

## **Comunicação Pública, Ouvidoria e Saúde Pública: Uma Questão de Cidadania<sup>1</sup>**

Simone Alves de CARVALHO<sup>2</sup>

Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

### **RESUMO**

Um dos deveres do Estado brasileiro é a saúde pública. Porém, ao observarmos fatores como aumento da expectativa de vida, concentração populacional em grandes cidades, agravada por fatores negativos como poluição, falta de qualidade de vida, violência, os alimentos com organismos geneticamente modificados presentes no cotidiano, entre outros, verificamos como todos estes colaboram para que a vida do cidadão seja mais vulnerável a doenças e infecções, ainda que tenhamos hoje um grande poder de imunização, prevenção e controle de doenças. Nos hospitais públicos, existe uma demanda para atendimento sensivelmente maior do que o ofertado, e a ouvidoria é acionada para tentar resolver os problemas decorrentes dessas situações. Discorreremos nesse artigo como a comunicação pública pode ajudar na compreensão do trabalho realizado pela ouvidoria que busca atender o cidadão e suas necessidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** ouvidoria; SUS; saúde pública; cidadania; comunicação pública.

### **Introdução**

As discussões políticas cotidianas são ainda incipientes em nosso país, devido aos problemas socioculturais conhecidos, como a ainda jovem redemocratização, as limitações escolares, as dificuldades cotidianas e também a própria questão da saúde pública, pela falta de aparato estatal e pelas condições, muitas vezes precárias, dos hospitais e postos de saúde. Consideramos que a relação entre as áreas de comunicação e de saúde deva ter um diálogo mais próximo, pois, como publicamos anteriormente (CARVALHO, 2012), o trabalho efetivo de comunicação pode melhorar não só o atendimento propriamente dito na área da saúde, mas pode também contribuir para a educação do cidadão em assuntos como qualidade de vida, prevenção a doenças, uso correto de medicamentos, alimentação saudável e tantos outros.

Neste artigo, discutiremos a questão da saúde pública no Brasil, utilizada por estimados 9% da população brasileira, o papel da ouvidoria na formação do capital social que ajude o

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no GP Comunicação para a Cidadania do XIII Encontro dos Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências da Comunicação pela ECA-USP, email: [simonecarvalho@usp.br](mailto:simonecarvalho@usp.br).

cidadão a ter um melhor atendimento na rede pública e como isso pode se tornar um círculo virtuoso, na busca da excelência nestes setores.

## Saúde Pública no Brasil

Os primeiros indícios de preocupação com a saúde pública no Brasil datam da chegada dos colonizadores portugueses. Estes cuidados ficavam a cargo das Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica, que acolhiam os necessitados e doentes. Esse trabalho era essencialmente humanizador, pois eram tratados aqueles que não eram reconhecidos pela sociedade, ou seja, os doentes, os miseráveis e os desprovidos de fortuna. A Academia de Medicina do Rio de Janeiro foi fundada no século XIX e com ela são iniciadas campanhas contra as epidemias de febre amarela, varíola, febre tifoide, lepra, tuberculose e malária, notadamente com a ação de nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. O Ministério da Educação e Saúde é criado por Getúlio Vargas, com destaque para a construção de hospitais e sanatórios e a produção massiva de penicilina.

A partir da década de 1950, com a expansão da massa populacional urbana e a aceleração do crescimento industrial, é necessária a ampliação dos serviços de assistência médica, que a partir da década seguinte inicia o desenvolvimento do segmento privado em maior escala (CARVALHO, 2012). Apresentamos na figura 1, para ilustração do ciclo doença-saúde, um modelo que interliga agente, ambiente e hospedeiro, de maneira a perpetuar as doenças contagiosas.

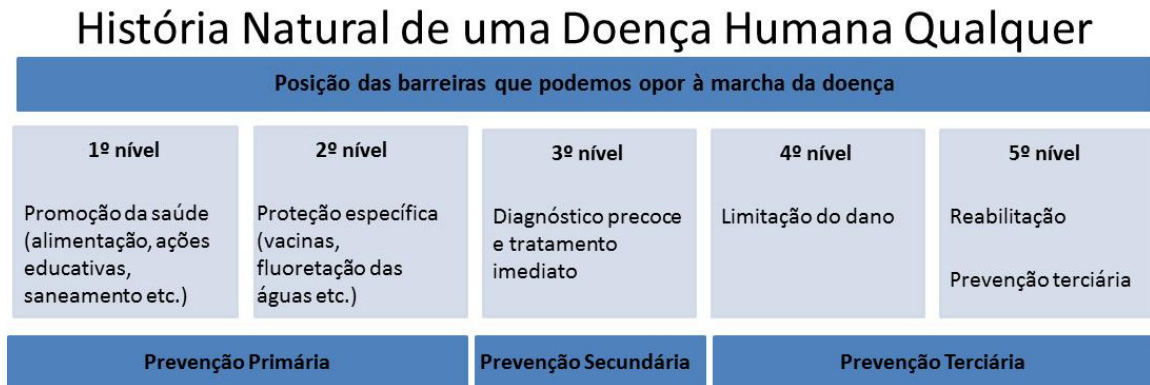
Figura 1 – Modelo da história natural da doença



FONTE: adaptado de Leavell e Clark, 1976.

Esse modelo é estruturado conforme a figura 2, que abrange também as doenças de origem diferente das infectocontagiosas.

Figura 2 – História natural de uma doença humana



FONTE: adaptado de Leavell e Clark, 1976.

Com a redemocratização, em 1988 a Constituição apregoa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, embora tenha sido criado como política de saúde pública predominante para a população do país, “ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de excelência [...] nos procedimentos mais complexos, como transplantes” (PERILLO, 2006, p. 250).

A atual situação do SUS é de dependência de pesquisas internacionais, pelo incipiente avanço acadêmico que temos na área; e de necessidade de importação de insumos, pela falta de qualidade do produto nacional.

Para avaliar o SUS, o governo analisa o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde), que não necessariamente corresponde à realidade entendida pelo usuário da saúde pública, por não ser uma pesquisa de satisfação. Deste modo, é

Importante ressaltar que o IDSUS não é uma pesquisa ou entrevista direta como usuário do SUS. Trata-se de uma avaliação que atende aos residentes de cada município brasileiro, com base nos dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, fornecidos pelos gestores do SUS, além de dados de outros Sistemas de Informações Nacionais. (IDSUS, 2011, p. 11)

Para Perillo (2006), os problemas da saúde no Brasil são estruturais e as deficiências intrínsecas ao sistema devem ser investigadas e corrigidas, além de serem implantadas melhorias na gestão, com aumento de produtividade e da qualidade do atendimento. De

acordo com o autor, essas soluções podem evitar o acréscimo desnecessário de investimento de recursos públicos. Nesse sentido, Pedrosa e Couto (2007) afirmam que as melhores condições higiênico-sanitárias e a utilização de procedimentos minimamente invasivos colaboram no sentido de aumento de leitos apesar da diminuição de número de hospitais. Salomão (2011) aponta que o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade trarão novas demandas para a área da saúde, que ainda não estão na pauta de discussão dos órgãos responsáveis, o que trará novos problemas para o setor. Na figura 3 observamos os diversos estágios da doença em suas distintas manifestações clínicas, e são nestas situações em que o SUS deve agir, buscando desde a prevenção até os tratamentos com grandes avanços tecnológicos.

Figura 3 – Manifestações clínicas da doença

Pré-Patogênese		Patogênese		Sequelas
<b>Inespecífica</b>	<b>Específica</b>	<b>Precoce</b>	<b>Avançada</b>	
Condições gerais do indivíduos ou do ambiente que predis põem a uma ou várias doenças	A presença de uma constelação de fatores causais num dado instante favorece o aparecimento de uma doença	Da situação anterior resultou uma doença cujos primeiros sinais e sintomas se tornaram aparentes	A doença segue sua evolução própria, terminando com a morte, com a cura completa ou deixando sequelas	As sequelas ou consequências da doença podem ser reparadas com maior ou menor eficiência, permitindo a reabilitação

FONTE: adaptado de Leavell e Clark, 1976.

A área da saúde se pauta na atualidade por três paradigmas (MARTIN, 2006), a saber: a) benigno-humanitário, que prioriza a dignidade da pessoa e seu bem-estar; b) tecnocientífico, em que predominam o conhecimento científico e a eficiência técnica; e c) comercial-empresarial, que transforma a medicina em negócio que deve ser rentável. Ao tratarmos de hospitais públicos, enfrentamos situações anacrônicas e dificuldades organizacionais profundas, vítimas de uma burocratização ineficaz, o que despenderia muito esforço público e conjunto para corrigi-los, pois

No caso específico das organizações públicas, constata-se ainda a centralização do poder, a burocracia elevada, o atendimento insatisfatório e funcionários desinteressados, o que compromete a prestação do serviço público com qualidade e satisfação. Diante disso, torna-se imprescindível uma gestão que coloque o ser humano e seu desenvolvimento como início, meio e fim dos objetivos e das práticas organizacionais, em prol de relações de trabalho mais

humanas, dignas e éticas. É por meio dessa gestão que a organização pública poderá propiciar uma cultura de valorização, em busca de um serviço público mais qualificado e voltado integralmente para o bem-estar social. (SILVA, 2010, p. 211-2)

Nesse ambiente, todo o trabalho realizado em conjunto pela ouvidoria e pela humanização, tendo como linha mestra para suas atividades uma comunicação dinâmica, transparente e assertiva será necessário para dar ao usuário o verdadeiro sentimento de cidadania, quando for necessário que ele utilize os serviços de saúde oferecidos pelo Estado. É importante observar que a realidade da saúde suplementar também apresenta problemas, que não serão tratados aqui por não corresponder ao nosso objeto de estudo.

### **Comunicação Pública**

Para Brandão (2009) comunicação pública pode ser identificada como comunicação governamental e/ ou estatal. Como nosso objeto de estudo é a saúde pública, utilizaremos a definição de comunicação pública “como um processo comunicativo das instâncias da sociedade que trabalham com a informação voltada para a cidadania” (BRANDÃO, 2009, p. 5), ou seja, deve ser realizada uma comunicação pública com o objetivo de alcançar os cidadãos em todo o país, oferecendo informações claras e objetivas sobre temas relacionados à prevenção de doenças, campanhas de vacinação, atividades físicas e alimentação saudável, entre outros tópicos relevantes.

Segundo Matos (2011, p. 45), “a comunicação pública exige [...] a participação da sociedade e de seus segmentos: não apenas como receptores da comunicação do governo, mas principalmente como produtores ativos no processo comunicacional”, ou seja, cada vez mais será cobrado do cidadão que ele participe ativamente da vida política, para que sua voz seja ouvida e seus direitos defendidos. Essa definição será retomada ao discutirmos o capital social.

Novelli (2006, p. 85) afirma que comunicação pública é “o processo de comunicação que ocorre entre as instituições públicas e a sociedade e que tem por objetivo promover a troca ou o compartilhamento das informações de interesse público”, ou seja, ela é fundamental para que os cidadãos sejam informados de temas que lhe sejam pertinentes.

Neste aspecto, é responsabilidade do SUS oferecer aos usuários de seus serviços, atuais e futuros, informações sérias e atualizadas sobre prevenção de doenças, tratamentos, direitos e deveres do cidadão, de maneira objetiva e fidedigna, para que os cidadãos tenham seu

direito à informação de interesse público sanado, assim como respostas verdadeiras às suas dúvidas e inquietações e as organizações que tratam da saúde possam exercer uma real responsabilidade social, indo ao encontro das sugestões propostas por Matos (2006, p. 65).

### **Capital Social, Humanização e Cidadania**

A saúde pública é um dos campos em que a influência do capital social pode ser analisada (COLEMAN e PUTNAM apud MATOS, 2009, p. 38). A existência do capital social é importante para que o processo de humanização hospitalar seja possível, especialmente no que tange ao SUS. Essa retomada da necessidade de humanização no atendimento é uma resposta ao cidadão às queixas que foram levadas à ouvidoria ao longo dos anos. Matos (2009, p. 35) apresenta o capital social como “componente da ação coletiva, ativando as redes sociais”, em diálogo com o conceito de comunicação pública e participação popular proposto pela autora.

Três características constituem o capital social: confiança entre os membros da rede, capacidade de estrutura social e fluxos informacionais e normas para reger o processo (COLEMAN apud MATOS, 2009). Precedendo a teoria, os comitês de humanização nos serviços de saúde se pautam nesses pressupostos, buscando melhorar os serviços prestados ao cidadão.

Cremonese (2006) denomina de “males de origem” algumas características identitárias brasileiras como clientelismo, populismo, dependência e o insolidarismo, entre outras de sentidos negativos, como empecilhos à consolidação de capital social no Brasil. Concorde com o autor acima citado Peruzzo (2011, p. 151) ao afirmar que “no Brasil a cidadania existe, mas não para todos”. A criação de um capital social humanizado dentro do SUS é dificultada por esses fatores, bem como por inexistir um ambiente de trabalho, tanto físico e quanto material, humanizado.

Essa violência simbólica dentro das organizações é descrita por Mumby (2010, p. 28) como “as formas institucionais [que] criam sistemas de diferença que constroem e posicionam as pessoas como de dentro ou de fora, dignas ou indignas, valiosas ou sem valor”. O autor infere que a desumanização pode ter várias origens, como ambientes de trabalho inadequados ou assédios de diferentes formas, o que podemos constatar em uma rápida visita aos locais de atendimento do SUS.

O tratamento humanizado ao paciente data da Idade Média na Europa e da Dinastia Han (200 a.C. – 220 d.C.) no Oriente (MEZZOMO, 2010). Após o Renascimento, a



administração dos hospitais é transferida das ordens religiosas às prefeituras, visando o possível lucro com serviços de saúde. Já nessa época é notório que os doentes incuráveis, seja pela moléstia ou pela condição social, continuavam dependentes do trabalho voluntário dos abrigos religiosos, a margem das políticas públicas.

Mezzomo (2010, p. 148-9) classifica os problemas assistenciais em três níveis: “a dificuldade de acesso à assistência sanitária, aos medicamentos e aos diagnósticos; a falta de humanidade no tratamento; e [...] erro médico”. Em nosso país, o SUS se encarregou de universalizar a prestação de serviços de assistência médica e, embora ainda esteja distante do objetivo, são feitos vários esforços nesse sentido. A questão do erro médico deve ser avaliada conjuntamente com os avanços tecnológicos e a qualificação dos profissionais da área da saúde, assunto em pauta com as recentes discussões sobre médicos estrangeiros e o Ato Médico. A humanização no tratamento é uma preocupação física, material e psicológica e “a ação de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar” (GODOI, 2008, p. 38) é fundamental para a própria existência do hospital como negócio lucrativo, no que é corroborado por Taraboulsi (2009, p. 18) ao afirmar que “só há uma coisa a fazer para melhorar e manter-se no mercado [hospitalar] tão competitivo: investir na humanização”.

É importante observar que “não se humaniza uma organização com decretos e regulamentos. Provoca-se primeiro uma mudança nas pessoas para depois se mudarem os métodos e processos” (SILVA, 2010, p. 215), assim como não se cria capital social espontaneamente, essas redes devem ser criadas e mantidas pelos cidadãos, ciosos de seus direitos e respeitadores de seus deveres.

No SUS, não foi diferente:

A humanização despontou na forma de política pública em resposta aos reclames da sociedade. Por um lado, consideraram-se os fenômenos culturais da contemporaneidade. Por outro lado, era evidente o sucateamento dos serviços de saúde, devido à má gestão ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da medicina biotecnológica, das filas intermináveis, do atendimento insatisfatório aos pacientes por profissionais mal remunerados e desvalorizados, além do mais variados conflitos (RODRIGUES, 2012, p. 185)

O Plano Nacional de Humanização (PNH) responde a essa necessidade constatada. Embora ele tenha mudado sua nomenclatura ao longo do tempo, seu objetivo sempre foi melhorar as relações entre órgãos estatais de saúde e os cidadãos usuários do sistema. Para Rodrigues (2012, p. 186), “a institucionalização das ouvidorias e a pesquisa de satisfação surgem

como instrumentos que possibilitam o permanente diálogo e acompanhamento em relação à qualidade de trabalho oferecido pelo SUS”, ao qual acrescentamos o conceito de capital social como elemento integrador dessas temáticas.

## **Ouvidoria**

A criação da ouvidoria é decorrente da Lei de Proteção de Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo (Lei n.10.294, de 1999) e o Decreto n. 44.074, de 1999, que instituíram e estabeleceram as competências e atividades da ouvidoria no Estado de São Paulo (FORNAZARO e PEREIRA, 2013). É importante ressaltar que a administração pública deve assegurar que seus atos sejam legais, legítimos, impessoais, morais, eficientes e publicizados, e são essas as regras que devem ser seguidas pela ouvidoria de um órgão público.

Em sua essência, a ouvidoria deve “aprimorar a qualidade do atendimento [...] para gerar satisfação para o cidadão” (IASBECK, 2012, p. 24), o que corrobora os significados de capital social e humanização voltada ao cidadão como exposta acima.

A atividade de comunicação social, em suas diversas definições e características, é de fundamental importância para as atividades da ouvidoria, pois ela “constitui um espaço democrático de participação e de representação” (IERVOLINO; ARMADA; MORAES, 2011, p. 170). O processo comunicacional em uma ouvidoria deve ser de mão dupla, entre o ouvidor e o usuário que está se manifestando, e entre o ouvidor e o profissional da área competente que possa solucionar a questão. Essa rede é formal, pois é um “conjunto de canais e meios de comunicação estabelecidos de forma consciente e deliberada” (KUNSCH, 2003, p. 82), em que verificamos as possibilidades de gestão contidas neste rol de atividades. Essa bilateralidade da ouvidoria tem o objetivo de administrar “intenções, interesses, motivações, conflitos e demais afetos, muitos deles inconfessáveis, explícitos ou acobertados” (IASBECK, 2010, p. 17).

A própria gestão da saúde também pode se beneficiar das informações obtidas e transmitidas pela ouvidoria através de seus relatórios, pois estes podem apontar oportunidades de melhorias de processos, problemas desconhecidos e até mesmo soluções práticas e objetivas. A ouvidoria não deve ser entendida como um setor que aponta erros alheios, mas sim “um suporte para auxiliar na melhoria da qualidade de serviços e produtos” (VISMONA, 2011, p. 36), um processo de aprimoramento constante dentro da organização, visando que os resultados alcancem os cidadãos e suas necessidades.



Na saúde pública, o cidadão já está naturalmente estressado, pois o ambiente hospitalar, muitas vezes é sinônimo de doença. Caso algo considerado fora da normalidade ocorra, a pessoa vai reclamar, questionar e até propor sugestões de melhorias. Para Gois, Lacerda e Souza (2011) e Iervolino, Armada e Moraes (2011) são comuns as reclamações sobre falta de vagas para internação, demora para realização de exames, e pouca qualidade no atendimento médico e de enfermagem, falta de informações corretas e negligência, o que denota também a desumanização no atendimento.

A ouvidoria deve ser “um lugar onde os conflitos são mediados e constitui um ancoradouro seguro para aqueles que se sentem desamparados na relação com o Estado” (COMPLAK, 2010. p. 189). Nesse sentido, a humanização no atendimento e a construção de um círculo de capital social se fazem presentes, para amparar o cidadão em suas necessidades físicas e psicológicas.

Dentre as competências assinaladas como necessárias ao ouvidor, além da facilidade para se comunicar e de relacionamento interpessoal, podemos destacar habilidades de “negociação, conciliação, psicologia do consumidor, conhecimento de legislação” (IASBECK, 2012, p. 28), além de uma atitude pedagógica com o cidadão e com os demais colaboradores da organização.

É interessante observar que “o cidadão, via ouvidorias, passou a exercer mais intensamente o papel fiscalizador antes atribuído quase que exclusivamente ao governo” (BRAZ e VARÃO, 2012, p. 68), utilizando assim o conceito de capital social exposto anteriormente, ou seja, sendo ele, o próprio cidadão, o agente de mudanças.

### **Considerações Finais**

Neste artigo, nosso objetivo foi apresentar uma visão em que os conceitos de comunicação pública, capital social, humanização, ouvidoria e cidadania se integram com o objetivo de aprimorar o atendimento prestado na área de saúde pública e, em âmbito maior, na promoção da cidadania, que, embora ainda sejam temas recentes em estudos acadêmicos no Brasil, podemos perceber que eles se encaixam de maneira fluida e natural. Muitas decisões tomadas nessa área, como a criação da PNH e das ouvidorias, muitas vezes sejam impostas de maneira vertical e sem deliberação com a sociedade, não julgamos que essas sejam propostas negativas, pelo contrário, seus objetivos são nobres e resta aos cidadãos buscar maior participação nas decisões políticas que afetam diretamente suas vidas.

A comunicação pública deve primar pela divulgação e garantia de entendimento de informações sobre qualidade de vida, prevenção de doenças, calendários de vacinações, entre outros, para que o cidadão entenda como se prevenir de infecções e doenças. O capital social deve ser estimulado tanto entre os usuários do sistema público de saúde quanto entre seus funcionários, para que se tenha um ganho no quesito humanização do atendimento na saúde pública. O cidadão deve conhecer e exercer seus direitos e deveres, enquanto o papel da ouvidoria deve ser bilateral, privilegiar a cidadania, proteger os direitos do cidadão e resguardar os da organização, dentro dos limites éticos em ambas as situações, e, no ambiente saúde pública, para ajudar a prover um ambiente humanizador ao cidadão.

### Referências Bibliográficas

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, J. (org.). **Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade, e interesse público**. São Paulo: Atlas. 2009.

BRAZ, Ailim; VARÃO, Rafiza. O papel das ouvidorias na comunicação organizacional. In: IASBECK, Luiz Carlos Assis (org.). **Ouvidoria: mídia organizacional**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CARVALHO, Simone Alves de. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira. In: **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/Abrapcorp, 2012.

COMPLAK, Krystian. Ouvidoria é lugar de compreensão. In: **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, n. 12, ano 7, 1º sem. 2010.

CREMONESE, Dejalma. Insolidarismo e cordialidade: uma análise das mazelas políticas do Brasil. In: BAQUERO, Marcello e CREMONESE, Dejalma. **Capital social: teoria e prática**. Ijuí, RS: Unijuí, 2006.

FORNAZARO, Maria Inês e PEREIRA, Teresa Cristina Ballarini. **A ouvidoria no governo do Estado de São Paulo**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2013.

GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GOIS, Antônio; LACERDA, Luiz; SOUZA, Sérgio. A atuação proativa de ouvidoria em um hospital público. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. Ouvidoria é comunicação. In: **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, n. 12, ano 7, 1º sem. 2010.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. Competências comunicacionais em ouvidoria. In: IASBECK, Luiz Carlos Assis (org.). **Ouvidoria: mídia organizacional**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS\\_29-09-12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf). Acesso em 09 jun. 2013.

IERVOLINO, Antonio; ARMADA, Rosandra; MORAES, Sidéia. Ouvidorias na área de saúde pública: reflexões sobre a prática. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. 4.ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003.

LEAVELL, S. & CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill, 1976.

MARTIN, Leonard. **A ética e a humanização hospitalar**. In: PESSINI, Leo e BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 3.ed. Loyola: São Paulo, 2006.

MATOS, Heloiza. Comunicação política e comunicação pública. In: **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2006.

MATOS, Heloiza. **Capital social e comunicação: interfaces e articulações**. São Paulo: Summus, 2009.

MATOS, Heloiza. A comunicação pública na perspectiva da teoria do reconhecimento. In: KUNSCH, Margarida (org.). **Comunicação pública, sociedade e cidadania**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Humanização hospitalar: fundamentos antropológicos e tecnológicos**. São Paulo: Loyola, 2010.

MUMBY, Dennis. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização nas organizações. In: KUNSCH, Margarida (org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. (Série Pensamento e Prática; v.3.)

NOVELLI, Ana Lucia. O papel institucional da comunicação pública para o sucesso da governança. In: **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2006.

PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PERILLO, Eduardo. Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas. In: AMORIM, Maria Cristina; PERILLO, Eduardo (Org.). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LCTE, 2006.

PERUZZO, Cicília. Movimentos, sociais, cidadania e o direito à comunicação comunitária nas políticas públicas. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (orgs.). **Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública**. São Paulo: Summus, 2011.

RODRIGUES, Maria Aparecida da Silva. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, **Organicom** – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2012.

SALOMÃO, Devani. Desigualdades sociais na área da saúde: terceira idade, reconhecimento e capital social. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (Org.). **Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública**. São Paulo: Summus, 2011.

SILVA, Patricia dos Santos Caldas. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, Margarida (org). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. (Série Pensamento e Prática; v.3.)

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VISMONA, Edson. A evolução das ouvidorias no Brasil. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.