contínuo entre equipe profissional, paciente e familiar, podendo ser modelado e remodelado, a depender

dos resultados¹⁴. Já a lógica de mercado considera o tratamento apenas produto oferecido ao consumidor, processo de oferta e demanda.

Com o fito de identificar os tratados de direitos humanos que se aplicam ao paciente, Albuquerque¹, da mesma forma que Cohen e Ezer⁸, apresenta o seguinte elenco: direito à vida; à saúde; à informação; à privacidade; à liberdade; de não ser submetido a tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante; de não ser discriminado. A partir destes, foram derivados outros direitos mais específicos, com o objetivo de possibilitar sua incidência concreta nos cuidados em saúde. Assim, chegou-se ao seguinte rol de direitos:

- direito de contar com acompanhante em consultas e internações;
- direito a atendimento de qualidade, com profissionais adequados e capacitados;
- direito a cuidados seguros;
- direito à informação, inclusive de receber lista de medicamentos;
- direito de tomar decisões sobre seus cuidados em saúde;
- direito de recusar cuidados em saúde;
- direito de ser informado sobre o nome dos profissionais que participam do atendimento;
- direito de não ser discriminado;
- direito à confidencialidade de suas informações;
- direito à privacidade;
- direito de acesso ao prontuário médico;
- direito de fazer escolhas sobre as condições de sua morte;
- direito ao manejo da sua dor;
- direito de ser informado sobre eventos adversos;
- direito de ter representante(s)^{1,19}.

A seguir, serão discutidas mais questões sobre o trabalho do ombudsman do paciente.

Ombudsman do paciente na proteção de seus direitos

Este tópico fundamenta-se nos estudos de Mackenney e Fallberg⁴, Molven² e Flood e May⁶ sobre o tema. Os direitos dos pacientes

compreendem, entre outros, o de reclamar, que pressupõe instrumento que permita sua apuração célere, acessível, não onerosa e imparcial⁶. Desse modo, o ombudsman de paciente é quem apura as queixas do paciente, com o objetivo de garantir seus direitos e incrementar a qualidade da saúde.

Reclamações e sua apuração são instrumentos significativos para mudar a cultura da saúde; contudo, não é tarefa expedita convencer profissionais de que precisam alterar sua forma de tratamento. O convencimento é mais fácil quando o ombudsman lança mão de evidências científicas e informações da prática clínica.

Desse modo, além de receber e processar reclamos individuais, deve ter ferramentas que o permitam colher informações sobre eventos adversos e analisá-los com os profissionais de núcleos ou unidades hospitalares, com vistas a enfrentar suas causas. Por isso é necessário que o ombudsman busque padrões de problemas nos casos individuais, a fim de detectá-los e propor mudanças sistêmicas⁴.

Segundo Mackenney e Fallberg⁴, há três aspectos centrais para efetivar um modelo de ombudsman do paciente: 1) imparcialidade e independência; 2) qualificação; e 3) atribuições. Ele deve agir independentemente do serviço e dos profissionais envolvidos, e essa autonomia deve estar estabelecida nos regulamentos para balizar sua atuação, e ser imparcial na apuração de reclamações, pois se não adotar postura adequada, pode perder credibilidade.

A qualificação do ombudsman pressupõe treinamento em questões jurídicas e na apuração de reclamações a serem levados ao poder judiciário, bem como em assuntos pertinentes ao contexto clínico. Quanto a suas atribuições, é importante que tenha poder suficiente para assegurar a credibilidade de sua atuação e a observância de sua posição. Também é essencial que tenha acesso a todos os registros e possa exigir legalmente a observância da reclamação de todos os atores envolvidos. Em suma, seu papel central é apoiar, servir e proteger o paciente individualmente⁴.

Diante da diversidade de modelos de ombudsman do paciente, em seguida serão abordados dois perfis-móvel: o finlandês e o austríaco. Na Finlândia, primeiro país a contar com legislação específica para pacientes, a Lei sobre o Estado e os Direitos dos Pacientes, de 17 de agosto de 1992²⁰, previu em sua seção 11 esse profissional, que deve ser indicado pelas unidades de cuidados em saúde e pode pertencer a mais de uma instituição. Suas atribuições são: orientar pacientes sobre questões referentes à lei; ajudá-los a compreender seu direito de reclamação; informá-los sobre seus direitos; e promover e implementar seus direitos.

Segundo o modelo finlandês, toda unidade de saúde, pública ou privada, é obrigada a indicar um ombudsman de paciente, originando mais de dois mil profissionais em diferentes lugares do país. A ideia central deste modelo é que a disseminação de informação influencie atitudes, previna conflitos e, como resultado, promova os direitos dos pacientes²⁰.

O modelo austríaco foca tão somente a apuração de reclamações. Desde 2002, os serviços de ombudsman de paciente são envolvidos no fundo de compensação do paciente. Em 2009, 9.561 reclamações foram registradas e, destas, 5.349 eram sobre hospitais, 917 sobre o fundo de compensação do paciente, e 800 sobre médicos. Vários hospitais têm escritórios de ombudsman para esse serviço, mas em geral fazem parte da equipe administrativa do hospital e desempenham apenas gestão de qualidade. Na maioria dos casos, a ouvidoria do hospital e o ombudsman trabalham juntos²¹.

De acordo com Mackenney e Fallberg⁴, os ombudsman do paciente utilizam diferentes instrumentos para defender direitos e apurar reclamações imparcialmente. Outro aspecto destacado diz respeito ao debate sobre a abrangência desse profissional – se ele deve ser regional ou local. Em países como Israel e Hungria, os representantes locais simplificam o trabalho do ombudsman nacional; este, por sua vez, coordena os representantes locais, bem como sistematiza as informações e a produção de conhecimento sobre o tema.

Importa assinalar que a apuração de reclamações apresenta resultados significantes na solução de conflitos, pois o ombudsman não tem atribuição legal para punir profissionais nem impor reparações pecuniárias. Esse êxito também pode ser imputado à natureza não contenciosa das tarefas que ele desempenha, como coleta de informações, acesso a registros e escuta de envolvidos em conflitos²⁰. Com efeito, pesquisa canadense apontou que na Nova Zelândia os processos disciplinares de profissionais diminuíram seus casos anuais de 84 para oito, a partir da adoção da Lei dos Direitos dos Pacientes e de expediente mais célere para apurar reclamações⁶.

No Quebec, entre 2009 e 2010, mais de 98% das recomendações de ombudsman foram acatadas. Percebe-se que sua capacidade de persuasão se mostra mais poderosa para mudar a cultura dos serviços de saúde do que processos disciplinares ou litígios. Sendo assim, ele pode funcionar como barreira positiva em processos judiciais e disciplinares, sem ser conferida a ele natureza punitiva ou contenciosa, o que torna os provedores e profissionais mais receptivos a suas recomendações⁶.

O ombudsman de paciente é essencial para defender os direitos dos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Como visto, os modelos de atuação podem variar, e cada país adota o perfil mais adequado a sua situação. A despeito da escolha, esse profissional é um dos principais agentes na promoção da saúde, e sem sua instituição a lei se torna letra morta⁴.

Proposta para o Brasil

Analizando o estado da arte sobre o ombudsman do paciente no Brasil, pesquisou-se o Google em busca de informações sobre sua atuação, empregando a expressão “ombudsman do paciente”. Considerando as vinte entradas principais, identificaram-se apenas ouvidorias de hospitais e a ouvidoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Todas elas tão somente fazem menção ao contato para eventual reclamação e tratam o paciente como usuário de um serviço – problema já discutido no início deste artigo.

Os exemplos sinalizam algo já abordado: escassez da abordagem focada no paciente e em seus direitos. A respeito disso, pode-se levantar três hipóteses: o Brasil não conta com lei sobre os direitos dos pacientes; confunde-se o conceito de direito de usuário com o de paciente (e de consumidor); e o modelo de ouvidora exercido se limita a colher reclamações e repassá-las a órgãos competentes. Desse modo, vislumbra-se que essas ouvidorias não se assemelham minimamente aos complexos modelos de ombudsman de paciente em outros países.

Seu papel é defender os direitos dos enfermos, cujo fundamento jurídico se ancora nos direitos humanos dos pacientes, e não no direito do consumidor. No caso do Brasil, o ombudsman do paciente deveria fazer valer esses direitos como previsto no Projeto de Lei 5.559/2016²², em trâmite na Câmara dos Deputados. Sendo assim, propugna-se a inserção do ombudsman nesse projeto, nos moldes descritos neste artigo.

Como ocorre nos países que já adotaram o modelo, o Estado brasileiro deve levar em conta a organização do sistema de saúde no país, constituído majoritariamente pelo SUS, definido legalmente como o *conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*²³. A atenção primária de saúde no SUS é feita por equipes de saúde da família, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)²⁴, cujo objetivo é atender até

80% dos problemas de saúde da população, sem encaminhamento para hospitais²⁵.

Além do SUS, também são abarcados planos privados de saúde, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No que toca à atenção secundária e terciária, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 70% dos hospitais do Brasil são privados, 1% são federais, 8% estaduais e 21% municipais²⁶.

Reitera-se que o ombudsman do paciente tem algumas funções precípuas: promover os direitos do paciente por meio da disseminação de informação e da apuração célere de reclamações, sem ônus para o paciente e sem contenções ou punições, bem como incrementar a qualidade da saúde. Considerando suas características, constata-se que se distingue da ouvidoria do SUS, que foca apenas seus usuários e não se predispõe a nenhuma de suas atividades, incumbindo-se tão somente de *receber, examinar e encaminhar reclamações*²⁷, e da ouvidoria da ANS, cujo foco recai apenas sobre os consumidores de planos de saúde²⁸.

As ouvidorias dos planos de saúde existem para solucionar questões dos consumidores que já recorrem aos serviços de atendimento habituais e não conseguiram solução para o seu problema²⁸. Com escopos distintos, o ombudsman de paciente não tem o desiderato de mitigar a função e a importância das ouvidorias assinaladas, mas contribuir para a visão do paciente como pessoa, titular de direitos inerentes, e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

Considerando a conformação e a complexidade do SUS e da saúde suplementar, bem como suas respectivas ouvidorias, propugna-se que o ombudsman local seja adotado no Brasil, com dedicação integral e sem conflito de interesse. A maioria dos modelos estudados por Mackenney e Fallberg⁴ é obrigada a ter um ombudsman de paciente e, além disso, recomendam-se ombudsmans regionais, que trabalhem com atenção primária. Ainda, estudando o modelo norueguês, Molven² aponta que o acesso a ele há que ser informal e sem ônus para o paciente.

Do ponto de vista jurídico, o ombudsman de paciente será um empregado do hospital, privado ou público. Em ambos os casos, é importante que a lei lhe assegure determinadas prerrogativas, como: autonomia investigativa na apuração da reclamação; acesso a todas as informações e registros de pacientes no hospital, independentemente de autorização; e possibilidade de entrevistar profissionais de saúde ou quem puder fornecer informações relevantes. Ademais, a lei deve estabelecer qualificações para o

pleno exercício de sua função, como sua competência profissional na esfera legal e da saúde.

Quanto ao papel do ombudsman, é essencial que ele elabore relatórios públicos e tenha atribuição legal para divulgá-los de forma independente a profissionais e provedores, visando uma cultura de direitos dos pacientes, conjugada com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Em síntese, o modelo de ombudsman proposto para o Brasil enfatiza seu local de atuação, notadamente o ambiente hospitalar, mas também incorpora ombudsmans regionais, para lidar com pacientes de atenção primária. Contudo, propõe-se que o regional seja facultativo, em razão de o hospital ser o ambiente com mais eventos adversos. Destaca-se também que a autorização do ombudsman seja dada por lei que estabeleça prerrogativas específicas, como sua autonomia e independência, qualificação apropriada e apuração célere de reclamações.

Considerações finais

Por uma série de fatores, como foco exclusivo nos direitos dos usuários e o desconhecimento do paciente como sujeito autônomo para proclamá-los, o Brasil vivencia atraso significativo quanto à adoção de mecanismos legais na prevenção desses problemas. Outro fator é a perspectiva restrita do consumidor permear fortemente as relações humanas no contexto da saúde. Com vistas a superar esse retardo, é urgente que o Brasil, além de adotar legislação específica, institua o ombudsman como principal instrumento, já globalmente acolhido, para defender e assegurar os direitos dos enfermos.

Como visto neste artigo, há diversos modelos que podem ser adotados. Contudo, duas características são essenciais a todos: foco nos direitos dos pacientes e apuração de suas reclamações. Desse modo, o ombudsman difere das ouvidorias comuns, principalmente por se colocar como defensor dos direitos dos pacientes e assumir papel singular na prevenção de conflitos e na resposta célere a eles. Além disso, ele se compromete diretamente com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente, ao incorporar o respeito a seus direitos como fator fundamental para prevenir e reparar adversidades.

Sendo assim, preconiza-se modelo de ombudsman que leve em conta experiências de outros países, bem como a complexidade e as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro. Para concluir, é imperativo que a sociedade brasileira se mobilize com a causa dos direitos dos

Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde

pacientes, condição inexorável de qualquer pessoa, porquanto as mudanças necessárias tão somente irão ocorrer se ampliarmos a percepção

de que é preciso romper com assimetrias gritantes de poder na esfera da saúde, conferindo voz e autonomia aos pacientes.

Referências

1. Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.
2. Molven O. O ombudsman do paciente: a experiência norueguesa. Rev Direito Sanit [Internet]. 2007 [acesso 2 out 2017];8(2):105-55. Disponível: <https://bit.ly/2KR74dG>
3. Fallberg L, Kattelus M. Finland. In: Mackenney S, Fallberg L, editores. Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 25-32.
4. Mackenney S, Fallberg L, editores. Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2004.
5. Bélgica. Federal Public Service. Health, Food Chain Safety and Environment. The federal ombudsman service for patients' rights [Internet]. Brussels: EU; 2016 [acesso 20 set 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IKOGUH>
6. Flood CM, May K. A patient charter of rights: how to avoid a toothless tiger and achieve system improvement. CMAJ [Internet]. 2012 [acesso 2 out 2017];184(14):1583-7. Disponível: <https://bit.ly/2MvoC4d>
7. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/1huogB0>
8. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health Hum Rights. 2013;15(2):7-19. p. 8.
9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 27 jun 2017 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2w5puSF>
10. Andorno R. Is vulnerability the foundation of human rights? In: Masferrer A, García-Sánchez E, editores. Human dignity of the vulnerable in the age of rights. Valencia: Springer; 2016. p. 257-72.
11. Cyrilnik B, Morin E. Diálogo sobre a natureza humana. São Paulo: Palas Athenas; 2013. p. 39.
12. Parry S. Power shifts: how patient activism shapes the practice of medicine [tese] [Internet]. Minneapolis: University of Minnesota; 2008 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2MF1lvj>
13. Williamson C. The patient movement as an emancipation movement. Health Expect. 2008;11(2):102-12.
14. Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice. Abingdon: Routledge; 2008.
15. Püras D. Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. 2007 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2qXHNcQ>
16. Solnit R. A mãe de todas as perguntas. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
17. Brännmark J. Respect for persons in bioethics: towards a human rights-based account. Hum Rights Rev [Internet]. 2017 [acesso 2 out 2017];18:171-87. Disponível: <https://bit.ly/2MiLzH>
18. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Aff [Internet]. 2010 [acesso 2 out 2017];29(8):1489-95. Disponível: <https://bit.ly/2MiuxE>
19. Joint Commission. Speak up: know your rights [Internet]. 2012 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2IKsU1s>
20. Finlândia. Ministry of Social Affairs and Health. No. 785/1992: act on the status and rights of patients [Internet]. Helsinki; 17 ago 1992 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2rStKcq>
21. Hofmarcher M. Austria: health system review. Health Syst Transit [Internet]. 2013 [acesso 2 out 2017];15(7):1-291. Disponível: <http://bit.ly/1HE9Zh9>
22. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 5.559, apresentado em 14 de junho de 2016. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências [Internet]. 2016 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2tPtdmY>
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1UVpr2U>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Como funciona? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1O5HZLD>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Unidades básicas de saúde – UBS [Internet]. Brasília: Portal Brasileiro de Dados Abertos; 2013 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2yZyFcc>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Estrutura e competências [Internet]. 13 out 2015 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2BaAkN1>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Ouvidoria [Internet]. 2016 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2MqySdc>
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ouvidoria [Internet]. 2013 [acesso 2 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/1hrPMdy>

Correspondência

SQSW 302, bloco F, apt. 105 CEP 70673-210. Brasília/DF, Brasil.

Aline Albuquerque – PhD – alinealiveira@hotmail.com

Recebido: 12.10.2017

Revisado: 21. 5.2018

Aprovado: 22. 5.2018