

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

**GABRIELLA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA**

**PERFIL DOS USUÁRIOS QUE ACESSARAM A OUVIDORIA DO SUS, NO  
DISTRITO SANITÁRIO VI DO RECIFE, EM 2010**

**RECIFE**

**2011**

GABRIELLA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA

**PERFIL DOS USUÁRIOS QUE ACESSARAM A OUVIDORIA DO SUS, NO  
DISTRITO SANITÁRIO VI DO RECIFE, EM 2010**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Orientador: Domício Aurélio de Sá

Recife  
2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732p Lima, Gabriella Cristina Pereira De Oliveira.  
Perfil dos usuários que acessaram a Ouvidoria do SUS, no Distrito Sanitário VI do Recife, em 2010. / Gabriella Cristina Pereira De Oliveira Lima. - Recife: [s.n.], 2011.  
23 p.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientador: Domício Aurélio de Sá.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Políticas de controle social. 3. Gestão em saúde. I. Sá, Domício Aurélio. II. Título.

---

CDU 614.39

GABRIELLA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA

**PERFIL DOS USUÁRIOS QUE ACESSARAM A OUVIDORIA DO SUS, NO  
DISTRITO SANITÁRIO VI DO RECIFE, EM 2010**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Ms. Domicio Aurélio de Sá  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Ms. Eduardo Augusto Duque Bezerra  
Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes

**PERFIL DOS USUÁRIOS QUE ACESSARAM A OUVIDORIA DO SUS, NO  
DISTRITO SANITÁRIO VI DO RECIFE, EM 2010**

**USERS PROFILE WICH ONE ACCESSED THE SUS OMBUDSMAN, IN RECIFE  
HEALTH DISTRICT VI, 2010**

Autores:

Gabriella Cristina Pereira de Oliveira Lima <sup>1</sup>

Domício Aurélio de Sá <sup>2</sup>

Instituição que pertencem:

<sup>(1)</sup> Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/FundaOswaldo Cruz

<sup>(2)</sup> Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/FundaOswaldo Cruz

Endereço do autor responsável para correspondência:

Gabriella Cristina Pereira de Oliveira Lima: Rua Agricolândia, 397, apt 102 A, Várzea, Recife  
– Pernambuco – Brasil, 50740-470

Telefone: 81 3453-1159

**Artigo a ser encaminhado para a Revista Ciência & Saúde Coletiva.**

LIMA, Gabriella Cristina Pereira de Oliveira. Perfil dos usuários que acessaram a ouvidoria do SUS, no Distrito Sanitário VI do Recife, em 2010. 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo descrever a qualidade da assistência à saúde do Distrito Sanitário VI, segundo os usuários. Foram utilizadas as informações das demandas direcionadas à Ouvidoria do Distrito Sanitário VI, durante todo o ano de 2010, e fornecidas pela Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife. Foi utilizado o programa Epi Info para o cruzando dados. Foi observado que os usuários que realizaram contato com a ouvidoria neste período são, em sua grande maioria, do sexo feminino, da faixa etária de 30 a 54 anos e com, no mínimo, o ensino médio completo. 69% das demandas estavam relacionadas à vigilância à saúde, especialmente aos agentes de endemias e estabelecimentos de alimentos e bebidas. Quanto à assistência à saúde, 58% das manifestações estavam vinculadas às unidades de saúde da família. Tratando-se do status das demandas, 66% foram resolvidas. Na vigilância, as demandas sugeriram que essas são influenciadas pelas alterações no perfil epidemiológico daquele ano. Há ainda uma forte ligação, por parte dos usuários, entre a resolutividade da atenção e a existência de profissionais, principalmente médicos, nas unidades. Em alguns casos, houve um grande atraso na resolução das demandas, o que evidencia uma dificuldade na compreensão ou reconhecimento do poder dessas informações, e das políticas de controle social, e do seu uso relevante no planejamento, avaliação e gestão dos serviços de saúde. Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Políticas de controle social; Gestão em Saúde.

LIMA, Gabriella Cristina Pereira de Oliveira. Perfil dos usuários que acessaram a ouvidoria do SUS, no Distrito Sanitário VI do Recife, em 2010. 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

#### ABSTRACT

This research has as objective describe the quality of health care from Sanitary District VI (DS VI). Were used information from demands that arrived to Sanitary District Ombudsman VI through the onset of users throughout the year 2010. The data were provided by DS Ombudsman VI and the Ombudsman Municipal Health of Recife. Were used the program Epi info, version 3.5.1., for the crossing data. Was observed that the users who made contact with the Ombudsman during this period are, mostly, by female, between 30 and 54 years and with, a minimum, secondary education. 69% from demands were related to the demands of health, and most of them addressed to the agents of endemic and food and beverage establishments. About the health care, 58% of the demonstrations were bound with units of family health. From the demands that arrived at the ombudsman at 2010, 66% were resolved, there were further delays at the resolution of claims related to polyclinics. There is a strong link between outcomes of attention and the existence of professional, especially in medical units, by users. Changes in the profile of the demands of the ombudsman appear to be related with the changes in the epidemiological profile of that year. Was observed that, in a few cases, there is a long delay in resolving the demands by the managers, which shows a difficult in understanding or recognition of the power of this information and their relevant use in planning, evaluation and management of health services.

Descriptors: quality of health care; policy social control; health management.

## 1 INTRODUÇÃO

As ouvidorias têm sido criadas pelos governos como forma de defender o cidadão, preservando seus direitos diante da administração, garantir o acesso à informação e participação, minimizando a burocracia do setor público e respondendo aos seus questionamentos no menor tempo possível<sup>1</sup>.

No princípio, os serviços de ouvidoria foram vistos como uma forma de envolver o cidadão com as instituições ou empresas. Foram observados como uma possibilidade do cidadão ser ouvido em suas reclamações acerca dos serviços prestados<sup>2</sup>. Originado no século XVI, *konungens högste ombudsman* (supremo representante do rei) foi o cargo criado pelo Rei Carlos XII, da Suécia, um país de vanguarda em proteção social, no início do século XX. Esse termo foi utilizado para nomear a pessoa que, durante a ausência de doze anos do rei, supervisionaria a execução das leis e as atividades dos servidores públicos<sup>3</sup>. A partir daí, a ouvidoria evoluiu de uma representação do poder constituído para a representação do cidadão<sup>4</sup>.

No Brasil, a primeira proposta de instituição (ombudsman) surgiu em 1823, fortemente influenciada pela experiência sueca, porém, foi com a reforma sanitária que o direito à saúde foi marcado na Constituição Nacional, pelo apoio, participação e pela pressão dos setores populares. Isso significa que ter garantida a condição de saúde de uma população estaria intimamente ligado ao próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito<sup>1,5</sup>.

A participação comunitária aparece como questão central nas políticas de saúde desde os anos 70. É um dos princípios da estratégia da Atenção Primária de Saúde. Vinculado à filosofia da promoção de saúde, é uma das políticas introduzidas nas reformas dos sistemas de saúde no contexto da descentralização e democratização dos seus serviços<sup>6</sup>. Com a abertura democrática e a conquista da cidadania, surge a contribuição de um novo perfil de cidadão, mais exigente, mais participativo e com uma nova percepção da administração pública<sup>7,8,9</sup>. Essa participação é assegurada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei complementar nº 8142/90 como um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), estando claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde<sup>10</sup>.

Durante os anos oitenta, a ouvidoria foi representada por órgãos que possuíam a finalidade de fiscalizar o Estado, garantindo a transparência dos gastos públicos e defendendo os interesses e direitos do cidadão<sup>1,2</sup>. No final do século XX, com a redemocratização no país, a ouvidoria ganha força diante da sociedade, apontando novos caminhos para a valorização da

cidadania. A partir deste momento, as Ouvidorias Públicas começam a ser implantadas, no formato que possuem atualmente<sup>11</sup>.

Visando a exercer um modelo de gestão baseada na participação de amplos segmentos, a Secretaria de Gestão Participativa, por meio do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, abriu a discussão conjunta de um Sistema Nacional de Ouvidoria. Esse, baseado na atual Política Nacional de Gestão Participativa, surge, dessa forma, para auxiliar e complementar os conselhos de saúde, instâncias intergestores, corregedorias e sistemas de auditoria<sup>12</sup>.

No nível federal, na área da Saúde, foi criada a Ouvidoria Geral do SUS, por meio do Decreto n.º 4.726 de 9/6/2003. A manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde, além de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias, estando norteada pelos seguintes princípios básicos: independência, acesso e objetividade, legitimidade, legalidade e implementação das decisões<sup>4,8,12</sup>.

A ouvidoria do SUS é entendida como ferramenta estratégica de promoção da cidadania em saúde<sup>2,3,13</sup>, contribuindo para uma melhor qualidade dos serviços oferecidos à comunidade e permitindo a experiência em uma gestão democrática e participativa. Contudo, mesmo com esse entendimento por parte da administração, nem sempre isso é bem aproveitado pelos gestores por não identificarem a potencialidade dessas informações ou por não desejarem modificar seu processo de trabalho, minimizando os direitos da cidadania dos usuários, ou ainda por verem nesse instrumento um modo de exposição de falhas<sup>13,14</sup>.

Atualmente, existem diversas iniciativas de ouvidorias que atuam na área da Saúde nos estados e municípios, além de modelos abrangentes de ouvidorias gerais das administrações, compreendendo, inclusive, o setor saúde. Esse sistema tem como objetivo a articulação das ações isoladas de ouvidorias presentes no SUS, incentivando sua ampliação de forma descentralizada e integrada com o compromisso de transformá-las num instrumento de captação dos problemas enfrentados pelos usuários, na sua relação direta com o sistema público de saúde. Com a municipalização, houve um amadurecimento da capacidade de gestão e, assim, da responsabilização dos problemas por parte dos municípios<sup>12</sup>.

A implantação da Ouvidoria Municipal de Saúde na Cidade do Recife veio a somar esforços para o fortalecimento do SUS. Atualmente, as demandas, que chegam aleatoriamente, são analisadas e inseridas no sistema, tendo como porta principal o teleatendimento. O sistema organiza o processo, que já existia, de escuta dos usuários e acolhimento das demandas, como também, pelo seu caráter propositivo, aproxima o cidadão e a gestão, apresentando-se como valiosa ferramenta para o controle social e a gestão pública<sup>15,16</sup>.

Para uma melhor operacionalização e aproveitamento dos dados, foi desenvolvido, em 2007, o sistema de informação chamado OuvidorSUS, com a finalidade de ampliar e otimizar o atendimento das demandas trazidas pela população. Desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, esse sistema, além de receber e encaminhar as informações, gera relatórios gerenciais que auxiliam na melhoria contínua do Sistema Único de Saúde<sup>16</sup>.

Dessa forma, objetiva-se descrever o perfil da Ouvidoria do Distrito Sanitário VI, a partir das manifestações dos usuários durante todo o ano de 2010.

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 ÁREA DE ESTUDO**

A pesquisa foi realizada a partir das demandas que chegaram à Ouvidoria do Distrito Sanitário VI. A população foi composta pelos usuários do Distrito Sanitário VI.

Com uma população de aproximadamente 400.883 habitantes, o Distrito Sanitário VI situa-se na área sul da cidade do Recife, é formado por oito bairros, Boa Viagem, Brasília Teimosa, Pina, Imbiribeira, Ipsep, Ibura de Baixo, Jordão, Ibura e Cohab, nos quais estão distribuídas 34 Unidades de Saúde da Família, 6 Centros de Saúde, 2 Policlínicas e 3 Centros de Atenção Psicossocial<sup>17</sup>.

### **2.2 PERÍODO DE REFERÊNCIA**

O estudo utilizou dados do período de um ano, sendo os esses referentes ao ano de 2010.

### **2.3 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e de corte transversal.

### **2.4 COLETA DOS DADOS**

Os dados secundários foram coletados a partir de banco de dados disponibilizado pela Ouvidoria do DS VI e pela Ouvidoria de Saúde Municipal do Recife.

### **2.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Foram identificadas, dentro das demandas, quais as mais frequentes na Vigilância e na Assistência à Saúde. Para se chegar a informações mais específicas e úteis para a gestão, no cruzamento de dados, foi utilizado o programa Epi Info, versão 3.5.1.

## 2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa, em nenhum momento, fez uso de informações individuais que possibilitassem a identificação do usuário envolvido. O estudo foi realizado em consonância com a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde.

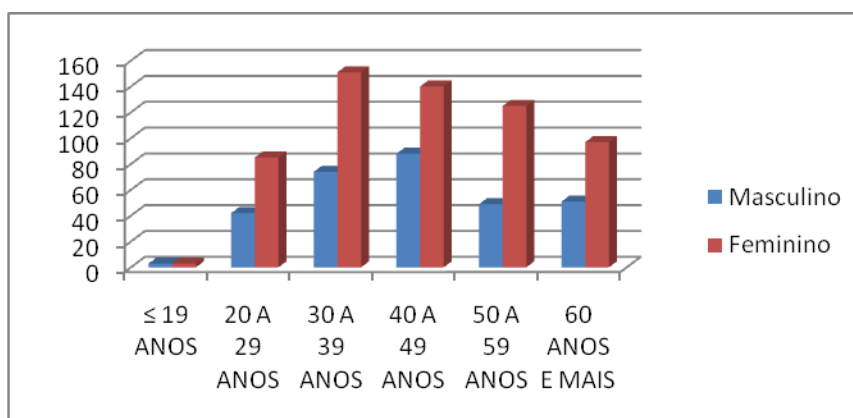
### 3 RESULTADOS

Dos 4.139 atendimentos realizados pelo órgão durante o ano de 2010 e direcionados aos Distritos Sanitários, 26% foram destinados ao DS VI, representando 1069 contatos. Desses, foi visto que 96% dos atendimentos foram realizados através do telefone, 2% por e-mail, 1% por formulário da web, 0,5% por correspondência oficial e 0,5% pessoalmente.

Quanto ao sexo, 62% dos usuários eram do sexo feminino e 34% do sexo masculino, ficando os 4% restantes, sem o devido preenchimento.

Como pode ser visto na figura 1, as usuárias que mais entraram em contato com a ouvidoria pertencem à faixa etária de 30 a 39 anos, seguidas das de 40 a 49. Já entre os homens, lideraram os de 40 a 49 anos, seguidos pelos de 30 a 39. Foi notada uma queda relevante de contatos realizados por usuários a partir dos 65 anos, em ambos os sexos.

Figura 1- Distribuição dos usuários por sexo e faixa etária



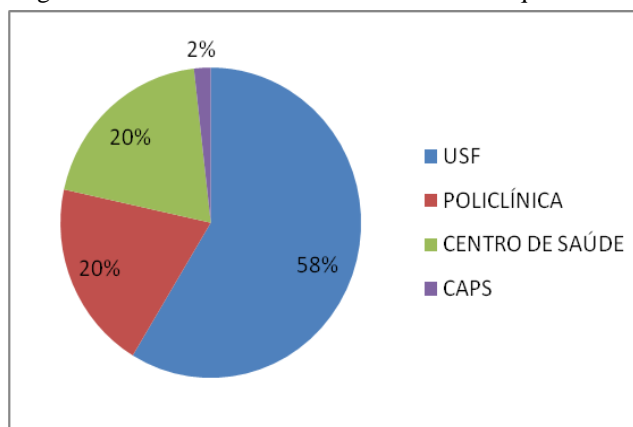
Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde

Com relação à escolaridade, foi observado que a maior parte dos usuários (38%) que fizeram contato com a ouvidoria possuía no mínimo ensino superior incompleto, seguido pelos que tinham ensino médio ou curso técnico (34%), ficando os usuários que estudaram até o ensino fundamental com a menor parcela (14%). 14% das demandas não tiveram este item devidamente preenchido.

Com relação ao assunto, 69% das demandas estavam relacionadas à Vigilância à Saúde e 12% ao PSF e PACS. Logo em seguida estavam a Gestão (8%), a Assistência à Saúde (7%) e a assistência Farmacêutica (3%).

Os estabelecimentos de Saúde que se destacaram pelo número de demandas foram as Unidades de Saúde da Família (58%). As Policlínicas e Centros de Saúde foram representados por 20% dos contatos, cada, e o CAPS com 2%.

Figura 2 – Estabelecimentos de Saúde mais freqüentes



Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde

Quando se trata da Vigilância à Saúde, para a ouvidoria, essa representa apenas a Vigilância Ambiental e Epidemiológica, ficando a Sanitária como um assunto distinto. Além disso, diferentemente da Assistência, as atividades de ambas são baseadas pelos bairros e não pelas unidades de saúde. Mesmo com essa separação, o perfil das suas demandas foi semelhante, sendo os bairros mais citados Boa Viagem (55%), Imbiribeira (14%) e Ibura (12%).

Quanto ao motivo do contato, foi observado que o mais freqüente foi a reclamação (26%), seguida da solicitação (19%) e denúncia (15%). Em se tratando das reclamações, as Unidades de Saúde da Família surgiram em 62% das demandas, já os Centros de Saúde em 21%, as Policlínicas em 15%, e o CAPS em 2%.

Os assuntos mais tocados nas reclamações eram referentes aos: trabalhador de saúde da família (19%); animais sinantrópicos (18%); dificuldades de acesso (6%); marcação ou realização de procedimento (4%); descumprimento da carga horária (4%); fossa (3%). Quanto às solicitações, os temas mais recorrentes referiam-se a: visita dos agentes de endemias (79%); especialistas (9%); medicamento (5%); assuntos relacionados à atenção básica (4%). Já as denúncias tinham como temas mais freqüentes: alimentos e bebidas (73%); serviços de interesse à saúde (5%); água e ambientes (4%); e medicamentos (4%).

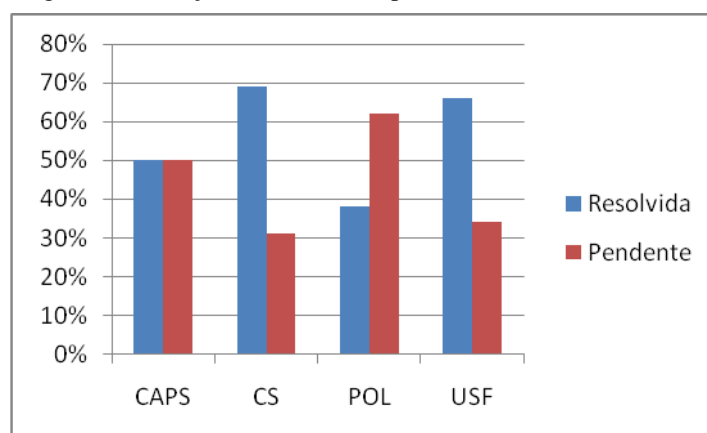
Com relação às demandas vinculadas mais especificamente à Vigilância Epidemiológica e Ambiental, 42% estavam ligadas às equipes de saúde, como agentes de endemias, 41% a criadouros em potencial e 15% a animais sinantrópicos. Já quando se trata da Vigilância Sanitária, 65% das suas demandas foram direcionadas a alimentos e bebidas, surgindo em segundo lugar demandas relacionadas à água e ambientes (17%), seguidas por animais e serviços de interesse à saúde, com 6% cada.

Os locais e estabelecimentos mais frequentemente relacionados à Vigilância Epidemiológica e Ambiental foram as residências (54%), seguidas por condomínio (12%), e terrenos (7%). No caso da Vigilância Sanitária, os estabelecimentos foram supermercados (21%), restaurantes (16%) e residências (11%).

Direcionando o assunto e as demandas às Unidades de Saúde da Família, foi observado que 38% foram dirigidas aos profissionais de saúde, 27% demonstravam insatisfação do usuário com tema indeterminado, 8% ao descumprimento da carga horária e 6% à falta de medicamentos.

Quando se trata da situação das demandas até o final de 2010, foram compreendidas como resolvidas as demandas arquivadas, fechadas e concluídas, e pendentes as que estão em análise, encaminhadas ou reencaminhadas. Foi observado que 66% das demandas foram resolvidas. Constatou-se que, das 565 demandas direcionadas à Vigilância à Saúde, 71% foram resolvidas. Quanto aos contatos relacionados aos estabelecimentos de saúde, foram resolvidas 69% das demandas dos Centros de Saúde, 66% das Unidades de Saúde da Família, 50% do CAPS e 38% das Policlínicas.

Figura 3 – Situação das demandas por Estabelecimento de Saúde



Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde

## 4 DISCUSSÃO

O DS VI já apresenta significativa participação entre os contatos com a Ouvidoria Municipal do Recife. Esse pode ser compreendido, principalmente, por dois motivos, tendo em vista que comporta 25% da população do Recife, além de possuir diversas comunidades historicamente envolvidas em movimentos sociais. Já num estudo realizado nos municípios de Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho, foi observado que, de todos os mecanismos de participação estudados, a Ouvidoria de Saúde era o menos conhecido e foi lembrado por apenas 6% da amostra de Camaragibe e 4,5% da amostra do Cabo<sup>6</sup>.

Como era esperado, observando o perfil dos usuários, constatou-se que a grande maioria era do sexo feminino. Esse pode ser justificado, entre outros, por ser o que utiliza os serviços de saúde mais frequentemente por questões, muitas vezes, reprodutivas e familiares. É o caso dos serviços de citologia, pré-natal e puericultura. Além de se sentirem responsáveis pela saúde e bem estar de suas famílias, as mulheres tendem a avaliar mais seu estado de saúde do que os homens, que o fazem, em sua maioria, quando os problemas passam a interferir no seu cotidiano<sup>19</sup>. Um estudo realizado na Inglaterra sugere uma mudança desse perfil a partir dos 50 anos, em que os homens se igualam às mulheres no cuidado com a saúde. Isso pode ser observado nas demandas da ouvidoria, nas quais, a partir dos 70 anos apontam aproximação do número de usuários do sexo masculino com o feminino até chegarem a posições inversas<sup>20</sup>.

A atuação das mulheres evidencia a importância e a singularidade dessa participação popular na definição dos rumos da saúde pública do país, demonstrando a força que tem essa participação quando os grupos se organizam com objetivo de defesa das coletividades, articulando entre distintos movimentos os objetivos em comum<sup>18</sup>.

A partir dos 65 anos, foi vista uma queda relevante no número de contatos à ouvidoria mesmo com os diversos grupos de educação em saúde direcionados a essa faixa etária existentes no distrito, estando esses direcionados ao auto cuidado, mas também ao empoderamento do seu papel dentro do sistema de saúde. Há ainda a necessidade de que a comunidade conheça melhor os seus direitos em saúde, os problemas e as suas causas, as possíveis intervenções, os serviços oferecidos e sua qualidade, assim como os mecanismos pelos quais pode interagir com o sistema<sup>6,8</sup>.

A análise do nível de escolaridade dos reclamantes torna ainda mais evidente que o acesso ao órgão ainda está restrito entre a população com melhores condições de estudo e, conseqüentemente, com mais acesso a informações e aos canais de participação do Governo<sup>1</sup>.

Um preenchimento adequado e até mesmo novas variáveis no registro da manifestação tornariam mais fácil e útil a identificação dos usuários que não estão tendo acesso a essa ferramenta e os fatores associados a isso.

Quanto ao estabelecimento de saúde mais freqüente nas demandas da ouvidoria, foi visto que as Unidades de Saúde da Família ocuparam mais da metade de todas as manifestações. Nos últimos anos, houve uma ampliação expressiva da estratégia, o que nem sempre veio acompanhado da qualidade da atenção. Por mais que o DS VI, atualmente, apresente uma cobertura de 70%, há ainda diversas unidades sem equipe de profissionais completa, excesso de famílias por equipe, como também vários desses profissionais apresentando um perfil destoante com o trabalho em comunidade. Esse fato se intensificou a partir da chegada dos profissionais vindos dos concursos públicos e da dificuldade na contratação dos profissionais médicos, fazendo com que estes sejam aceitos mesmo distantes do que se espera de um profissional da atenção básica. A falta de comprometimento dos trabalhadores e o não cumprimento do horário de atendimento geram diversas manifestações dos usuários e a ruptura de vínculo com a comunidade.

Mesmo que a Estratégia Saúde da Família seja, muitas vezes, um dos temas mais tratados entre os usuários nas discussões entre comunidade e gestão, dentre os assuntos das demandas da ouvidoria, a grande maioria se referiu à Vigilância à Saúde. Com relação aos locais mais tratados nas demandas da Vigilância Epidemiológica e Ambiental, foi observado que os três mais relevantes são relacionados à moradia, além disso, quase metade das manifestações estava ligada aos agentes de endemias, o que pode ser compreendido pelo relevante aumento dos casos de dengue e, assim, dos focos, principalmente em casas, apartamentos e terrenos baldios, expresso num aumento de 2.677% de 2009 para 2010, levando a população a denunciar com maior freqüência os possíveis focos<sup>21</sup>.

Nas manifestações relacionadas às unidades de saúde, os dados demonstram que nem sempre o usuário considera relevante o desgaste estrutural ou a má conservação das mesmas, valorizando, acima disso, o cumprimento da carga horária, facilidade na obtenção de medicamentos e um quadro de profissionais completo, que interferem diretamente no acesso aos serviços, sendo o último reflexo da clara dificuldade de compor grande parte das equipes de saúde do distrito, principalmente nas áreas de grave risco social e de difícil locomoção.

Os usuários se manifestam principalmente quanto à ausência do profissional médico nesse quadro, apresentando-o como elemento central na resolução dos seus problemas de saúde, reflexo do modelo médico hegemônico. Esse fato leva as famílias a resistirem à utilização de práticas que dispensem a medicalização, tornando-se essa um fator essencial

para a percepção, por parte do usuário, de resolutividade nesse nível de atenção<sup>22,23</sup>. Em uma pesquisa realizada em diversas regiões do país pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2010, 48,4% dos usuários ouvidos apontaram a contratação de médicos como principal forma de melhorar os serviços de saúde<sup>24</sup>.

O baixo índice de resolução, em alguns casos, e a demora para encaminhamento de resposta ao cidadão, provoca hoje, entre as Ouvidorias, uma discussão central sobre o seu papel. De um lado, o dever de defender os direitos do cidadão e o do outro a atividade de apenas encaminhar uma resposta em tempo hábil ao cidadão sem o comprometimento com a resolução do problema<sup>13</sup>.

Primeiramente, os gestores públicos não estavam e ainda não estão acostumados a serem cobrados e a compartilharem informações, o que poderia expor suas falhas e/ou dificuldades, mas possibilitaria uma atuação mais eficaz da cidadania. Segundo, porque no Brasil os direitos são percebidos como uma doação do Estado, que se confunde com o acesso aos direitos sociais. Terceiro, pelo tempo de funcionamento da máquina pública, muitas vezes excessivamente burocrática e lenta<sup>1</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O potencial das Ouvidorias está na forma como trabalham suas informações, e as divulgam tanto para a sociedade como para o Estado. Entretanto, ainda não é desenvolvido pela ouvidoria do distrito um trabalho estatístico no qual seja possível analisar com rigor os tipos de manifestações mais frequentes e o perfil social das pessoas que procuram o órgão, dependendo sempre dos relatórios semestrais da Ouvidoria Municipal que nem sempre revelam suas particularidades e necessidades. Essa é uma grande falha na atividade desenvolvida por este órgão, pois se considera imprescindível um minucioso trabalho estatístico dos dados, para que haja avaliação da qualidade da gestão por parte da administração, e que a população tenha acesso às informações e a uma precisa prestação de contas da administração. Contudo, nem todos fazem ampla divulgação desses dados, tornando-os, de fato, públicos. Para uma Ouvidoria, é uma grave contradição, já que o órgão tem como princípio garantir o direito à informação e a transparência dos atos da administração pública.

Foi possível observar a quantidade de dados colhidos através desse serviço que podem, dependendo da forma que esse for concebido pelos profissionais, gerar relevantes informações à gestão, assim como um meio de dar voz ativa ao usuário do serviço público, constituindo-se como um elo entre o gestor e a sociedade, tendo como estratégia a gestão participativa e o pleno exercício da cidadania.

O poder de uma Ouvidoria está na informação que ela acumula e no potencial que tem para trabalhá-la. Se o órgão é criado, mas não recebe a atenção e as condições para o seu funcionamento, está dando apenas uma sensação de poder ao usuário, não permitindo que esse altere a dinâmica da instituição. A falta de compreensão ou de reconhecimento de alguns gestores da legitimidade desse ato remete à desqualificação dos princípios norteadores da democracia, e a uma forma de descaso com suas funções, enquanto gestor e servidor público. Faz-se necessário um uso mais reflexivo e menos mecânico das informações vindas desse serviço, dando ao usuário o direito de exercer o seu papel de agente modificador do serviço de saúde e da realidade da sua comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. Mario CGM. *Ouvidorias Públicas Municipais no Brasil* [Dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; Mestrado em Urbanismo; 2006.
2. Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Rev Sociologias* 2002; 4(7): 121-82.
3. Moraes, DCP; *et al.* Ouvidorias como dispositivos de gestão participativa de políticas públicas: sua história e experiência no Pará. *III Congresso Consad de Gestão Pública. Participação, transparência e accountability na gestão pública: experiências e questões.* Brasília: 2010.
4. Guazzelli DA. Relações Públicas em defesa do consumidor. *Estudos de Jornalismo e Relações Públicas* 2004; 1(4): 67-52.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Ouvidoria no Brasil.* [acesso em: 20 dez 2010]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=177>
6. Vázquez ML, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2005. 155-141.
7. Dahl R. *Sobre a democracia.* Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001.
8. Norões NMR. *Ouvidoria em saúde: guia de implantação.* Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado; 2002.
9. Oliveira IM. *Ouvidoria: Um estudo junto à Secretaria Municipal de Saúde do Recife.* [Monografia]. Recife: Faculdade Boa Viagem; 2007.
10. Comparato BK. *As ouvidorias de polícia no Brasil: controle e participação.* [Tese]. São Paulo: Faculdade de filosofia, letras e ciências humanas da Universidade de São Paulo; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para implantação de Ouvidorias do SUS. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.* Brasília, 2010. [acesso em: 10 dez. 2010]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia\\_ouvidoriasdosus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_ouvidoriasdosus.pdf)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de Ouvidorias do SUS. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.* Brasília; 2005. [acesso em: 10 dez. 2010] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina\\_ouvidorias\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_ouvidorias_SUS.pdf)
13. Andrade GRB, Vaitsman J. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev Saúde Coletiva.* [periódico online] 2005 jul/set. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
14. Guazzelli D. RP e Ombudsman – relacionamento 2.0. *Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional;* Brasil. 2008.

15. Lyra R. Ouvidor: o defensor dos direitos na administração pública brasileira. João Pessoa: UFPB; 2004. [acesso em: 22 dez. 2010]; Disponível em: [http://www.carceraria.org.br/fotos/fotos/admin/Sistema%20Penal/Seguranca\\_Publica/Ouvidorias.pdf](http://www.carceraria.org.br/fotos/fotos/admin/Sistema%20Penal/Seguranca_Publica/Ouvidorias.pdf)
16. Oliveira IM. *Ouvidoria: Um estudo junto à Secretaria Municipal de Saúde do Recife*. [Monografia]. Recife: Faculdade Boa Viagem; 2007.
17. Recife. *Relatório de Gestão Distrito Sanitário VI 2005-2008*. Recife; 2004.
18. Brasil. Ministério da saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Editora MS. Brasília, 2010. [acesso em: 25 mar. 2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_da\\_mulher\\_um\\_dialogo\\_aberto\\_part.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf)
19. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Pan Salud Publica*. [periódico online] 2002. [acesso em: 16 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10721.pdf>
22. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Rev Soc SciMed* 1999; 48(1): 76-61.
21. Brasil. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. [acesso em: 12 jun. 2011]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/dengue/bases/denguebrnet.def>
22. Shimizu H, Rosales C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. *Rev. Latino-Americana Enfermagem* 2008; 16(5): 888-883.
23. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Rev Texto Contexto Enfermagem* 2007; 16(2): 271-9.
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). O SUS na visão de seus usuários. [acesso em: 20 jun. 2011] Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7244](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7244)