



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS COM O
SERVIÇO DE OUVIDORIA EM SAÚDE DE
FORTALEZA-CE**

Mirella Maria Soares Vêras

FORTALEZA

2005

MIRELLA MARIA SOARES VÉRAS

**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS COM O
SERVIÇO DE OUVIDORIA EM SAÚDE DE
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará -UFC, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lima Correia

FORTALEZA

2005

MIRELLA MARIA SOARES VÉRAS

A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS COM O SERVIÇO DE OUVIDORIA EM SAÚDE DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do curso de mestrado acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará -UFC, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Aprovada em: ___/___/2005.

Banca Examinadora:

Prof . Dr . Luciano Lima Correia- (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr . Adalberto de Paula Barreto
Universidade Federal do Ceará

Prof . Dr . José Wellington de Oliveira Lima
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra.Rosiléa Alvez de Souza
Universidade de Fortaleza- UNIFOR

A todos aqueles que acreditam e lutam por um espaço para a participação popular na busca de uma gestão mais participativa no sistema de saúde, construindo e conjugando a cidadania.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de minha existência e fonte de todo o amor e saber;

Aos meus pais, por compartilharem comigo minhas incertezas e realizações com amor, muito amor;

Ao meu amor, Paulo Quinderé, que caminha do meu lado na vida, pelo seu incentivo e por ter compreendido minha ausência durante todo o período que estive em Fortaleza. Eu agradeço também por ele ter compreendido minhas “ausências” em Sobral, quando me debrucei nas leituras de livros e artigos, nas viagens a congressos e na elaboração desta dissertação.

Ao meu orientador Luciano Correia, que sempre atencioso e amigo, incentivou-me bastante em vários momentos de minha carreira acadêmica; conquistando minha admiração como pessoa e docente.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Ceará - FUNCAP, pelo apoio financeiro à realização desta pesquisa.

Ao Luis Odorico Monteiro de Andrade, secretário de saúde de Fortaleza-Ceará, com quem trabalhei durante os últimos cinco anos na luta por um sistema de saúde com qualidade e que tem acompanhado, apoiado e incentivado meu crescimento acadêmico, pessoal e profissional.

À minha amiga e “eterna orientadora” Dra. Eliany Nazaré de Oliveira, professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, por ter contribuído com sugestões enriquecedoras para este trabalho e que tem acompanhado e incentivado meu crescimento acadêmico.

À Adriana, por ter sido sempre disponível e atenciosa nos momentos em que eu solicitei sua ajuda para discutir algumas questões referentes aos dados estatísticos desta pesquisa.

À minha amiga Dra.Regina Farias, com quem compartilhei minhas dificuldades e acima de tudo minhas alegrias e sonhos.

Ao amigo Dr. Adalto Cabral, que colaborou na formatação e com sugestões para este trabalho;

À Zenaíde, Dominique e à todos aqueles que trabalham na secretaria e coordenação do mestrado em saúde pública, que sempre se mostraram cooperantes para a construção desta pesquisa.

À todas as pessoas que alegram-se com minha felicidade e que estão sempre contribuindo, de uma forma ou de outra, para meu crescimento pessoal e acadêmico.

“Se você treme de indignação perante a uma injustiça cometida a qualquer pessoa em qualquer lugar do mundo, então somos companheiros.”
(CHE GUEVARA).

RESUMO

Introdução A Ouvidoria em Saúde foi criada no Estado do Ceará em 1991, para receber e encaminhar as manifestações de descontentamento e satisfação dos usuários do sistema público, tornando-se o principal canal de comunicação com o Sistema Único de Saúde SUS, tendo como finalidade melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Objetivos Descrever o perfil dos usuários da Ouvidoria em Saúde, avaliando o seu nível de satisfação com os serviços públicos de saúde, bem como com o próprio serviço de ouvidoria em Fortaleza.

Métodos O estudo foi do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas para os usuários do serviço de ouvidoria. Os dados foram inseridos em microcomputador e analisados através do programa Epi Info 6.04.

Resultados Dentre os usuários da ouvidoria em saúde, as mulheres foram as que mais utilizaram este serviço (74,1%). A razão pela qual os usuários procuraram o serviço foi para reclamação (64,7%), seguido de orientação (12,3%) e elogio (11,5%). Dentre os usuários que buscaram a Ouvidoria em Saúde para reclamar, os principais motivos foram: falta de atendimento no serviço de saúde (57,8%), mau atendimento no serviço de saúde (52,0%) e falta de medicamento nas farmácias dos serviços de saúde (8,6 %). Problemas de falta de higiene nos serviços de saúde (9,2%) e de limpeza nas ruas (16,3 %) também foram relatados. Com relação à própria Ouvidoria em Saúde, embora 48,7 % dos usuários estivessem satisfeitos com o serviço, as seguintes falhas foram citadas: falta de autonomia (14,7%), demora na solução dos problemas (8,0%) e poucos ouvidores (6,6%). O difícil acesso ao serviço, falta de interesse e descaso com o problema dos usuários, também foram citados.

Conclusão A participação da população na utilização dos serviços de ouvidoria ainda é muito pequena. O serviço é disponibilizado apenas na cidade de Fortaleza, o que dificulta o acesso para a população residente em outros municípios do Estado. Quanto à resolubilidade, observou-se que as soluções tomadas pelo serviço não corresponde às expectativas de uma parcela dos usuários. Para que o usuário possa continuar a utilizar o serviço é necessário que este se sinta confiante na efetividade do mesmo. Foi observada a necessidade de facilitar o acesso ao serviço, melhorar a divulgação da ouvidoria e informar aos usuários sobre os objetivos e finalidades do serviço, buscando estabelecer uma parceria efetiva entre usuários e ouvidores, para que a população encontre na ouvidoria um instrumento para efetivar o controle social e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: ouvidoria em saúde, satisfação do usuário, avaliação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health Service Ombudsman was created in the State of Ceará in 1991, to receive and to direct the dissatisfaction manifestations and the users' of the public system satisfaction, becoming the main communication channel with the Unique system of Health-SUS, tends as purpose to improve the quality of the rendered services.

Objectives: Describe the users' of Health Service Ombudsman, evaluating their satisfaction level with the public services of health, as well as with the own ombudsman health service in Fortaleza.

Methods: traverse study, descriptive and exploratory with quantitative approach. The used instrument was a questionnaire structured with closed and open questions for the users of the ombudsman health service. The data were inserted in microcomputer and analyzed through the program Epi Info 6.04.

Results: among the users of the health service ombudsman, the women were what more used this service (74,1%). the reason for the which the users sought the service went to complaint (64,7%), following by orientation (12,3%) and praise (11,5%). among the users that looked for health service ombudsman to complain, the main reasons were: service lack in the service of health (57,8%), bad service in the service of health (52,0%) and medicine lack in the drugstores of the services of health (8,6%). Problems of hygiene lack in the services of health (9,2%) and of cleaning in the streets (16,3%) they were also told. Regarding own in Health service Ombudsman, although 48,7% of the users were satisfied with the service, the following flaws were mentioned: autonomy lack (14,7%), it is long in the solution of the problems (8,0%) and few ombudsmans (6,6%). The difficult access to the service, lacks of interest and disregard with the users' problem, they were also mentioned.

Conclusion: the participation of the population in the use of the health services ombudsman is still very small. The service is just made available in Fortaleza city, what hinders the access for the resident population in other municipal districts of the State. As for the resolutividade, it was observed that the solutions taken by the service doesn't correspond to the expectations of a portion of the users. So that the user can continue to use the service is necessary that this it feels confident in the effectiveness of the same. The need was observed of facilitating the access to the service, to improve the popularization of the ombudsman health service and to inform the users about the objectives and purposes of the service, looking for to establish an effective partnership between users and ombudsman, for the population to find in health service ombudsman an instrument to execute the social control and the improvement of the quality of the services of health.

Key-words: Ombudsman in health, Consumer satisfaction, evaluation in health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Perfil sócio-econômico dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág. 49
- Tabela 2. Ocupação dos Usuários do serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.50
- Tabela 3. Perfil das pessoas empregadas e desempregadas que utilizaram o serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.51
- Tabela 4. Religião dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.52
- Tabela 5. Participação em Conferências de Saúde dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.53
- Tabela 6. Participação em movimentos sociais dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.53
- Tabela 7. Utilização dos serviços públicos de saúde pelos usuários da ouvidoria. Fortaleza-CE, 2003.....pág.55
- Tabela 8. Tratamento prescrito aos Usuários da ouvidoria nos serviços públicos de saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.56

Tabela 9. Razão pela qual procuraram o serviço de ouvidoria, distribuídos por sexo e idade. Fortaleza-CE, 2003.....	pág.57
Tabela 10. Locais e meios de comunicação utilizados pelos usuários da ouvidoria na busca de soluções para seus problemas. Fortaleza-CE, 2003.....	pág.58
Tabela 11 – Motivo de reclamações dos usuários do serviço de ouvidoria em saúde, distribuídos por sexo e idade, Fortaleza-CE, 2003.....	pág. 59
Tabela 12. Opinião dos usuários do serviço de ouvidoria em saúde, acerca da gravidade de seu problema, de acordo com o sexo e a idade-Fortaleza-CE, 2003.....	pág.60
Tabela 13. Opinião dos usuários do serviço de ouvidoria em saúde, acerca do agravamento da doença ocasionado pelo seu problema no serviço de saúde. Fortaleza, 2003.....	pág.60
Tabela 14. Atendimentos considerados regulares ou deficientes pelos usuários da ouvidoria em saúde de acordo com o sexo e idade. Fortaleza-CE, 2003.....	pág.61
Tabela 15. Motivos considerados pelos usuários referentes ao mau atendimento na ouvidoria. Fortaleza-CE, 2003.....	pág. 62
Tabela 16. Melhorias que deveriam ser empreendidas nos serviços de ouvidoria em saúde, segundo a opinião dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.....	pág.62

Tabela 17. Dificuldade encontradas pelos usuários para serem atendidos no serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.....pág.63

Tabela 18. Providências tomadas pela ouvidoria em saúde para solucionar o problema dos usuários. Fortaleza, 2003.....pág.64

Tabela 19. Resultados encontrados pela ouvidoria em saúde na solução dos problemas dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.....pág.64

Tabela 20. Satisfação dos usuários da ouvidoria em saúde, com as medidas utilizadas pelo serviço na resolução do problema dos usuários, segundo sexo. Fortaleza-CE, 2003.....pág.65

Tabela 21. Satisfação dos usuários da ouvidoria em saúde, com as medidas utilizadas pelo serviço na resolução do problema dos usuários, segundo a escolaridade. Fortaleza-CE, 2003.....pág.65

22. Número de usuários do serviço de ouvidoria em saúde, distribuídos por sexo, que procurariam novamente o serviço. Fortaleza-CE, 2003.....pág. 66

Tabela 23. Finalidade do serviço de ouvidoria em saúde na opinião dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.....pág.66

Tabela 24. Principais falhas do serviço de ouvidoria em saúde, segundo a opinião dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.....pág. 67

Tabela 25. Sugestões dos usuários para melhorar o serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza, 2003.....pág. 68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Ordem cronológica de implantação de ouvidoria por países e sua respectiva denominação.

Quadro 2. Quadro 2. Serviços de ouvidoria e número de usuários entrevistados.

Fortaleza-CE, 2003.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Contextualização do objeto de estudo	17
2. OBJETIVOS	20
2.1. Geral	20
2.2. Específicos	20
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1. Avaliação dos Serviços de Saúde.....	22
3.2. Qualidade da Atenção em Saúde	25
3.3. A Qualidade da Atenção do Sistema Único de Saúde no Brasil	27
3.4. Participação e Direitos do Usuário no SUS	28
3.5. Satisfação dos usuários de Serviços de Saúde	32
3.6. A Origem do Instituto Ombudsman	37
3.7. Ouvidoria em Saúde no Brasil e no Estado do Ceará.....	41
4. METODOLOGIA	45
4.1. Tipo de Estudo	45
4.2. População do Estudo.....	45
4.3. Amostragem.....	45
4.4. Local do Estudo	47
4.5. Aspectos a serem Investigados	47
4.6. Instrumentos	48
4.7. Coleta de Dados	49
4.8. Análise e Disseminação dos Dados	49
4.9. Aspectos Éticos da Pesquisa	49

5. RESULTADOS	51
5.1. Perfil sócio-econômico e cultural dos usuários da Ouvidoria em Saúde.....	51
5.2. Utilização dos serviços públicos de saúde pelos usuários da ouvidoria em Fortaleza.	57
5.3. Utilização do serviço de Ouvidoria em Saúde.....	59
6. DISCUSSÃO	72
6.1. Perfil socioeconômico e cultural	72
6.2. Utilização dos serviços públicos de saúde	78
6.3. Utilização do serviço de Ouvidoria em Saúde.....	80
7. CONCLUSÃO	88
8. SUGESTÕES PARA MELHORAR O SERVIÇO DE OUVIDORIA EM SAÚDE EM FORTALEZA-CE.....	90
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
10- APÊNDICES	106
11. ANEXOS	157

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do objeto de estudo

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por intensas transformações no setor saúde. A constituição de 1998 e a criação do Sistema Único de Saúde -SUS podem ser consideradas como duas maiores conquistas. Como parte deste processo, tem crescido a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde e a participação da população na gestão destes serviços.

A qualidade da atenção é um componente importante na avaliação dos serviços de saúde. O movimento de reforma sanitária, ocorrido na década de 70, expressou uma preocupação com a qualidade da atenção à saúde no Brasil. Uma das maneiras de avaliá-la é através da satisfação dos usuários. Uma vez que se considera que a satisfação é um componente indireto de avaliação da qualidade da atenção, apresenta-se como um instrumento para a avaliação e planejamento dos serviços de saúde. Através da satisfação do usuário é possível perceber as falhas existentes nos serviços, bem como a relação do usuário com os mesmos. Conhecer a satisfação dos usuários torna-se um elemento indispensável para efetivar a participação popular e avaliar os serviços de saúde.

Os estudos sobre satisfação dos usuários apresentam comumente em seus resultados elevada satisfação dos mesmos com o serviço. Fato que pode ser percebido tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. No Brasil, existem estudos regionais onde esta satisfação chega a mais de 90%. (OLIVEIRA, et al., 2003). Um importante instrumento

para operacionalizar este processo avaliativo e otimizar o controle social é a Ouvidoria em Saúde.

Os serviços de Ouvidoria em Saúde buscam estabelecer uma comunicação do usuário com os serviços de saúde. No Brasil, as ouvidorias começaram a ser implantadas na década de 80 e a partir da constituição de 1988 foram implantadas ouvidorias institucionais.

No Estado do Ceará, em 1991, foi implantada a Ouvidoria em Saúde pública com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e criar um espaço para a manifestação dos usuários, através de elogios, reclamações ou sugestões. A nível nacional, a ouvidoria do Sistema Único de Saúde foi criada somente em 2003 (BRASIL, 2004).

Após 12 anos da criação da ouvidoria no Ceará, faz-se necessário conhecer quem são os usuários da Ouvidoria, quais são suas motivações para a utilização do serviço e quais as suas impressões sobre a forma como foram atendidos, sobre como foram encaminhados seus pleitos e sobre os resultados conseguidos. A partir do usuário da ouvidoria é possível também avaliar a qualidade da atenção recebida por este nos serviços de saúde.

O cidadão que utiliza o serviço de ouvidoria já emitiu um juízo de valor sobre a atenção recebida no serviço de saúde, tornando-se também necessário conhecer esta opinião crítica do usuário. Importa também a ouvidoria identificar potenciais usuários que poderiam utilizar o serviço e não o fazem, explorando as razões para o não uso (desconhecimento, falta de acesso, descrença quanto à eficácia do serviço?).

O presente estudo visa dar respostas a estes questionamentos, permitindo à Ouvidoria conhecer melhor a sua clientela, efetiva e potencial, obtendo uma avaliação de seu desempenho a partir de um ponto de vista externo, o que certamente lhe será útil na formulação de estratégias que visem melhorar o seu funcionamento.

Os serviços de saúde também serão beneficiados, visto que a opinião dos usuários acerca da qualidade dos serviços contribuirá para o planejamento das ações dos profissionais de saúde, gestores e administradores. Deste modo, poderá ser avaliado também o impacto da ouvidoria no resgate da cidadania, na implementação de políticas públicas de saúde inclusivas e na promoção dos seus direitos.

Acreditamos que este estudo vem acrescentar indicadores para as ações da ouvidoria; uma vez que no campo do conhecimento científico, ainda existem poucas pesquisas sobre os serviços de Ouvidoria em Saúde; e que se observa a necessidade de produção científica para fomentar o conhecimento teórico e assim conceber subsídios para uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ampliar a participação da população na gestão destes serviços.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Descrever as principais características dos usuários da Ouvidoria em Saúde em Fortaleza, em termos de perfil epidemiológico, padrão de participação e grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde com o serviço de ouvidoria .

2.2. Específicos

2.2.1 Descrever o perfil dos usuários da Ouvidoria, em termos de características sócio-econômicas, cultural e de morbidade e de utilização dos serviços;

2.2.2 Explorar as motivações que levam os usuários dos serviços públicos de saúde a manifestarem seu nível de satisfação através de canais oficiais (Ouvidoria) e extra-oficiais (imprensa);

2.2.3 Analisar o padrão de insatisfação dos usuários da Ouvidoria para com o sistema público de saúde (SUS), discriminando as manifestações devido a problemas pontuais e a problemas sistêmicos;

2.2.4 Avaliar o nível de satisfação dos usuários com o serviço de Ouvidoria, identificando problemas de dificuldade de acesso, de falhas no atendimento e de falta de resolubilidade das questões encaminhadas;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação dos serviços é de fundamental importância para otimizar a efetividade da atenção à saúde. Um dos autores que em mais contribuiu com estudos sobre avaliação foi Donabedian, que há mais de três décadas dedicou-se ao estudo sobre o tema. No ano de 1966 propôs o modelo de “teoria sistêmica simples” para mensurar qualidade. Propôs também uma divisão dos componentes do sistema em: Estrutura, Processo e Resultado. (DONABEDIAN, 1980).

A Estrutura refere-se aos recursos da assistência, envolvendo área física, recursos materiais, humanos, sistemas de informação e sistemas normativos técnicos e administrativos (DONABEDIAN, 1980). De acordo com Carvalho, Rosemburg e Buralli (2000), a estrutura dos serviços compreende os equipamentos, facilidades físicas, qualidade dos profissionais, conhecimento biomédico e habilidade para utilização do conhecimento. A avaliação estrutural sugere que garantindo as condições mínimas de funcionamento de um serviço de saúde obtêm-se melhores resultados.

Quanto ao componente do Processo, refere-se às atividades que envolvem a utilização dos recursos (DONABEDIAN, 1980). A avaliação do processo analisa o que acontecem com o usuário. Visto que na estrutura deve ser fornecido os insumos básicos e o conteúdo técnico, no processo ocorre a interface entre o usuário, a instituição e os profissionais. Ocorre neste componente a avaliação da prática da atenção em toda sua extensão. A relação existente entre profissional-paciente é analisada através da utilização dos insumos estruturais

(físicos, equipamentos, material de consumo, organização e profissionais) (DONABEDIAN, 1981; CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

No que se refere à oferta e ao recebimento de serviços, Starfield (2002) inclui tudo o que os médicos e outros provedores da atenção fazem pelos pacientes, assim como a habilidade com que desenvolvem estas ações, bem como o que o paciente pode fazer por si mesmo.

O resultado é a consequência da atenção ou mesmo da falta desta atenção e ainda de quem está recebendo ou deixando de recebê-la (DONABEDIAN, 1985 apud CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000). O Resultado corresponde ao que se obtém para o paciente. Um resultado supõe uma mudança no estado de saúde, seja para melhor ou não. O resultado inclui também o conhecimento sobre a enfermidade, mudanças de comportamentos que conduz à saúde e a satisfação da clientela (DONABEDIAN, 1990).

As medidas mais comuns de resultados são os indicadores diretos de morbidade, mortalidade e seqüelas de forma e função. A mortalidade é o primeiro parâmetro de medida de resultado com final indesejável. As variáveis utilizadas para mensuração dos resultados podem ser únicas ou cruzadas. E são mensuradas através de índices, coeficientes e taxas (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

Visto que os problemas referentes às mortalidades e morbidades são influenciados por um conjunto diverso de fatores, tais como: fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos, tornam-se difícil a mensuração, uma vez que os resultados podem ter múltiplos determinantes.

A avaliação dos resultados é um componente importante dos serviços de saúde, sendo a efetividade e a equidade, fatores importantes na prestação destes serviços. Os resultados podem ser avaliados no nível individual e no nível dos serviços de saúde. Comumente as avaliações dos resultados abordam a extensão alcançada pela prestação dos serviços clínicos aos

indivíduos e podem coincidir com as expectativas da atenção médica oferecida. São realizadas através de revisão do prontuário ou pela entrevista dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Donabedian (1990) considera que a satisfação do paciente constitui um elemento particular muito importante. Primeiramente porque a satisfação é um aspecto de melhoria que a atenção à saúde tenta produzir. Outro aspecto importante é que a medição do nível de satisfação contribui para que o paciente participe da atenção de maneira ativa. E por último, a satisfação e o descontentamento constituem juízos de valor do paciente sobre a qualidade da atenção recebida.

O autor acima referido coloca as relações existentes entre estrutura-processo-resultado. Uma boa estrutura aumenta as possibilidades de um bom processo e um bom processo aumenta as possibilidades de um bom resultado. Similarmente, se os resultados são satisfatórios, há possibilidades de inferir que o processo que antecedeu foi satisfatório.

Observando o modelo de sistema proposto por Donabedian, vê-se que no decorrer do tempo, em vários países, as avaliações foram movidas de um componente do sistema para outro. Durante os anos de 1850-1910, as avaliações tiveram como enfoque o resultado. A partir de 1910 o enfoque foi substituído do resultado para a estrutura, um bom exemplo disso foi o relatório de Flexner, que se referia a uma mudança estrutural da educação médica. Nas décadas de 70 e 80 o foco foi no componente processo. Após os anos 80 houve um retorno às avaliações centradas no resultado. (REGIONAL COMMITTEE..., 2003).

De acordo com Azevedo (1991), foi publicado em 1916, um estudo sobre avaliação hospitalar, no qual foi realizado uma avaliação do estado de saúde dos pacientes internados, objetivando averiguar os resultados das intervenções médicas. Para Adami e Maranhão (1995), Este trabalho é considerado como um dos clássicos na área de avaliação.

Segundo Azevedo (1991), a partir da década de 60 houve um aumento da complexidade dos serviços nos Estados Unidos da América (EUA) e conseqüentemente um

elevado custo da assistência médica, levando à necessidade de avaliar os custos e a qualidade da assistência médica.

No Brasil, ainda não existe experiência acumulada sobre avaliação dos serviços públicos. As avaliações referem-se na maioria das vezes ao aspecto quantitativo com a utilização de indicadores que são mais facilmente obtidos. (ARCUCIO et al., 1991 apud ADAMI; MARANHÃO, 1995).

3.2. Qualidade da Atenção em Saúde

A qualidade da atenção é um componente indispensável para a operacionalização dos serviços. Há um crescente aumento do interesse de instituições públicas ou privadas em avaliar aspectos relacionados à qualidade dos serviços. A avaliação sobre a qualidade da atenção à saúde, de acordo com Kloetzel, Bertoni e Irazoqui (1998), pode ser feita através de critérios objetivos (determinantes do produto) e subjetivos (usuários). A partir dos critérios objetivos pode-se obter informações sobre número de profissionais para realizar as atividades, carga horária, número de procedimentos realizados periodicamente, sistema de informações, entre outros parâmetros de avaliação. O critério subjetivo é avaliado a partir do usuário, onde o mesmo pode apontar as falhas no sistema. De acordo com os autores Rosa *et al.* (2000), o critério subjetivo de maior importância, visto a necessidade cada vez maior de satisfazer às expectativas do usuário mediante um serviço de melhor qualidade.

De acordo com Donabedian (1990), existem três componentes da atenção à saúde:

1) Atenção técnica, 2) Relação interpessoal e 3) O ambiente físico em que se desenvolve o processo de atenção. O que determina aceitável ou não no ambiente físico depende da cultura da

sociedade. Um bom relacionamento entre paciente e o provedor da atenção é influenciado também pelas características culturais.

Em relação à atenção técnica, o autor divide em: *Base científica, recursos humanos e materiais, características e preferência dos pacientes e objetivos sociais*. A *base técnico-científica* pode ser realizada através de uma atenção à saúde dita “ocidental”, onde predomina a medicina tradicional das culturas ocidentais; e “local”, onde predomina os saberes e práticas dos nativos (indígena, p.ex.). Os *recursos humanos* levam em conta o que é possível ser feito dentro de um ambiente determinado e comparar com o que poderia se esperar que ocorresse se eliminassem as limitações de recurso. *As características e preferência dos pacientes* recebem influências das características biológicas, comportamentais e de preferência. As características biológicas referem-se às diferenças de risco e suscetibilidade e reação ao tratamento. O comportamento e as preferências são influenciados pelos valores culturais, como o apego à vida, medo da morte, aceitação de incapacidades, entre outros. As preferências refletem o que é funcional e útil em uma determinada sociedade segundo o estilo de vida dominante, os papéis sociais e as ocupações. Os *objetivos sociais* estão relacionados à eficiência, ou seja, o emprego dos recursos baseado na relação custo-efetividade; e a equidade, a qual depende dos recursos distribuídos por um princípio de justiça.

De acordo com Starfield (2002), no contexto da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas pelos serviços de saúde de forma otimizada. O termo qualidade da atenção tem sido usado também para refletir a satisfação com os serviços de saúde.

3.3. A Qualidade da Atenção do Sistema Único de Saúde no Brasil

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde no Brasil iniciou-se na década de 70 com o movimento de reforma sanitária, seguido pelas décadas de 80 e 90 com a implementação da reforma e a implantação do Sistema Único de Saúde, respectivamente. Na década de 80, de acordo com Mendes (1999) ocorreu o mais importante evento-político-sanitário da época: a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência diferenciou-se das anteriores por significativa participação da sociedade civil e pela realização de pré Conferências Municipais e Estaduais, até chegar a Nacional.

Segundo Pugin (1996 apud Andrade, 1997), os principais temas debatidos na VIII Conferência foram: a saúde como um direito do cidadão e dever do estado, reforma no sistema nacional de saúde e o financiamento do setor.

No relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi redefinido de forma mais abrangente, no qual a saúde é resultante de alguns requisitos básicos, tais como alimentação, renda, educação, trabalho, meio-ambiente, lazer, transporte, emprego, entre outros. Mendes (1999), afirma que a conferência propôs uma reforma no Sistema Nacional de Saúde, com a implantação de um Sistema Único de Saúde que tivesse como princípios: a universalidade, integridade e descentralização, aliado à participação popular.

As propostas do movimento de reforma sanitária elaborada na VIII Conferência foram determinantes para garantir a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incluído na Constituição de 1988, representando o início de muitos avanços na qualidade da atenção à saúde no país.

As mudanças ocorridas na estrutura do sistema foram acompanhadas de um crescimento de avaliações relacionadas aos avanços ocorridos desde sua implantação. Nos últimos anos, estudos de avaliações estão sendo centrados, nos resultados, como ocorre na maioria dos países. O aspecto relacionado à satisfação da clientela, citado por Donabedian vem sendo bastante explorado em pesquisas realizadas junto aos setores público e privado de saúde. Conhecer a opinião dos usuários dos serviços é fator fundamental para melhorar a qualidade da atenção.

3.4. Participação e Direitos do Usuário no SUS

Nas últimas três décadas a América Latina, incluindo o Brasil vivenciou várias lutas em prol da cidadania. Dentre estas, destaca-se a luta pela liberdade de expressão, contra as restrições políticas, dentre outras ocorridas durante o regime militar. Com o fim do regime militar surgiram movimentos que lutavam pela democracia, priorizando os direitos civis (WARNER, 1999). Os movimentos sociais que começaram a emergir neste período tinham como objetivo a luta pela conquista de determinados direitos junto ao Estado. (COHN, 2003).

De acordo com Vasconcelos (1999), na década de 70, começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do estado, e com a abertura política as camadas populares já organizadas, passaram a reivindicar participação no controle dos serviços de saúde. Já na década de 80, conforme afirma Luz (2001), houve uma progressiva movimentação em torno das políticas públicas, destacando-se a saúde, que passou a ser vista pela sociedade civil organizada como um direito de cidadania. Nesta época, a mobilização se dava em torno das questões de universalidade, hierarquização e acessibilidade aos serviços de saúde.

Ocorria também a participação de grupos populares organizados nas conferências municipais e estaduais. Deste modo observa-se que a população buscava espaço frente à gestão dos serviços.

Segundo Fortes (2003), dois anos após a promulgação da Constituição, publicava-se a Lei nº 8.142/90 e a lei 8.080/90, denominadas de Lei Orgânica da Saúde. A participação do cidadão é legitimada inclusive por esta Lei, onde são destacados o direito do cidadão de participar da gestão, controle e fiscalização dos serviços e ações do SUS. É preciso efetivar essa participação na gestão, controlar e fiscalizar os serviços e ações do SUS, utilizar os serviços adequadamente, bem como dispor de canais acessíveis para que possa manifestar sua opinião a respeito dos serviços de saúde. A lei 8.142/90 refere-se à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. A lei criou a obrigatoriedade do funcionamento dos conselhos para receberem os recursos. (IMPrensa NACIONAL, 2003).

A Constituição e a implantação do SUS asseguraram ao cidadão, usuário do sistema, participar da gestão dos serviços de saúde. O indivíduo passa a ser um sujeito ativo, com responsabilidade na transformação da sociedade em que vive. O sujeito dentro de seu contexto social passa a perceber-se como ator de um movimento social atuando em um palco real. Segundo Valla (2000) é difícil discutir cidadania no Brasil, pois não se pode adotar os mesmos critérios de discussão que existem nos países desenvolvidos, como Estados Unidos e Europa Ocidental.

De acordo com Valla (1998), a participação popular compreende várias ações desenvolvidas por diferentes forças sociais com o intuito de influenciar a formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e / ou serviços básicos, tais como a saúde, educação, habitação, transporte, etc. Segundo Fortes (2003), a questão da participação da população no controle social merece uma análise ética. Se no Brasil o direito do cidadão à saúde

é dever do estado, o princípio da responsabilidade cria no cidadão o dever ético de participar da gestão. Para Westphal (1992), o controle social caracteriza-se pela participação popular em setores do Estado responsável pelas políticas públicas. Sendo a saúde um bem público, deve ter suas decisões compartilhadas por gestores do governo e pela população.

Segundo Warren (1999), a conquista da cidadania faz parte dos movimentos sociais da América latina. O movimento social é definido como um conjunto de práticas sócio-político-culturais que visam à realização de um projeto de mudança social sistêmica, resultado de uma rede de relações sociais, que inclui o sujeito social e o associativismo civil. As associações civis são formas organizadas de ações coletivas que tem propostas comuns. Temos como exemplo de associações civis, as Organizações Não-Governamentais (ONG'S), ecologistas, grupo de mulheres, entre outros. O termo “sujeito social” refere-se a uma relação de responsabilidade que o indivíduo estabelece consigo mesmo e com a sociedade. Touraine (1994), coloca o sujeito como um agente de uma obra coletiva e produtora da sociedade.

De acordo com Luz (2001), cresce a idéia de participação da sociedade civil, devendo a população ser vista como “usuário” dos serviços de saúde, ao invés de “comunidade”, termo bastante utilizado nos anos 60. Para Valla (1999), a palavra “comunidade” na língua portuguesa transformou-se em uma referência às populações pobres, residentes em favelas.

As pesquisas sobre as atitudes e comportamentos de paciente sugerem que, quando os mesmos necessitam de cuidados com a saúde, alguns indivíduos comportam-se como “consumidores” racionais, escolhendo e comprando os serviços relacionados à saúde. (WENSING, 2000). Entretanto, o usuário deve ser visto como cidadão e contribuinte, visto que ele é o financiador do sistema de saúde.

Neste contexto o usuário deve ter assegurado seu direito não só de consumidor dos serviços de saúde, mas também de financiador, participando da gestão dos serviços. Considerar o

usuário apenas como consumidor é negar-lhe o direito de cidadania. Imbroisi (2003) ressalta que o conceito de cidadania envolve conceitos de justiça, representação, participação e igualdade de oportunidades que não estão presentes no conceito de consumidor.

De acordo com Warner (1999), a noção de cidadania surgiu na Grécia, e tinha um significado de exclusão social. Nesta sociedade, as mulheres, crianças e escravos não eram considerados cidadãos e não tinham o direito de participar da política.

A participação do usuário, de acordo com Elwyn (2003) é importante na co-produção dos serviços de saúde, e suas decisões e comportamentos influenciam a provisão dos serviços, sendo possível também conhecer o resultado esperado pelo usuário. A partir da opinião do usuário é possível conhecer conceitos e atitudes associados com a atenção recebida (SÁNCHEZ; AGUILAZ; LÓPEZ, 1998). Utilizar estas informações para a melhoria da qualidade da atenção é um aspecto importante para a efetivação do controle social.

Os avanços relacionados aos direitos de cidadania vêm tomando grandes dimensões em diversos setores. Imbroisi (2003) destaca a realização da 1ª Pesquisa Nacional de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos, ocorrida em 1999, como parte do Programa de Qualidade no Serviço Público. Neste âmbito foi criado o Decreto nº 3.507, de junho de 2000, contendo diretrizes normativas para que se possa estabelecer padrões de qualidade ao atendimento prestado por diversos setores da administração pública federal que prestam serviços diretamente ao cidadão.

De acordo com Almeida (1999), a população historicamente foi constituída de uma clientela “suplicante” dos serviços de saúde, e cujo sentimento de exclusão de cidadania não será revertido em curto espaço de tempo. Bosi e Affonso (1998) consideram que o papel que os usuários estabelecem com a rede de serviços insere-se em uma prática pluridimensional, dentre estas, a dimensão política; significando muito mais do que a simples busca de assistência. Deste

modo, é importante considerar em uma avaliação de serviço, a satisfação do usuário efetivando sua participação.

3.5. Satisfação dos usuários de Serviços de Saúde

De acordo com Williams (1994), nos últimos 10 anos, a satisfação do consumidor ganhou reconhecimento como medida de qualidade em muitos serviços do setor público. De acordo com Sitzia e Wood (1997) foi realizado uma pesquisa sobre o número de entradas nos bancos de dados da MEDLINE e CINAHL CD-ROM por assunto “Patient satisfaction” e “Consumer satisfaction” nos anos de 1966 a 1996. Um considerável aumento foi percebido nos anos de 1994 e 1996.

Segundo González e Jodra (2000), para prestar um serviço de qualidade é fundamental conhecer a opinião dos usuários deste serviço, enquanto que para Boller, Wyss, Mtasiwa e Tanner (2003), a qualidade pode ser avaliada do ponto de vista do usuário, sendo esta uma qualidade percebida; ou por técnica padrão (qualidade definida pelo profissional). Entretanto, Starfield (2002), considera que a satisfação do usuário com os serviços de saúde não é propriamente uma medida da qualidade da atenção, porém, pode estar indiretamente relacionada com a qualidade, porque pode conduzir a uma busca de determinados tipos de serviços que influenciam o estado de saúde.

De uma forma ou de outra, ambos os autores relatam a importância de se avaliar a satisfação do usuário. Ebrahim (2001) afirma que o envolvimento e a satisfação do paciente são apontados como responsáveis pelo interesse do paciente no tratamento e na melhoria da

qualidade dos serviços. De acordo com Williams (1994), um paciente insatisfeito não tomaria uma medicação, bem como poderia recusar-se a seguir um tratamento.

Segundo Firtzpatrick (1991), existem três importantes razões para se considerar a satisfação do usuário. A primeira é que a satisfação do usuário é uma medida de resultado importante, visto que é um preditor para saber se os pacientes seguem o tratamento recomendado. A segunda razão é que a partir da satisfação do usuário é possível avaliar a consulta e os padrões de comunicação, como, por exemplo, saber sobre o sucesso da informação e do envolvimento do paciente em decisões sobre o cuidado e a segurança. A terceira é que através do conhecimento da satisfação do usuário pode-se escolher métodos alternativos de organização, como duração da consulta, entre outros.

Segundo Zaicaner (2003), todos os sistemas de saúde que estejam comprometidos com a qualidade dos serviços de saúde não pode excluir de sua avaliação a satisfação do usuário. Vários autores destacam a importância de avaliar a qualidade da atenção a partir do usuário (FITZPATRICK, 1991; TRAD et al., 2002; ESPINOSA et al., 2003).

Avaliar significa a estimativa de algo de acordo com determinados critérios de juízo de valor. (AGULAR; ANDER-EGG, 1994). Portanto, a avaliação sofre influências de valores pessoais. O fato de haver essas influências, não torna a avaliação menos eficiente, muito pelo contrário, torna-a um instrumento ainda mais apropriado, visto que as percepções do indivíduo são resultados de seu contexto sócio-histórico e cultural. A partir do conhecimento do contexto individual, é possível implantar serviços adequados às necessidades do sujeito dentro de sua dimensão coletiva.

Enquanto Cohen (1996) revela que estudos sobre a satisfação do usuário muitas vezes mostram elevados níveis de satisfação com os serviços de saúde. Sitzia e Wood (1997) citam que respostas tendenciosas são bastante observadas, uma vez que os usuários podem referir

satisfação maior do que realmente sentem porque acreditam que comentários positivos são mais aceitáveis para os investigados. Os usuários podem também referir satisfação com receio de tratamento desfavorável no futuro.

Correia (2000) relata que esses resultados são mais percebidos em populações com baixa expectativa sobre os serviços de saúde, enquanto Mendes (2003), em seu estudo sobre a satisfação do usuário, considera que apesar dos serviços de saúde atenderem parcialmente às necessidades, o usuário aceita os serviços de péssima qualidade e ainda apresenta elevada satisfação. Esta realidade pode ser vista em países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde, apesar de poder haver diferenças entre os países, os mesmos apresentam em seus resultados elevado grau de satisfação do usuário.

De acordo com Williams (1994), relatos de satisfação tendem a ser elevados, chegando às vezes a níveis acima de 90%. Lebow (1983), listou mais de 50 pesquisas e encontrou uma porcentagem média de 77,5% de pacientes satisfeitos. Segundo Hopkins (1990), um serviço de baixa qualidade pode ser objeto de poucas reclamações, talvez porque os pacientes encontram dificuldades para se queixar. Muitas vezes, os pacientes não se queixam porque têm a impressão de que nada se modificaria com a sua queixa.

Segundo Starfield (2002), em 1996 foi realizada uma pesquisa com quinze países-membros da união européia sobre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde. Os países que apresentaram alta satisfação da população com seus sistemas de saúde foram: Dinamarca, Finlândia e Áustria. Países com satisfação intermediária foram: Bélgica, Alemanha, Países Baixos, Suécia e França. E os países que apresentaram uma baixa satisfação foram: Espanha, Reino Unido, Itália, Grécia, Portugal e Irlanda. Vale ressaltar, entretanto, que alguns países como o Reino Unido, por exemplo, estava em processo de reforma de seu sistema de saúde.

Um estudo comparativo de dois centros de saúde da Espanha, realizado por Retamal e Monge (2000) mostrou um elevado nível de satisfação dos usuários dos dois centros. Os componentes relacionados à qualidade da atenção médica percebida pelos usuários foram de 74,1% em um dos centros e 77,8% no outro centro de saúde.

O questionário de Cobertura e Qualidade da Atenção elaborada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública do México no ano de 1988 notificou que 74% dos usuários dos serviços ambulatoriais do país estão satisfeitos com a qualidade dos serviços (Sánchez; Aguilar; López, 1998). De acordo com VERDESSI et al. & Azevedo (2000), existe no Chile, assim como em outros países, uma grande necessidade de mensurar a satisfação dos usuários. Análises de satisfação dos usuários é uma das quatro prioridades, estabelecida desde 1994 neste país.

Segundo Kersnik (2000), em um estudo realizado na Eslovênia sobre as visitas domiciliares realizadas pela atenção primária, mostrou um nível de satisfação global dos pacientes visitados em 86,5 % e dos não-visitados de 85,8%; tendo ainda um nível de satisfação com os aspectos relacionados à comunicação de 92,6 % para os que recebem visitas domiciliares e 85,2 % e para os que não recebem.

No Brasil, em um estudo sobre a satisfação dos usuários externos dos serviços de saúde do Hospital dos servidores do estado do Rio de Janeiro foi de 93,2% no ambulatório e 97,5% na internação, considerados como “satisfeito” e “muito satisfeito” (OLIVEIRA et al., 2003).

Na microrregião de saúde do município de Quixadá, interior do estado do Ceará, a proporção de usuários de atenção ambulatorial que considerou muito bom o trabalho e a cordialidade dos profissionais de saúde foi de mais de 40%, chegando a 95% no caso da satisfação com o trabalho do médico. (CORREIA, 2000).

Algumas características são peculiares aos usuários dos serviços de saúde, conforme estão descritas a seguir:

Segundo Sitzia e Wood (1997), estudos realizados em vários países sugerem que pessoas idosas tendem a ser mais satisfeitas com os serviços de saúde do que pessoas jovens.

O nível educacional também pode influenciar na satisfação. Pessoas com pouca escolaridade tendem a serem mais satisfeitas.

Pessoas com elevada classe social tendem a ser mais satisfeitos. Porém, as pessoas de elevada classe social podem estar mais satisfeitas por terem acessos a diferentes serviços da rede privada.

A característica étnica foi considerada como um dos fatores determinantes mais complexos. Nos Estados Unidos, os brancos mostram-se mais satisfeitos do que os não-brancos.

De acordo com Williams (1994), a medida de satisfação é uma importante ferramenta para pesquisa, administração e planejamento. Locker e Dunt (1978) consideram que o usuário pode revelar avaliações mais críticas quando é dada a ele esta oportunidade através de questões abertas. Desta forma, medidas quantitativas de satisfação tendem a ser elevadas, enquanto relatos qualitativos revelam inquietações.

A metodologia e o instrumento utilizado na investigação são importantes itens a serem considerados. Williams (1994) afirma que o uso da metodologia quantitativa não é considerado inapropriado para avaliar satisfação. O desenho do questionário deve contemplar a informação de como os usuários avaliam os serviços e se o mesmo realmente expressa a opinião destes usuários. Firtzpatrick (1991) considera que não existe um padrão ouro para os questionários de satisfação e que os mesmos devem construir validade com consistência interna. Muitos estudos sobre satisfação do usuário utilizam questionários com escalas do tipo Likert, onde os valores são ordenados em uma escala de pontos que possuem um intervalo de valores

que quantificam a variável em ordem decrescente (GONZALEZ; JODRA, 2000; VERDESSI et al 2000; SÁNCHEZ, AGUILAZ; LÓPEZ, 1998).

Ainda sabe-se muito pouco sobre como a opinião prévia do paciente, experiências e conhecimento sobre os serviços de saúde podem influenciar seu julgamento sobre satisfação, bem como a maneira em que essa opinião complexa é colocada como satisfação (AVIS; BOND; ARTHUR, 1997).

Além de uma boa metodologia, acredita-se que uma análise da satisfação do usuário a partir de um canal que concentre a insatisfação dos mesmos, pode ser uma excelente fonte para se captar informações, em um local onde geralmente pequena parcela da população assume uma postura crítica em relação aos serviços de saúde. Serviços de Ouvidoria em Saúde são uma importante fonte para se captar as opiniões dos usuários insatisfeitos com o sistema. Funcionam como um verdadeiro termômetro do nível de satisfação da população quanto à qualidade da atenção prestada pelos serviços.

3.6. A Origem do Instituto Ombudsman

De acordo com Norões (2002), o termo *Ombudsman*, significa ouvidor. A palavra *ombud* significa representante ou procurador e *man* significa homem. Sua origem data a partir do século XIX e estende-se em vários países.

Segundo Gomes (2000), a origem do Instituto *ombudsman* foi na Suécia, em 1713, quando o rei Carlos XII criou o ofício de *Hogsta Ombudsmanem* (supremo representante do rei). O objetivo do representante era vigiar os funcionários do governo na execução das leis e ordens. Em 1776, com o declínio da realeza o fortalecimento do parlamento, o representante do rei torna-

se um mandatário do parlamento, controlando a administração e a justiça. Posteriormente, com o governo de Gustavo III a força do parlamento é diminuída. Em 1809, com Gustavo IV é novamente recuperada e votada uma nova constituição, inspirada nas leis de Montesquieu, e que vigorou até 1974. A constituição estabeleceu um equilíbrio entre o poder do monarca e o do parlamento através de um controle mútuo.

Em 1809, a Finlândia deixa de ser administrada pela Suécia e passa a ser de competência da Rússia; e em 1919 implanta uma instituição semelhante à do ombudsman sueco: *Oikeusasiamies*. Atualmente conta com defensores específicos para a proteção do consumidor, igualdade de oportunidades, para os enfermos, além de outros. Na Dinamarca, com o implemento da constituição de 1953, cria um *ombudsman* para assuntos militares e outro para assuntos civis. O parlamento da Noruega, em 1952, cria o comitê dos *ombudsmans* com atuação exclusiva nas forças armadas, ampliado posteriormente em 1962 para assuntos civis, inspirados no modelo dinamarquês. (GOMES, 2000).

Na Alemanha, em 1957, é criado o cargo de “representante do cidadão”, cuja finalidade é a defesa do usuário em relação à prestação de serviços públicos. Em 1962, é criado na Nova Zelândia, o Instituto *Ombudsman*, ficando responsável pelas investigações à cerca das reclamações sobre as decisões administrativas. Na Inglaterra, é criado o Instituto em 1962 e em 1974 foi estendido para ouvir queixas dos governos locais; sendo criado também na Escócia e País de Gales, com defensores próprios. (GOMES, 2000).

Em 1973, na França é instituída figura do “*Médiateur*”, a qual, apesar das semelhanças com o *ombudsman*, difere porque é nomeado pelo conselho de ministros, tendo poderes para propor reformas de textos legislativos ou regulamentares. Não cabe ao *Médiateur*, resolver conflitos entre funcionários ou questões pertinentes à justiça. O acesso ao *Médiateur* é através de um membro do parlamento. Em Portugal, em 1976, a Instituição do *Ombudsman* é

criada sob a denominação de “Provedor de justiça”. Apresenta um diferencial por ter uma função pedagógica, devendo divulgar aos cidadãos portugueses sobre seus direitos e liberdades fundamentais. (GOMES, 2000).

O “*defensor del Pueblo*” é criado na Espanha através da Lei Orgânica nº3 em 1978, contemplando a defesa dos direitos humanos. Em 1980, o Instituto *Ombudsman* foi criado nos países baixos, onde cada país tem seus defensores próprios e independentes. Na Itália, o instituto foi criado em 1974 como nome de “*Defensore Civico*” e atualmente é obrigatório ter um representante em todas as regiões do país. (GOMES, 2000).

Apesar de toda a dimensão que os institutos vêm adquirindo, alguns países como Bélgica, Canadá, EUA, Grécia, Suíça e Japão, não possuem *ombudsman* em nível nacional, apenas em unidades territoriais. De acordo com o último levantamento do Instituto Internacional de Ombudsman em 1998, até a década de 80, existiam 21 países com *ombudsman* com competência nacional e seis com competências locais e regionais. Países como a Tailândia, Gâmbia e Quênia estavam em fase de implantação. Com o tratado de *Maastricht*, em 1992, a União Européia criou o ombudsman Europeu, responsável pela apresentação anual de relatórios sobre a administração de todos os membros da comunidade Européia. Todos os *Ombudsman* dos países membros devem estar vinculados ao *Ombudsman* europeu. (GOMES, 2000).

Na América Latina e Caribe, o instituto foi criado primeiramente em Trindad e Tobago (1976), com mandato de cinco anos e poderes estabelecidos pelo parlamento. Em 1985 na Guatemala foi criado o instituto, com o nome de “*procurador de los derechos humanos*”. Posteriormente se estendeu para o México (1990), El Salvador (1991), Colômbia (1991), Costa Rica (1992), Honduras (1992), Argentina (1993), Bolívia (1994), Nicarágua (1995), Peru (1996), Panamá (1997), Venezuela (1999), Guiana (s/data) e Equador (s/data) (GOMES, 2000).

O Quadro 1 mostra a ordem cronológica de implantação de ouvidoria públicas em alguns países e sua respectiva denominação.

Quadro 1. Ordem cronológica de implantação de ouvidoria por países e sua respectiva denominação.

País	Ano	Denominação
Suécia	1713	<i>Hogsta Ombudsmanem</i>
Suécia	1776	<i>Justitieombudsmaman</i>
Finlândia	1919	<i>Oikeusasiamies</i>
Noruega	1952	<i>Ombudsman</i>
Dinamarca	1953	<i>Ombudaman</i>
Alemanha	1957	<i>Wehrbeauftrage des Bundestages</i>
Noruega	1962	<i>Sivil Ombudsman for Forwaltringen</i>
Nova Zelândia/ Inglaterra	1962	<i>Parliamentary Commissioner (Ombudsman)</i>
Tanzânia	1966	<i>Permanent Commissioner of Enquiry</i>
Israel	1971	-
Índia	1971	<i>Lokaukuta</i>
França	1973	<i>Médiateur</i>
Escócia/ País de Gales	1974	<i>Parliamentary Commissioner (Ombudsman)</i>
Itália	1974	<i>Defensore Civico</i>
Portugal	1976	Provedor de Justiça
Trinidad e Tobago	1976	<i>Ombudsman</i>
Espanha	1978	<i>Defensor del Pueblo</i>
Países Baixos (algumas cidades)	1980	-
Guatemala	1985	<i>Procurador de los Derechos Humanos</i>
Brasil	1985	Ouvidor
México	1990	-
El Salvador/Colômbia	1991	-
Costa Rica/Honduras	1992	-
Argentina	1993	
Bolívia	1994	<i>Defensor del Pueblo</i>
Nicarágua	1995	-
Peru	1996	-
Panamá	1997	-
Venezuela	1999	-
Equador	-	<i>Defensor del Pueblo</i>

3.7. Ouvidoria em Saúde no Brasil e no Estado do Ceará

A primeira ouvidoria foi implantada no Brasil em 1985 no setor privado pelo laboratório farmacêutico Rhodia. (NORÕES, 2002).

Com a Constituição de 1988, a legislação infraconstitucional passou a contemplar vários modelos de ouvidorias setoriais. A ouvidoria do Instituto Brasileiro do Meio ambiente (IBAMA) foi implantada em 1989; a ouvidoria geral da seguridade social, em 1991; e a ouvidoria geral da república em 1992. (GOMES, 2000). A ouvidoria geral do Sistema Único de Saúde foi criada em 2003. (BRASIL, 2004).

Em 1991, em Curitiba, foi implantada a primeira ouvidoria na administração pública. O programa possui cerca de 112 ouvidorias setoriais, coordenadas pela ouvidoria geral e interligadas pela intranet. (GOMES, 2000). A ouvidoria no Estado do Paraná tem três objetivos distintos: O primeiro é inserir as demandas dos usuários no seio da administração pública. Estas demandas são feitas através de reclamações e sugestões do cidadão feitas de modo informal e desburocratizado. Este objetivo configura-se como ponte na qual se estabelece um diálogo entre o cidadão e o servidor público, tendo o ouvidor como um mediador. O segundo objetivo é sanear a administração pública através da fiscalização popular. Isto pode ocorrer não só com a possibilidade do cidadão reclamar, mas também através de um órgão defensor que divulgue os resultados da fiscalização. O terceiro objetivo é oferecer aos cidadãos um meio institucional complementar de proteção de seus direitos e legítimos interesses individuais e coletivos, de forma mais célere, menos onerosa e mais eficaz que os tradicionais meios de defesa. (OLIVEIRA, 2000).

No Estado do Ceará, com o objetivo de assegurar a participação do cidadão na gestão dos serviços de saúde, foi criado em 1991, a partir do Decreto nº 21.661, a “Ouvidoria em

Saúde Pública”. Objetivando também melhorar a qualidade dos serviços prestados e fortalecer o canal de comunicação do usuário com o Sistema Único de Saúde. (NORÕES, 2002). Seis anos depois, em 1997 foi criada a ouvidoria geral do Estado do Ceará. (PONTES, 2000).

As ouvidorias, de acordo com Camargo (2003), são órgãos responsáveis por realizar fiscalizações, apurar reclamações e ainda propor medidas que visem a resolubilidade. Sendo deste modo, um importante veículo na condução da manifestação do usuário.

A Ouvidoria em Saúde no Estado do Ceará é um órgão independente componente da Secretaria de Saúde do Estado, mas ligado diretamente ao Secretário de Saúde. Nesta interação, abre-se um espaço para livres manifestações dos usuários, quer sejam de críticas, reclamações, sugestões ou elogios relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde. Os serviços de ouvidoria estão descentralizados nos seguintes componentes:

- ✍ Ouvidoria Geral - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)
- ✍ Programa Rede de Ouvidores, que mantém um ouvidor em cada unidade de saúde de referencia do Estado (Atendimento Pessoal):
 - ? Hospital Geral de Fortaleza
 - ? Hospital de Messejana
 - ? Hospital Geral César Cals
 - ? Hospital Infantil Albert Sabin
 - ? Hospital São José
 - ? Centro de Diabetes e Hipertensão
 - ? Laboratório Central
 - ? Centro de Saúde Meireles
 - ? Instituto de Prevenção do Câncer

- ? Centro de Saúde D. Libânia
- ? Centro de Especialidades Odontológicas- CEO – Rodolfo Teófilo
- ? CEO – Benfica
- ? CEO – Centro
- ? HEMOCE
- ? Hospital Mental de Messejana

- ✗ Programa Alô-Saúde: Este programa é um canal aberto, utilizado via telefone, durante 24 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados. O serviço presta informações a respeito de locais de atendimentos, endereços e diversas outras informações, além de registrar as manifestações dos usuários.
- ✗ Programa Net. Saúde: É acessado via Internet.
- ✗ Programa Caixa de Sugestões - Instrumento disponível em todas as Unidades de Saúde da Rede Estadual

Entre estes programas, destaca-se a Rede de Ouvidores e o Alô Saúde, como os que mais recebem manifestações.

A ouvidoria é norteada pelos seguintes princípios:

- ? Independência: O ouvidor deve ter autonomia em relação a instituição à qual está vinculado. Isso garante a confiabilidade do serviço.
- ? Acesso e Objetividade: o serviço deve ser gratuito, acessível e o mais simples possível, evitando a burocratização dos procedimentos.
- ? Legitimidade e Legalidade: Embasado na lei e em critérios de equidade e bom senso, o ouvidor deve decidir sobre o ganho de causa de uma investigação.

- ? Implementação de decisões: àqueles que foram submetidos à investigação por parte da ouvidoria, devem aceitar e implementar as decisões que forem recomendadas pelo ouvidor.

Pelo lado do usuário a utilização dos serviços da Ouvidoria representa uma esperança de que suas manifestações serão levadas na devida consideração, com a procura de uma resposta efetiva para o problema. Pelo lado do SUS a Ouvidoria atua como um meio eficaz de identificar as necessidades e distorções apresentadas pelo sistema de saúde, apontando aos gestores os pontos frágeis do sistema. Neste sentido, Imbroisi (2003) destaca que é necessário definir padrões no atendimento e implantar procedimentos e instrumentos que possam medir a satisfação do usuário com os serviços públicos prestados.

Somente no ano de 2001 a Ouvidoria da SESA atendeu a um total de 30.000 manifestações de usuários, sendo 58% de reclamações, 21% de solicitações, 14% de elogios e 6% de sugestões. Apesar do volume impressionante de dados gerados, estas informações ainda são tabuladas manualmente, dificultando a realização de qualquer análise mais profunda sobre o serviço. Esses problemas relacionados à informatização dos dados registrados na ouvidoria foram relatados no VI Encontro Nacional de Ouvidores/Ombudsman, ocorrido em Pernambuco no ano de 2001 (MARANHÃO et al., 2003), destacaram a importância de modernizar os serviços de ouvidoria, buscando migrar dos processos manuais para um sistema de informações automatizado.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Estudo do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, onde foi realizado um levantamento domiciliar com uma amostra dos usuários da Ouvidoria em Saúde da Secretaria de Saúde do estado do Ceará, na rede municipal de Fortaleza-Ceará.

4.2. População do Estudo

A população do estudo se constituiu de cidadãos, com idade a partir de 18 anos, residentes em Fortaleza e nas periferias dos municípios circunvizinhos, que utilizaram os serviços de Ouvidoria em Saúde nos meses de setembro, outubro e novembro de 2003.

4.3. Amostragem

A amostra de 292 usuários da Ouvidoria em Saúde correspondeu a aproximadamente 4% de um total estimado de 7600 usuários do serviço no período de agosto a novembro de 2003, tendo sido obtida de acordo com as seguintes etapas:

Inicialmente foi obtida uma relação de todos os que utilizaram os serviços da Ouvidoria em Saúde no período considerado, a partir dos seus livros de registros, sendo estabelecido que 80% da amostra seria selecionada do programa “Rede de Ouvidores” e 20% do programa “Alô Saúde”.

Para “Rede de Ouvidores”, em cada um dos doze hospitais que a compõe foi selecionado uma amostra aleatória sistemática de 20 usuários, que constavam de nome, endereço completo e tipo de manifestação. Para o serviço de “alô saúde” procede-se o mesmo tipo de seleção sistemática da amostra, coletando-se os números dos telefones dos usuários, os quais foram posteriormente contactados para o fornecimento de seus endereços.

Na etapa seguinte, os usuários selecionados foram procurados nos endereços fornecidos, mas para uma considerável parcela deles não foi possível realizar a entrevista por não terem sido localizados nos endereços, por recusa em participar do estudo ou por não encontrarem em casa quando visitados. Neste último caso os entrevistadores retornaram ao domicílio pelo menos uma vez no mesmo dia, para a realização da entrevista.

Os usuários não entrevistados foram substituídos por outros selecionados segundo o mesmo processo, nos serviços correspondentes. Em 7 dos 12 serviços não foi possível alcançar a cota de 12 entrevistas, mesmo quando todos os usuários no período foram selecionados. Procede-se então a seleção de mais um usuário nos outros serviços para completar as entrevistas faltantes.

Não se levou em conta o tipo de manifestação (reclamação, orientação e elogio) no processo de amostragem, devido à informação não estar disponível na listagem dos usuários, conforme o Quadro 2:

Quadro 2. Serviços de ouvidoria e número de usuários entrevistados. Fortaleza-CE, 2003.

Serviços de Ouvidoria	Usuários entrevistados	
	N	%
Ouvidoria em Saúde (central)	24	8,2
Centro Instituto de Diabetes e Hipertensão	12	4,1
Centro de Saúde D. Libânia	17	5,7
Hospital do coração (Messejana)	20	6,8
HEMOCE	16	5,3
Hospital César Cals	24	8,2
Hospital Geral de Fortaleza	37	12,7
Hospital Albert Sabin	14	4,7
Hospital São José	5	1,7
Hospital Saúde Mental (Messejana)	11	3,7
Instituto de Prevenção do Câncer	31	10,6
Laboratório Central	11	3,7
Alô Saúde	70	24,0
Total	292	100,0

4.4. Local do Estudo

O levantamento domiciliar foi realizado em Fortaleza. Estima-se que esta região concentre uma população de cerca de 2,3 milhões de pessoas. (IBGE, 2002).

4.5. Aspectos a serem Investigados

Os seguintes itens foram pesquisados na população de usuários da Ouvidoria em Saúde:

- ? Perfil sócio-econômico e cultural

- ? Padrão de morbidade
- ? Utilização de serviços públicos de saúde
- ? Problemas na utilização dos serviços
- ? Satisfação com o atendimento nos serviços de saúde
- ? Motivações para o uso da Ouvidoria
- ? Acessibilidade ao uso da Ouvidoria
- ? Problemas na utilização da Ouvidoria
- ? Satisfação com os resultados da Ouvidoria

4.6. Instrumentos

O questionário aplicado aos usuários da ouvidoria foi do tipo estruturado com perguntas fechadas e abertas, para os usuários do serviço de ouvidoria abordando questões relativas à satisfação com os serviços públicos de saúde e a ouvidoria; bem como questões referentes ao padrão de morbidade e às características sócio-econômicas dos usuários.

Um estudo piloto foi realizado para testar os instrumentos, bem como avaliar o desempenho e/ou dificuldades dos entrevistadores, quanto à logística do trabalho de campo.

4.7. Coleta de Dados

Na entrada de dados, as entrevistas foram realizadas em domicílio com usuários da ouvidoria selecionados. Foram selecionados 06 (seis) entrevistadores, profissionais de nível superior das áreas da saúde ou ciências sociais, devidamente treinados na metodologia da pesquisa e na aplicação dos questionários.

Visando minimizar as possíveis fraudes relacionadas à “omissão” ou “criação” de entrevistas, foi realizada uma revista a uma sub-amostra de 10% do total de domicílios.

4.8. Análise e Disseminação dos Dados

Os dados foram digitados em microcomputador e processados e analisados estatisticamente através do programa Epi Info 6.04 (CDC/WHO). Médias foram calculadas para as variáveis numéricas e proporções para as variáveis categóricas. Diferenças entre proporções foram avaliadas quanto à sua significância estatística ao nível de 5 % através do teste do qui-quadrado. Observações ignoradas foram devidamente excluídas do cálculo quando apropriado.

4.9. Aspectos Éticos da Pesquisa

As pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento permitindo a realização da pesquisa, de acordo com a portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa em seres humanos. Foi assegurado o sigilo das

identidades dos sujeitos em estudo; respeitado o seu direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da realização da mesma; que não haveria a divulgação personalizada das informações; que os mesmos poderiam ter acesso aos resultados da pesquisa e finalmente que os dados da pesquisa não seriam utilizados com fins comerciais, mas somente para fins acadêmicos.

O presente projeto foi submetido ao comitê de ética do Hospital São José, localizado na cidade de Fortaleza-CE; e foi aprovado através do parecer N° 036/2003 de 20 de outubro de 2003. (ANEXO A)

5. RESULTADOS

Um total de 292 pessoas do serviço de Ouvidoria em Saúde de Fortaleza foram entrevistados no período de janeiro a março de 2004.

Os resultados do estudo serão apresentados em três seções, conforme a seguir:

a) Perfil sócio-econômico e cultural b) Satisfação com os serviços públicos de saúde e c) Satisfação com os serviços de Ouvidoria em Saúde.

5.1. Perfil sócio-econômico e cultural dos usuários da Ouvidoria em Saúde

Antes de apresentarmos a visão do usuário/cidadão, sobre sua satisfação com os serviços públicos de saúde e com os serviços de Ouvidoria em Saúde, faz-se necessário descrever seu perfil sócio-econômico e cultural.

Os usuários que utilizaram os serviços de Ouvidoria em Saúde durante os meses de setembro a novembro são constituídos em sua maioria por pessoas do sexo feminino (74,1 %), na faixa etária de 18-39 anos (55,7 %). Observou-se que o estado civil dos usuários foi de 59,0 % casados ou viviam em união e 30% eram solteiros (Tabela1).

A análise da escolaridade dos usuários mostrou que um terço não tinha cursado o ensino fundamental completo; outro terço tinham concluído o ensino médio, cerca de 10% tinham o ensino superior e igual proporção tinha o ensino fundamental completo e o ensino médio incompleto.

Em relação à renda familiar dos usuários, 28,8 % recebiam até um salário mínimo, inclusive; 25,3% recebiam mais de um até dois salários mínimos e 45,9 % recebiam mais de dois salários mínimos. A média da renda familiar foi de R\$ 631,00 e a mediana de R\$ 475,00. A renda mínima declarada foi de R\$ 0,00 e o maior rendimento declarado foi de R\$ 6.500,00 (Tabela 1).

Observou-se que, 69,0 % dos usuários da ouvidoria eram dependentes exclusivos do Sistema Único de Saúde-SUS e 31,0 % tinham pelo menos uma pessoa na família com plano de saúde (Tabela 1).

Tabela 1-Perfil sócio-econômico dos usuários da Ouvidoria em Saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	215	74,1
Masculino	75	25,9
Total	290	100,0
Idade		
18-39 anos	162	55,7
40-59 anos	102	35,0
60 anos ou mais	27	9,3
Total	291	100,0
Estado Civil		
Casado/em união	170	59,0
Solteiro	87	30,0
Separado/viúvo	32	11,0
Total	289	100,0
Nível educacional		
Fundamental incompleto	94	34,2
Fundamental completo	29	10,5
Médio incompleto	28	10,2
Médio completo	93	33,8
Superior	31	11,3
Total	275	100,0
Renda Familiar Mensal		
Até R\$ 239,00	33	11,3
R\$ 240,00	51	17,5
R\$ 241,00 - 480,00	74	25,3
R\$ 481,00 - 720,00	65	22,3
R\$ 721,00 ou mais	69	23,6
Total	292	100,0
Plano de saúde		
Sim	90	31,0
Não	198	69,0
Total	288	100,0

Um de cada cinco usuários da Ouvidoria em Saúde não tinham emprego (24,8%). As ocupações mais frequentes foram: trabalhadores do comércio e indústria (19,7%) e prestadores de serviços (16,2%). A proporção de pessoas que recebiam benefício ou aposentadoria foi de 16,2%. (Tabela 2).

**Tabela 2-Ocupação dos Usuários do serviço de Ouvidoria em Saúde.
Fortaleza-CE, 2003.**

Ocupação	N	%
Desempregado	72	24,8
Comércio ou indústria	57	19,7
Prestação de serviços	47	16,2
Aposentadoria/benefício	47	16,2
Funcionário Público	21	7,2
Dona de casa	19	6,6
Estudante	14	4,8
Profissional liberal	9	3,1
Outros	4	1,4
Total	290	100,0

Observou-se entre as pessoas que estavam empregadas que, 85,5% eram do sexo masculino e 67,0 % do sexo feminino. A proporção de desempregados do sexo masculino foi de 14,5% e do sexo feminino de 33,0%; em sua maioria proveniente de Fortaleza (71,9 %) e a minoria do interior do estado (31,7%). A faixa etária de 40-59 anos apresentou maior proporção de pessoas empregadas (82,2%); e a de 18-39 de desempregados (39,7%). Em relação ao nível educacional, entre as pessoas que estavam empregadas, 73,4% possuíam o ensino fundamental incompleto, 63,2% possuíam o ensino fundamental completo, 66,7% o ensino médio incompleto; 65,7 % o ensino médio completo e 90,0 % o ensino superior. Entre os desempregados, 26,6% possuíam o ensino fundamental incompleto; 36,8% o ensino fundamental completo; 33,3 % o ensino médio incompleto; 34,3 % possuíam o ensino médio completo e 10,0 % o nível superior.

Tabela 3- Perfil das pessoas empregadas e desempregadas que utilizaram o serviço de Ouvidoria em Saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Características	Empregados		Desempregados	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	59	85,5	10	14,5
Feminino	126	67,0	62	33,0
Total	185	72,0	72	28,0
p=0,005				
Procedência				
Fortaleza	128	71,9	50	28,1
Interior do Ceará	41	68,3	19	31,7
Outro Estado	12	80,0	3	20,0
Total	181	71,5	72	28,5
p=0,656				
Idade				
18-39 anos	85	60,3	56	39,7
40-59 anos	74	82,2	16	17,8
60 anos ou mais	25	100,0	0	0,0
Total	184	71,9	72	28,1
p=0,000				
Nível Educacional				
Fundamental incompleto	47	73,4	17	26,6
Fundamental completo	12	63,2	7	36,8
Médio incompleto	12	66,7	6	33,3
Médio completo	46	65,7	24	34,3
Superior	9	90,0	1	10,0
Total	126	69,6	55	30,4
p=0,479				

Em relação ao perfil sócio-cultural, foi investigada a participação dos usuários em movimentos sociais, conferências de saúde, como também suas práticas religiosas.

Em relação à religião, a maior parte dos entrevistados pertenciam à religião católica (71,9 %), seguida de uma proporção de 17,8 de evangélicos e protestantes (Tabela 4).

Tabela 4-Religião dos usuários da Ouvidoria em Saúde. Fortaleza -CE, 2003.

Religião	N	%
Católica	210	71,9
Evangélica	45	15,4
Protestante	7	2,4
Espírita	5	1,7
Outras	5	1,7
Nenhuma	20	6,8
Total	292	100,0

A participação dos usuários nas conferências de saúde foi bastante reduzida. Mais de noventa por cento não participaram de nenhuma conferência de saúde (90,3%) e 4,7 % participavam de conferências locais e municipais; 1,7% participavam de conferências estaduais e nacionais e 3,3% dos entrevistados não responderam. (Tabela 5).

Tabela 5- Participação em Conferências de Saúde dos usuários da Ouvidoria em Saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Participação em Conferências de Saúde	N	%
Conf. nacional de saúde	2	0,7
Conf. estadual de saúde	3	1,0
Conf. municipal de saúde	6	2,0
Conf. local de saúde	8	2,7
Não participou	262	90,3
Não respondeu	11	3,3
Total	292	100,0

Foi observado que mais de 90% dos usuários não participavam de nenhum movimento social. Dentre os que participavam de movimentos sociais, as associações de moradores, foi o tipo de organização que mais teve participação dos usuários (5,5%), seguido do

movimento sindical (3,7%). A participação em conselhos locais e municipais de saúde foi de 2,9 %. No entanto, 6,7% relataram que participavam de outros movimentos sociais, tais como ações voluntárias, pastorais da igreja, associação de cegos, entre outros (Tabela 6).

Tabela 6-Participação em movimentos sociais dos usuários da Ouvidoria em Saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Movimento Social	Participa ou participou		Nunca participou	
	N	%	N	%
Associação de Moradores	16	5,5	276	94,5
Sindicato	10	3,7	262	96,3
Cons. Local de Saúde	6	2,1	285	97,9
Organização Não Governamental- ONG	4	1,4	286	98,3
Cons. Municipal de Saúde	2	0,8	240	99,2
Outros Movimentos sociais	12	6,7	166	93,3

5.2. Utilização dos serviços públicos de saúde pelos usuários da ouvidoria em Fortaleza.

A proporção de usuários dos serviços de Ouvidoria em Saúde que haviam utilizado os serviços públicos de saúde como paciente foi de 59,3 % e na condição de acompanhante foi de 40,7%. Os motivos da utilização dos serviços de saúde foram: tratamento de doença (65,9 %) e prevenção, apenas 10,5 % e exames, 11,2 % (Tabela 7).

Em relação ao atendimento recebido, 47,5 % consideraram-se insatisfeitos com o tempo de espera. As razões que os usuários consideraram para a demora no atendimento foi principalmente o grande número de pacientes para serem atendidos (37,7%), quantidade insuficiente de profissionais (29,0%), procedimentos técnicos e administrativos (32,1 %) e falta

de material ou equipamento (1,2%). Quando o usuário foi interrogado sobre seu retorno aquele serviço de saúde, e 22,5 % relataram que voltaria ao serviço, mas somente por falta de opção (Tabela 7).

Tabela 7-Utilização dos serviços públicos de saúde pelos usuários da ouvidoria. Fortaleza-CE, 2003.

Características	N	%
Utilização do serviço		
Paciente	160	59,3
Acompanhante	110	40,7
Total	270	100,0
Motivo da Utilização		
Doença	176	65,9
Prevenção	28	10,5
Exames	30	11,2
Doação de sangue	17	6,4
Receber medicamento	16	6,0
Total	267	100,0
Tempo de espera para atendimento		
Satisfatório	103	40,1
Regular	32	12,5
Insatisfatório	122	47,5
Total	257	100,0
Razão para a demora		
Muitos pacientes	61	37,7
Poucos profissionais para atender	47	29,0
Proc. Administrativo demorado	27	16,7
Proc. técnico demorado	25	15,4
Falta material/equipamento	2	1,2
Total	162	100,0
Volta ao serviço de saúde		
Sim, por opção	188	71,8
Sim, por falta de opção	59	22,5
Não	15	5,7
Total	262	100,0

A Tabela 8 mostra o tratamento prescrito aos usuários da ouvidoria nos serviços públicos de saúde. O tratamento medicamentoso foi o mais prescrito (72,4 %), seguido das orientações para os cuidados com a saúde (27,4 %). A cirurgia foi indicada para 14,7 % dos

usuários e o tratamento fisioterapêutico, 7,1%. Com relação à indicação de terapias alternativas, 2,7 % dos usuários receberam esta indicação.

Tabela 8-Tratamento prescrito aos Usuários da ouvidoria nos serviços públicos de saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Tratamento	N	%
Medicamento	176	72,4
Orientação	61	27,4
Cirurgia	33	14,7
Fisioterapia	16	7,1
Terapias alternativas	6	2,7

Dentre as 72,4 % das pessoas que receberam prescrição de medicamentos, 71,1% obteve todos eles e 28,9% obteve alguns ou nenhum. Entre os que obtiveram todos os medicamentos, 87,9 % relatou que ingeriu todos. Entre os que obtiveram alguns ou nenhum, 47% não encontrou o medicamento na farmácia do serviço.

5.3. Utilização do serviço de Ouvidoria em Saúde

Para avaliar o padrão de utilização dos serviços de Ouvidoria em Saúde foram investigadas questões relacionadas à motivação para utilizar a ouvidoria, a acessibilidade e satisfação com os serviços da ouvidoria e as sugestões e críticas.

Quanto à utilização do serviço de ouvidoria, 67% das mulheres utilizaram a ouvidoria para reclamar e 59% dos homens também utilizaram o serviço para reclamação. As pessoas na faixa etária de 18-39 anos (68,8%) foram os que mais utilizaram o serviço para reclamação. O sexo masculino foi o que mais utilizou o serviço de ouvidoria para solicitar

orientação (16,4%), enquanto as mulheres foram 10,8%. As pessoas na faixa etária de 40-59 anos (13,5%) foram as que mais solicitaram orientações. A cerca dos elogios, quem mais elogiou o serviço de ouvidoria foram os homens (12,3%), enquanto as mulheres foram 11,3 %. As pessoas com idade acima de 60 anos foram as que mais elogiaram (16 %) e as de 18-39 anos foram as que menos elogiaram (10,4%) (Tabela 9).

Tabela 9-Razão pela qual procuraram o serviço de ouvidoria, distribuídos por sexo e idade. Fortaleza-CE, 2003.

Razão	Sexo		Idade		
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	18-39 anos N (%)	40-59 anos N (%)	< 60 anos N (%)
Reclamação	43 (58,9)	130 (67,0)	106 (68,8)	52 (58,4)	16 (64)
Orientação	12 (16,4)	21 (10,8)	17 (11,0)	12 (13,5)	3 (12,0)
Elogio	9 (12,3)	22 (11,3)	16 (10,4)	11 (12,4)	4 (16,0)
Outro	9 (12,3)	21 (10,9)	15 (9,8)	14 (15,7)	2 (8,0)
Total	73 (100,0)	194 (100,0)	154 (100,0)	89 (100,0)	25 (100,0)
p= 0,556			p= 0,765		

A tabela 10 mostra os meios de comunicação e os locais que os usuários utilizaram, antes ou depois da ouvidoria; na busca de soluções para seus problemas. O Local mais utilizado foi à direção da unidade (10%) e os meios de comunicação mais utilizados foram à televisão (0,8%) e o jornal (0,8%).

Tabela 10- Locais e meios de comunicação utilizados pelos usuários da ouvidoria na busca de soluções para seus problemas. Fortaleza-CE, 2003.

Meios de Comunicação e Locais	N	%
Direção da unidade	24	10,0
Secretaria de saúde	6	2,5
Rádio	1	0,4
TV	2	0,8
Jornal	2	0,8
Outro	12	6,8

Dentre os motivos de reclamações dos usuários do serviço de ouvidoria; o sexo masculino referiu a falta de atendimento (32,0%) e o sexo feminino o mau atendimento (23,5%). A faixa etária de 40-59 anos foi a que mais reclamou pela falta de atendimento (29,4 %). Os usuários com idade acima de 60 anos reclamaram mais pelo mau atendimento (30,0%). Como motivo de reclamação também foram citados problemas na limpeza do serviço de saúde (9,3%) e problemas na limpeza da rua ou bairro (16,3%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Motivo de reclamações dos usuários do serviço de Ouvidoria em Saúde, distribuídos por sexo e idade, Fortaleza-CE, 2003.

Motivo da reclamação	Sexo		Idade		
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	18-39 anos N (%)	40-59 anos N (%)	60 anos ou mais N (%)
Falta de atendimento	16 (32,0)	40 (25,8)	32 (27,7)	20 (29,4)	4 (20,0)
Mau atendimento	12 (24,0)	44 (28,4)	33 (22,7)	18 (26,5)	6 (30,0)
Demora p/ atendimento	11 (22,0)	37 (23,9)	27 (22,5)	17 (25,0)	5 (25,0)
Falta de medicamento	3 (6,0)	4 (2,6)	3 (2,5)	3 (4,4)	1 (5,0)
Problema na limpeza do serviço Saúde.	3 (6,0)	5 (3,2)	2 (1,7)	5 (7,4)	1 (5,0)
Problema na limpeza da rua/bairro	3 (6,0)	16 (10,3)	14 (11,8)	3 (4,4)	2 (10,0)
Outro	2 (4,0)	9 (5,8)	8 (6,7)	2 (2,9)	1 (5,0)
Total	50 (100,0)	155(100,0)	119 (100,0)	68 (100,0)	20 (100,0)
		p=0,692			p=0,341

A tabela 12 mostra a opinião dos usuários acerca da gravidade de seu problema. Os usuários do sexo feminino consideraram muito grave o seu problema (45,9%), contra 33,9% no sexo masculino. O sexo masculino considerou grave seu problema (42,9%) e o sexo feminino foi de 37,1%. A faixa etária que considerou muito grave seu problema foi a de 18–39 anos (45,9%) e a faixa etária de pessoas acima de 60 anos considerou grave seu problema (45,5%).

Tabela 12-Opinião dos usuários do serviço de Ouvidoria em Saúde, acerca da gravidade de seu problema, de acordo com o sexo e a idade-Fortaleza-CE, 2003.

Gravidade	Sexo		Idade		
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	18-39 anos N (%)	40-59 anos N (%)	< 60 anos N (%)
Muito grave	19 (33,9)	73 (45,9)	56 (45,9)	29 (43,3)	8 (36,4)
Grave	24 (42,9)	59 (37,1)	47 (38,5)	24 (36,4)	10 (45,5)
Pouco grave	13 (23,2)	27 (17,0)	19 (15,6)	13 (19,7)	4 (18,2)
Total	56 (100,0)	159 (100,0)	122 (100,0)	66 (100,0)	22 (100,0)
p=0,271			p=0,480		

Em relação ao agravamento da doença devido ao problema no serviço de saúde, 59,1% dos usuários da ouvidoria do sexo feminino relataram que houve um agravamento entre os usuários do sexo masculino (35,1 %). (Tabela 13).

Tabela 13-Opinião dos usuários do serviço de Ouvidoria em Saúde, acerca do agravamento da doença ocasionado pelo seu problema no serviço de saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Agravamento da doença	Sexo	
	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Agravou muito	11 (19,3)	55 (34,6)
Agravou pouco	9 (15,8)	39 (24,5)
Não agravou	37 (64,9)	65 (40,9)
Total	57 (100,0)	159 (100,0)
		p=0,007

Conforme mostra a tabela 14, a orientação dada no serviço de ouvidoria foi considerada regular ou deficiente por 80% dos usuários do sexo masculino e por 69,6% do sexo feminino. Em relação à idade, as faixas etárias de 18-39 anos foram as que mais consideraram a

orientação regular ou deficiente (92,3 %); seguida pelas pessoas com 60 anos ou mais de idade (81,0%).

Tabela 14-Atendimentos considerados regulares ou deficientes pelos usuários da Ouvidoria em Saúde de acordo com o sexo e idade. Fortaleza-CE, 2003.

Atendimento	Sexo		Idade		
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	18-39 anos N (%)	40-59 anos N (%)	60 anos ou mais N (%)
Orientação	40 (80,0)	120 (69,6)	24 (92,3)	61 (71,8)	17 (81,0)
Encaminhamento	4 (7,4)	13 (9,9)	0 (0,0)	4 (6,8)	3 (18,3)
Cordialidade	0 (0,0)	6 (4,6)	2 (18,2)	1 (1,7)	2 (12,5)

Os usuários opinaram a respeito do motivo pelo qual não foram bem atendidos na ouvidoria. 74,1 % dos entrevistados consideraram que este mau atendimento era devido ao excesso de trabalho e 14,8% entenderam como devido às más condições de trabalho (Tabela 15).

Tabela 15-Motivos considerados pelos usuários referentes ao mal atendimento na ouvidoria. Fortaleza, 2003.

Motivo	N	%
Excesso de trabalho	20	74,1
Más condições de trabalho	4	14,8
Falta de treinamento dos profissionais	1	3,7
Falta de cordialidade dos profissionais	1	3,7
Outros	1	3,7

Os usuários tiveram que esperar para serem atendidos na ouvidoria a média de 11,8 minutos, havendo, porém pessoas que esperaram até 12 horas.

Foram sugeridas pelos usuários, melhorias que deveriam ser empreendidas no serviço de Ouvidoria em Saúde para um melhor funcionamento do serviço. Dentre as melhorias

sugeridas pelos usuários para o serviço de Ouvidoria em Saúde, 25,8% considerou que deveriam contratar mais profissionais para o serviço, 17,2% disseram que deveriam melhorar as condições de trabalho para os profissionais e 12,3% sugeriram que deveria haver uma capacitação para os profissionais (Tabela 16).

Tabela 16-Melhorias que deveriam ser empreendidas nos serviços de Ouvidoria em Saúde, segundo a opinião dos usuários. Fortaleza -CE, 2003.

Melhorias	N	%
Contratar mais profissionais	64	25,9
Melhorar condições de trabalho	45	18,2
Treinar os profissionais	30	12,1
Substituir os profissionais	2	0,8
Outros	3	1,2
Não respondeu	103	41,7
Total	247	100,0

As principais dificuldades encontradas pelos usuários para serem atendidos no serviço de ouvidoria foram: esperar para ser atendido (10,5%) e localizar a ouvidoria (7,0 %).(Tabela 17).

Tabela 17-Dificuldades encontradas pelos usuários para serem atendidos no serviço de Ouvidoria em Saúde. Fortaleza -CE, 2003.

Dificuldades	N	%
Esperar para ser atendido	27	10,5
Localizar a ouvidoria	18	7,0
Outro	9	3,5
Nenhuma	200	79,0
Total	254	100,0

Em relação às providências tomadas pela ouvidoria na solução dos problemas dos usuários, 38,7 % relataram que a ouvidoria registrou o problema e que tomou as devidas providências e 26,1 % referiram que a ouvidoria resolveu seu problema na mesma hora, 24,8 % revelaram que a ouvidoria apenas registrou o seu problema, 5,9 % relataram que não tomaram providências e 4,5 % disseram que o serviço não informou o que iria fazer (Tabela 18).

Tabela 18-Providências tomadas pela Ouvidoria em Saúde para solucionar o problema dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.

Providências	N	%
Registrou e tomou providências	86	38,7
Resolveu na hora	58	26,1
Só registrou	55	24,8
Não tomou providências	13	5,9
Não informou o que ia fazer	10	4,5
Total	222	100,0

Quanto aos resultados encontrados pela ouvidoria para solucionar o problema dos usuários, 50,5 % relataram que houve solução para seu problema e 33,2% informaram o contrário (Tabela 19).

Tabela 19-Resultados encontrados pela Ouvidoria em Saúde na solução dos problemas dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.

Resolução	N	%
Solução para o problema	96	50,5
Não solucionou o problema	63	33,2
Solução parcial	28	14,7
Solução temporária	3	1,6
Total	190	100,0

A tabela 20 mostra a satisfação com as medidas utilizadas pelo serviço na resolução do problema dos usuários, de acordo com o sexo. Entre os homens, 35,3 % encontravam-se “pouco satisfeito” ou “insatisfeito”, enquanto entre as mulheres, 38,3 % encontravam-se “pouco satisfeita” ou “insatisfeita”.

Em relação à satisfação entre os homens, 64,7 % encontravam-se “muito satisfeito” ou “satisfeito” enquanto que entre as mulheres 61,6 % encontravam-se “muito satisfeita” ou “satisfeita”(Tabela 20).

Tabela 20-Satisfação dos usuários da Ouvidoria em Saúde, com as medidas utilizadas pelo serviço na resolução do problema dos usuários, segundo sexo. Fortaleza -CE, 2003.

Satisfação	Sexo	
	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Muito satisfeito	11 (21,6)	40 (27,4)
Satisfeito	22 (43,1)	50 (34,2)
Pouco satisfeito	8 (15,7)	25 (17,1)
Insatisfeito	10 (19,6)	31 (21,2)
Total	51 (100,0)	146 (100,0)

p=0,703

Quanto ao nível educacional, quanto maior a escolaridade, menor foi a proporção de pessoas satisfeitas com os serviços de ouvidoria. Entre as pessoas que se encontravam “muito satisfeito” e “insatisfeito”, 78,8% tinham ensino fundamental incompleto, 66,7 % o ensino fundamental completo, 64,3 % o ensino médio incompleto, 60,7 % o ensino médio completo e 42,9 % o ensino superior. Porém, em relação à insatisfação, quanto maior a

escolaridade maior a insatisfação. Entre as pessoas que se encontravam “pouco satisfeito” e “insatisfeito”, 57,2% tinham o ensino superior, 39,2 % tinham o ensino médio completo, 35,7% tinham o ensino médio incompleto, 33,3 % haviam cursado o ensino fundamental completo e 21,2 % tinham o ensino fundamental incompleto (Tabela 21).

Tabela 21-Satisfação dos usuários da Ouvidoria em Saúde, com as medidas utilizadas pelo serviço na resolução do problema dos usuários, segundo a escolaridade. Fortaleza-CE, 2003.

Satisfação	Escolaridade				
	Fundamental Incompleto N (%)	Fundamental Completo N (%)	Médio Incompleto N (%)	Médio Completo N (%)	Superior N (%)
Muito satisfeito	17 (36,2)	3 (25,0)	2 (14,3)	11 (19,6)	2 (28,6)
Satisfeito	20 (42,6)	5 (41,7)	7 (50,0)	23 (41,1)	1 (14,3)
Pouco satisfeito	5 (10,6)	3 (25,0)	2 (14,3)	11 (19,6)	1 (14,3)
Insatisfeito	5 (10,6)	1 (8,3)	3 (21,4)	11 (19,6)	3 (42,9)
Total	47 (100,0)	12 (100,0)	14 (100,0)	56 (100,0)	7 (100,0)

Dentre os usuários do sexo masculino, 1,5 % não procuraria novamente o serviço de ouvidoria para solucionar seus problemas e no sexo feminino, 6,6% não procuraria novamente o serviço (Tabela 22).

Tabela 22-Número de usuários do serviço de Ouvidoria em Saúde, distribuídos por sexo, que procurariam novamente o serviço. Fortaleza-CE, 2003.

Procura do serviço	Sexo	
	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Sim	64 (94,1)	155 (84,7)
Não	1 (1,5)	12 (6,6)
Não sabe	3 (4,4)	16 (8,7)
Total	68 (100,0)	183 (100,0)

Na opinião dos usuários, foram citadas como finalidades do serviço de ouvidoria: ouvir e solucionar o problema dos usuários (73,4%), orientar os usuários (6,6%) e ser um canal de comunicação entre usuário e serviço (3,5%). O restante, 13,8 % não souberam responder e 2,7% deram outras respostas. Estas respostas eram referentes à avaliação do atendimento ou fiscalização dos profissionais do serviço (Tabela 23).

Tabela 23- Finalidade do serviço de Ouvidoria em Saúde na opinião dos usuários. Fortaleza-CE, 2003.

Finalidade	N	%
Ouvir e solucionar o problema dos usuários	213	73,4
Orientar os usuários	19	6,6
Servir como canal de comunicação entre usuário e serviço	10	3,5
Não soube responder	40	13,8
Outros	8	2,7
Total	290	100,0

Conforme mostra a Tabela 24, as principais falhas do serviço de ouvidoria, na opinião dos usuários, foram: falta de autonomia (14,7%), demora na solução dos problemas (8,0%), poucos ouvidores (6,6%), difícil acesso ao serviço (6,2%), falta de interesse e descaso com o problema dos usuários (4,3%), não dar retorno sobre os procedimentos (3,7%) e outros

(3,7%). Alguns usuários consideraram que não houve falhas no serviço (34,5%) e 18,3% não souberam responder.

Tabela 24-Principais falhas do serviço de Ouvidoria em Saúde, segundo a opinião dos usuários. Fortaleza, 2003.

Falhas do Serviço	N	%
Falta de autonomia dos ouvidores	40	14,7
Demora na solução dos problemas	22	8,0
Poucos ouvidores	18	6,6
Difícil acesso	17	6,2
Falta de interesse/descaso	12	4,3
Não dar retorno aos usuários	10	3,7
Não tem falha	94	34,5
Não sabe	50	18,3
Outros	10	3,7
Total	273	100,0

A Tabela 25 mostra as sugestões dos usuários para melhorar o serviço de ouvidoria. As principais recomendações foram: aumentar o interesse e agilidade para solucionar os problemas (20,4%), aumentar o número de ouvidores (13,8%), treinar os profissionais (9,3%), ter mais autonomia (4,8%), melhorar a infra-estrutura do serviço (4,5%) e divulgação do serviço (3,1%). Quase a metade dos usuários não deu sugestões (44,1%).

Tabela 25- Sugestões dos usuários para melhorar o serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza, 2003.

Sugestões	N	%
Aumentar o interesse e agilidade para solucionar os problemas	59	20,4
Aumentar o número de ouvidores	40	13,8
Treinar os profissionais	27	9,3
Ter mais autonomia	14	4,8
Melhorar a infra-estrutura	13	4,5
Divulgar o serviço	09	3,1
Não respondeu	128	44,1
Total	290	100,0

6. DISCUSSÃO

Assim como os resultados, a discussão será apresentada em três seções: a) Perfil sócio-econômico e cultural, b) Satisfação com os serviços públicos de saúde e c) Satisfação com os serviços de Ouvidoria em Saúde.

6.1. Perfil socioeconômico e cultural

Os usuários que utilizaram os serviços de Ouvidoria em Saúde em Fortaleza são constituídos em sua maioria por mulheres, estado civil casado ou em união, de religião católica, na faixa etária de 18-39 anos e com renda familiar de dois ou mais salários mínimos. Vários estudos sobre satisfação dos usuários de serviços de saúde apresentam em seus resultados, a predominância de mulheres. (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; RETAMAL; MONGE, 2000; JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996; VIEIRA, 2002). As mulheres são as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde, inclusive porque geralmente se responsabilizam pelos cuidados de outros membros da família. (OLIVEIRA, 2000). De acordo com Pereira (2002), as mulheres desempenham um papel preponderante no tratamento à saúde. Este fato pode explicar a maior busca das mulheres pelos serviços da ouvidoria.

Em relação à religião, 71,9% dos usuários eram católicos, 15,4% eram evangélicos e 6,8% não tinham religião. Considera-se que teve um significativo percentual de pessoas sem religião. O percentual de católicos foi bastante próximo dos dados nacionais. Segundo Pierucci e Prandi (1996) a religião católica sempre foi hegemônica no Brasil e compreende três quartos da população adulta (74,9%), sendo o Nordeste a região mais católica do país (80%). De acordo com

os autores citados acima, a religião tende a exercer importante influência na política, na democracia e na construção da cidadania.

O catolicismo tradicional, definido como sendo formado pelos que freqüentam a igreja regular e esporadicamente, tem de forma histórica se envolvido com questões sócio-políticas. Durante o regime militar, a igreja católica se constituiu como um espaço importante e muitas vezes, o único possível, para as organizações populares. Por outro lado, o catolicismo carismático nascido nos Estados Unidos no final dos anos 60, centra suas ações para o interior do catolicismo, desinteressando-se por problemas coletivos e militância política. (PIERUCCI ; PRANDI, 1996). Uma porcentagem de 6,8 % dos usuários não tinham nenhuma religião. Em relação aos católicos usuários da ouvidoria, não foi feita a diferenciação quanto à prática do catolicismo tradicional ou da renovação carismática, ficando assim a impossibilidade de fazer esta comparação.

Quanto ao nível educacional, um terço dos usuários da ouvidoria não tinham cursado o ensino fundamental completo; outro terço tinha concluído o ensino médio e 11,3% tinham nível superior. Em um estudo realizado por Junqueira e Auge (1996) foi encontrado dado semelhante. Os usuários dos serviços municipais de saúde de Guarulhos possuíam em sua maioria o ensino fundamental incompleto, seguido das pessoas que possuem o ensino médio completo. Vários outros autores descrevem em seus estudos que os usuários dos serviços de saúde em sua maioria possuem o ensino fundamental incompleto. (RETAMAL; MONGE, 2000; HALAL et al., 1994). Em relação à renda, 45,9 % dos entrevistados recebiam mais de dois salários mínimos. Outros estudos realizados no Brasil apontam que a maior proporção dos usuários tem renda de dois até três salários mínimos para os usuários dos serviços de saúde (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Neste estudo foi também investigada a utilização de planos privados de saúde. O número de usuários da ouvidoria dependentes exclusivos do SUS foi de 69,0%, sendo que 31% tinham pelo menos uma pessoa na família com plano de saúde. Sabe-se que os planos de saúde fazem restrições em relação à oferta de alguns procedimentos e não cobrem todas as especialidades; e isso pode levar muitas pessoas a utilizarem o SUS como uma alternativa para suprir estas carências. Outro fator que pode levar estas pessoas a utilizarem o SUS pode ser o acesso, ou seja, a proximidade do serviço de saúde com a residência do usuário, ou ainda para beneficiar-se da oferta de alguns medicamentos que são concedidos gratuitamente pelos serviços.

Segundo dados do CONASS e Ministério da Saúde, no ano 2002, 28,6 % das pessoas entrevistadas eram usuárias exclusivas do SUS; 8,7 % não utilizavam os serviços do SUS e 61,5 % eram usuários não exclusivos do SUS. Entre as pessoas que possuíam planos de saúde, 56% estavam vinculadas a um plano corporativo (plano de saúde fornecidos por empresas empregadoras) e não familiar e individual. Deste modo, mais de 90 % da população brasileira utiliza os serviços do SUS de algum modo. Existindo, porém, muitas desigualdades nas diversas regiões do país. A proporção de pessoas cobertas com plano de saúde na região nordeste (14,0%) é menor que o da região sudeste (33,0%). (BRASIL, 2003).

Segundo Vieira (2002), a universalização do direito à saúde, garantida pela constituição, embora seja uma das maiores conquistas, ainda mostra-se excludente, pois acaba excluindo do sistema pessoas com maior poder aquisitivo que estão insatisfeitas com a oferta e a qualidade dos serviços. Os dados sobre os usuários da ouvidoria situaram-se muito acima dos dados do CONASS. Um estudo realizado por Franco e Campos (1998) em um ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade de Campinas mostrou que 81% dos usuários não possuíam nenhum convênio médico. De acordo com Correia (2000), apesar de existir no Brasil várias formas de assistência à saúde, o SUS apresenta uma predominância absoluta na

provisão desta assistência, chegando inclusive a mais de 90% de pessoas dependentes exclusivas do SUS no interior do Estado do Ceará. Esses dados situaram-se próximos do resultado desta pesquisa, onde os usuários do serviço de ouvidoria são na sua maioria dependentes exclusivos do Sistema Único de Saúde (69,0%).

O SUS, na perspectiva da universalização, é importante na provisão dos serviços de saúde, tanto para os usuários que possuem planos de saúde, como para os dependentes exclusivos. Assim, é necessário que os serviços do SUS possam atender às expectativas do usuário, independentemente de sua condição sócio-econômica.

Em relação à condição de emprego, 24,8% das pessoas que utilizaram a ouvidoria estavam desempregadas. Comparando o perfil dos empregados com o dos desempregados, observamos que a maioria dos desempregados era do sexo feminino; provenientes do interior do Ceará, faixa etária de 18-39 anos e que tinham cursado até o ensino fundamental completo. Sabendo que o acesso a cursos profissionalizantes são mais difíceis em muitos municípios do estado, isto pode resultar em uma baixa qualificação profissional, que aliado a uma baixa escolaridade pode estar influenciando na dificuldade destas pessoas em conseguirem empregos na capital. Se compararmos este resultado com os dados do Brasil e do mundo, observaremos que o desemprego é atualmente um problema de ordem global. De acordo com Torres e Longo (2003) o desemprego não é um problema só do Brasil, mas de vários países do mundo. Na Europa, o desemprego é considerado muito grave e no Japão, onde a situação era considerada melhor, atualmente já se observa uma diminuição de vagas para o trabalho. O desemprego no Japão foi de 5% em 2001 (MUNDO, 2004); e na Argentina em 2001 chegou a 17,2 % (REUTERS, 2004). Países como Canadá e Estados Unidos da América, apresentaram taxas de 7,6 % e 5,6 % respectivamente no ano de 2002 (OIT, 2004).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, a taxa de desemprego no Brasil foi de 12,8% em março de 2004. O país apresenta desigualdades nas ofertas de emprego em suas diferentes regiões. Porto Alegre tem menores taxas de desemprego do que algumas cidades do Nordeste. (IBGE, 2004). Segundo o FIEC (2004), a estimativa da taxa de desemprego para o Ceará para o ano de 2004 apontada pela Confederação Nacional da Indústria será de 11,6% contra uma taxa de 12,4 % do ano de 2003.

As desigualdades no Brasil apresentam-se também por sexo. A taxa de desemprego é maior no sexo feminino. A Federação dos Bancários do Estado do Paraná divulgou dados do relatório da Organização Internacional do trabalho (OIT), em que o desemprego na América latina afeta mais as mulheres do que os homens e que persiste uma maior informalidade no trabalho feminino.(FEDERAÇÃO DOS..., 2004). Segundo o IBGE (2004) o desemprego entre as mulheres nos anos de 1998 a 2000 manteve-se na média de 8,20 %, caindo para 6,7 % em 2001. Esta diferença de gênero foi encontrada também entre os usuários da ouvidoria, onde se observou que entre as mulheres o desemprego foi de 33,0% e entre os homens 14,5%.

O quadro de desigualdades econômicas e sociais da sociedade brasileira repercute na área da saúde, refletindo nos quadros epidemiológicos e nas condições de acesso às ações e serviços. (BRASIL, 2002). Visto que as condições de saúde de uma população são determinadas pelas suas condições de vida (moradia, emprego, educação, lazer, etc), o emprego ocupa um importante papel não só na manutenção da saúde, como também na estruturação familiar. No que se refere ao desemprego feminino, observa-se que ainda persistem em nossa sociedade muitas desigualdades relacionadas a oportunidades de trabalho para a mulher, apesar de muitos avanços e conquistas já realizadas. No entanto, apesar de estarem desempregadas, as mulheres buscaram manifestar suas insatisfações ou mesmo sua opinião nos serviços de Ouvidoria em Saúde. Isso poderá ser explicado pelo maior tempo disponível para a busca do serviço ou mesmo para terem

uma presença mais ativa na sociedade, participando do controle social dos serviços de saúde e firmando-se como sujeito social, desenvolvendo uma ação que poderá intervir no coletivo.

Por outro lado, a participação dos usuários nas conferências de saúde foi bastante reduzida. Noventa por cento não participaram de nenhuma conferência de saúde e 5,4% participaram de conferências nacional, estadual, municipal ou local. Observa-se que apesar destes usuários utilizar os serviços de ouvidoria, não participavam das conferências de saúde. De acordo com Mendes (1999), as conferências de saúde que ocorreram antes de 1986 não tinham a participação da sociedade civil. Foi somente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que teve a participação de usuários e a existência de pré-conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional. Segundo Valla (1998) a participação popular assumiu papel importante na VIII Conferência e que as discussões acumuladas neste processo resultaram na conquista da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Dentro deste quadro, as conferências de saúde apresentam-se como um meio das pessoas manifestarem suas críticas e planejarem mudanças no setor saúde e a oportunidade de que estas propostas cheguem até o congresso nacional. Assim, os usuários da Ouvidoria em Saúde estão deixando de participar deste importante evento político da saúde. O mesmo acontece em relação aos movimentos sociais: a participação dos usuários da ouvidoria foi de 13,5% e 86,5% não participavam de nenhum movimento social. A participação em conselhos locais e municipais de saúde foi de 2,9 %.

Segundo Labra e Figueiredo (2002) as entidades representadas nos conselhos são de natureza diversa, entre elas, as associações de moradores de bairros e favelas e as associações de portadores de patologias. Ficando a saúde empresarial ou privada, da qual o SUS compra serviços, com uma participação pequena e discreta. Stotz (1995) questiona a participação dos usuários no planejamento, na avaliação e fiscalização dos serviços de saúde através dos

conselhos. O autor coloca que a participação no conselho (principalmente o municipal) é representada pelos segmentos menos favorecidos economicamente e muitas vezes menos organizados da população e que historicamente tem sido alvo das políticas clientelistas.

Nesta conjuntura, algumas questões são colocadas: Os usuários da Ouvidoria em Saúde, por serem constituídos por uma população jovem e com considerável escolaridade fazem parte da parcela da população inserida na “universalização excludente” do sistema de saúde e não participam dos conselhos e conferências; por outro lado, os participantes dos conselhos de saúde não estão politicamente organizados, motivados ou informados sobre a importância da ouvidoria. Para responder a estas questões necessitaria de estudos posteriores.

Os indivíduos tendem a participar da esfera pública dentro de duas dimensões. A primeira é em torno da construção e defesa de identidades específicas e a segunda é como subjetivação em torno dos valores éticos comuns, como por exemplo, o compromisso coletivo. (WARREN, 1999). Os usuários da ouvidoria parecem que se afirmam mais como sujeitos sociais, atuando isoladamente, mas muitas vezes sabendo que suas ações trarão melhorias para o coletivo. Porém, não estão suficientemente organizados, motivados ou politizados para avançarem mais na participação através das conferências e conselhos locais e municipais de saúde.

6.2. Utilização dos serviços públicos de saúde

A maioria das pessoas que utilizaram o serviço de Ouvidoria em Saúde foi na condição de paciente dos serviços públicos de saúde. Deste modo, procurou-se conhecer a opinião do usuário da ouvidoria sobre estes serviços de saúde.

O motivo da utilização destes serviços foi para tratamento de doença (65,9 %) e para prevenção 10,5%, evidenciando a pouca procura dos serviços de saúde para este fim. Um

estudo realizado no México mostrou que há uma baixa utilização dos serviços preventivos. Muitas vezes a prevenção é buscada tardiamente, para evitar a evolução de determinado problema de saúde; sendo outras vezes utilizada de maneira passiva, ou seja, quando a mesma é indicada e agendada por algum profissional de saúde. (BRONFMAN et al.,1997).

O tempo de espera para um atendimento é um dos itens que comumente está associado à satisfação ou insatisfação dos usuários com os serviços de saúde. Para quase a metade dos usuários da ouvidoria, o tempo de espera gasto nos serviços públicos de saúde foi considerado insatisfatório (47,5%). Muitos estudos apontam que o tempo de espera dos pacientes nos serviços de saúde é muito longo .(TRAD; BASTOS; SANTANA, 2002; KLOETZEL; BERTONI; IRAZOQUI, 1998; SÁNCHEZ; AGUILLAR; LÓPEZ, 1998; ROSA et al., 2000).

As principais razões apontadas pelos usuários da Ouvidoria em Saúde sobre a razão da demora para o atendimento foram o grande número de pessoas para serem atendidas (37,7%), seguida de poucos profissionais para atender (29,0%). Os problemas relacionados aos processos técnicos demorados ficaram em torno de 15,0 % , problemas administrativos (16,7%) e falta de equipamento ou material (1,2%). Deste modo, os usuários percebem que a agilidade do atendimento está mais relacionada com a quantidade de profissionais/pacientes do que com a burocracia que antecede a consulta. O número excessivo de pessoas para serem atendidas pode ser ocasionado pela falta de planejamento local do serviço e pela inexistência de uma oferta organizada.

Em um estudo realizado por Junqueira e Auge (1996), os usuários declararam que pretendiam voltar ao serviço de saúde, apesar da clientela estar só parcialmente satisfeita ou mesmo insatisfeita e que esse retorno muitas vezes é devido à falta de opção de outro serviço. No caso da ouvidoria, mais da metade dos usuários voltariam ao serviço de saúde por opção (71,8%). Isso pode representar uma satisfação com os serviços de saúde; no entanto uma significativa

parcela 22,5 % voltaria apenas por falta de opção e 5,7 % não voltaria ao serviço. A utilização do serviço de saúde apenas por falta de opção ou mesmo a recusa em utilizá-lo, não contribui para a melhoria do serviço. Por outro lado, uma maior participação do cidadão/usuário no controle social da saúde, exigindo mais qualidade na prestação dos serviços e buscando valer o seu direito a um sistema de saúde com qualidade, poderá estar estimulando mudanças necessárias ao serviço de saúde.

O tratamento mais prescrito aos usuários da Ouvidoria em Saúde foi o medicamentoso (72,4%), seguido de orientação (27,4%), cirurgia (14,7%), fisioterapia (7,1%) e terapias alternativas (2,7%). Corroborando os estudos de Assunção, Santos e Gigante (2001), a prescrição de medicamentos foi o tipo de tratamento mais utilizado. Um estudo realizado por Halal et al (1994), em dois serviços de atenção primária no sul do país, mostrou que 55,7% das consultas resultaram em prescrição de medicamentos e 5,4 % resultaram em encaminhamentos para outros profissionais.

Dentre as 72,4 % das pessoas que receberam prescrição de medicamentos, 71,1% obteve todos eles e 87,9 % relatou que tomou todos. Por outro lado, 28,9% obteve alguns ou nenhum. O principal motivo relatado para a não obtenção dos medicamentos foi o usuário não encontrar na farmácia do serviço.

6.3. Utilização do serviço de Ouvidoria em Saúde

A criação dos serviços de ouvidoria no Brasil data a partir da década de 80, sendo também bastante recente as ouvidorias em saúde. Os estudos encontrados na literatura sobre o assunto são comumente descrições sobre o serviço e sua produtividade. (CARVALHO et al., 2003; CAMARGO, 2003; MENDONÇA et al., 2004; BRASIL, 2003). Não sendo encontrados

estudos sobre a satisfação do usuário com o serviço de ouvidoria ou que descrevam o perfil deste usuário. Deste modo, dificulta muitas vezes a realização de comparações dos resultados deste estudo com outros.

Dentre os usuários dos serviços de Ouvidoria em Saúde, as mulheres foram as que mais utilizaram este serviço. A razão pela qual os usuários procuraram o serviço foi para reclamação, seguido de orientação e elogio. As mulheres (67,0%) reclamaram mais do que os homens (58,9%). Os homens (12,3 %) elogiaram um pouco mais os serviços do que as mulheres (11,3%). De acordo com Pereira (2002), as mulheres foram as que mais registraram queixas no serviço de Ouvidoria em Saúde de dois hospitais na cidade de Porto Alegre.

Quanto aos canais de reclamação, os mais utilizados pelos usuários na busca da solução de seus problemas foram: a direção da unidade e secretaria de saúde, enquanto rádios e jornais foram pouco utilizados. Isso mostra que o usuário buscou a solução de seus problemas através de órgãos que estavam mais próximos do serviço, ficando os canais de comunicação extra-oficiais para a denúncia, como o rádio e a televisão pouco utilizados.

Dentre os usuários que buscaram o serviço para reclamar, os principais motivos foram: falta de atendimento (57,8%), mau atendimento (52,0%) e falta de medicamento (8,6 %). Problemas na limpeza do serviço de saúde (9,2%) e na limpeza da rua ou do bairro (16,3 %) também foram relatados. Deste modo, observa-se que estes usuários da ouvidoria possuem um conceito ampliado de saúde, relacionando o problema do lixo com a saúde da coletividade.

Diferentemente dos usuários da ouvidoria de Fortaleza-CE, o relatório do Serviço de ouvidoria no Reino Unido de dezembro de 2002 a março de 2003, mostra que os casos de reclamação recebidos pelo serviço foram relacionados a problemas de comunicação entre profissional e usuário, conduta ou tratamento considerado inadequado pelos usuários. (OMBUDSMAN, 2003). Não foram relatados problemas que indiretamente podem modificar ou

perturbar as condições de saúde dos indivíduos. Este fato foi confirmado em outras publicações. (WARDEN, 1999; MATTHEWS, 1998; VASS, 2002.).

Por outro lado, na Espanha, segundo o *Comission del Sistema Eléctrico Nacional* CSEN- (1997), existem registros de denúncias sobre as instalações de linha de alta tensão que podem trazer riscos potenciais à saúde das pessoas devido o campo eletromagnético. Um aspecto convergente entre os usuários da Espanha e de Fortaleza é que os mesmos perceberam estes problemas que indiretamente podem prejudicar à saúde.

Os usuários opinaram sobre a gravidade de seus problemas ocorridos nos serviços de saúde. Quanto à gravidade, 80,0% dos usuários consideraram grave o seu problema e que isso os motivou a buscarem a Ouvidoria em Saúde. Mais da metade dos usuários (53,9%) afirmou ainda que o problema ocorrido no serviço de saúde agravou muita sua doença. Esse nível de agravamento da doença foi um importante motivo para que as pessoas buscassem os serviços e ouvidoria. É importante ressaltar que as pessoas que utilizaram os serviços de saúde buscavam uma solução para seu problema de saúde e mais da metade tiveram um agravamento de seu problema.

Em relação à qualidade da prestação dos serviços de ouvidoria, os usuários opinaram sobre os atendimentos e o acesso ao serviço. Os principais atendimentos considerados regulares ou deficientes pelos usuários na ouvidoria foi a orientação, seguido do encaminhamento feito pelos ouvidores. Vale a pena lembrar que a orientação foi o segundo motivo pelo qual os usuários procuraram o serviço.

Os usuários que consideraram que foram mal atendidos no serviço de ouvidoria, justificaram que este mau atendimento era devido principalmente ao excesso de trabalho dos funcionários (74,1%) e das más condições de trabalho (14,8%). Os usuários não explicaram que

tipo de trabalho os ouvidores estavam acumulando ou quais eram as condições de trabalho que os mesmos consideraram inadequados.

Quanto ao acesso à ouvidoria, os usuários consideraram que a principal dificuldade para serem atendidos na ouvidoria foi o longo tempo de espera (10,5%). A média do tempo de espera foi 11,8 minutos, no entanto tiveram pessoas que chegaram a esperar até 12 horas para serem atendidas. A dificuldade em localizar a ouvidoria foi também citada por 7 % dos usuários. Segundo Costa e Fleury (1998), estes problemas são considerados de natureza processual e estão relacionados à qualidade e à oportunidade dos bens ou serviços produzidos e na perda dos objetivos do serviço.

Com relação às providências tomadas pela ouvidoria para a resolução dos problemas dos usuários, 64,8 % relataram que o serviço registrou e tomou as providências ou que resolveu o problema imediatamente. Por outro lado, 24,8% relataram que só houve o registro do problema; e 10,4% relataram que o serviço não tomou providências ou não informou o que iria fazer. No que diz respeito a resolubilidade do serviço, 33,2% dos usuários relataram que não houve solução para seu problema; 16,3% consideraram que a solução foi parcial ou temporária e 50,5 % referiram que houve solução para seu problema. Sendo a ouvidoria um instrumento que legitima a oportunidade do cidadão de participar da gestão dos serviços, é necessário que esta desenvolva suas atividades com vistas no seu objetivo e que prime pela qualidade de seus serviços para que o usuário possa ter facilitado o seu acesso e principalmente sentir-se seguro na manifestação de suas opiniões e que tenha credibilidade na eficácia e resolubilidade do serviço.

A população, muitas vezes, sente-se desacreditada e justifica que não participa de movimentos de saúde por diversos motivos; entre eles está o cansaço, falta de tempo, não gostar de movimentos ou políticas, motivos religiosos, ou ainda porque julgam que é inútil e que não

resolve. (COHN, 2002). Esta percepção de inutilidade da participação pode ser agravada quando o serviço de ouvidoria não corresponde às expectativas do usuário.

A satisfação com os serviços de ouvidoria tende a ser maior entre os homens (64,7%), do que entre as mulheres (61,6%). O fato das mulheres freqüentarem mais os serviços de saúde e vivenciarem as dificuldades na provisão destes serviços, pode ter acarretado nesta menor satisfação.

Quanto ao nível educacional, quanto maior a escolaridade, menor foi o número de pessoas satisfeitas com os serviços de ouvidoria. Entre as pessoas que se encontravam “muito satisfeito” e “insatisfeito”, 78,8% tinham ensino fundamental incompleto, 66,7 % o ensino fundamental completo, 64,3 % o ensino médio incompleto, 60,7 % o ensino médio completo e 42,9 % o ensino superior. Porém, em relação à insatisfação, quanto maior a escolaridade maior a insatisfação. Entre as pessoas que se encontravam “pouco satisfeito” e “insatisfeito”, 57,2% tinham o ensino superior, 39,2 % tinham o ensino médio completo, 35,7% tinham o ensino médio incompleto, 33,3 % haviam cursado o ensino fundamental completo e 21,2 % tinham o ensino fundamental incompleto. O nível educacional teve influência sobre a satisfação dos usuários. As pessoas com maior escolaridade encontravam-se menos satisfeitas. O mesmo ocorreu em relação à insatisfação: quanto maior a escolaridade, maior foi a insatisfação com o serviço. O acesso aos níveis mais avançados de educação pode fazer com que as pessoas desenvolvam mais uma consciência crítica, necessitando de serviços de ouvidoria de melhor qualidade para satisfazer às suas expectativas.

Mais da metade dos usuários citaram que a finalidade do serviço de ouvidoria era principalmente ouvir e solucionar o problema dos usuários (73,4%) ou ainda orientar os usuários (6,6%). Outras respostas eram referentes à avaliação do atendimento ou fiscalização dos

profissionais do serviço (2,7%). O objetivo de ser um canal de comunicação entre usuário e serviço foi citado por 3,5%.

Deste modo, expressam-se duas visões diferentes. A primeira e a mais citada está relacionada á idéia de vigilância e punição. A ouvidoria é apresentada como um serviço unilateral e de caráter individual, que deve solucionar problemas pontuais dos usuários e onde os profissionais serão fiscalizados e quando necessário serão punidos. A segunda visão apresenta um conceito mais amplo do serviço. A ouvidoria faz parte de um processo de avaliação mais sistêmico dos serviços de saúde e com a co-participação da população: o canal de comunicação entre usuários e serviços. Este objetivo do serviço se expressa como mais abrangente, menos pontual, e de caráter mais coletivo. O canal de comunicação pode ser entendido como uma via com dois acessos que liga o usuário ao serviço ou o serviço ao usuário. O poder de resolução dos problemas de saúde não deveria estar centrado apenas nas reclamações dos usuários, mas também nos provedores dos serviços de saúde.

O poder deve ser analisado como algo que circula, que não tem localização exata e que não pode ser apropriado como uma riqueza ou bem. Ele funciona em cadeia e se exerce em rede. (FOUCAULT, 2002). A ouvidoria como um canal de comunicação e participação dever ter clara a idéia de gestão participativa e que as soluções para os problemas relacionados aos serviços de saúde sejam discutidos e implementados em concordância com a satisfação dos usuários e provedores dos serviços.

Os usuários opinaram a respeito das falhas do serviço, e as falhas citadas foram: falta de autonomia (14,7%), demora na solução dos problemas (8,0%) e poucos ouvidores (6,6%). O difícil acesso ao serviço, falta de interesse e descaso com o problema dos usuários, e não dar retorno sobre os procedimentos também foram citados.

Para que se tenha uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é necessário que a ouvidoria tenha mais autonomia. O serviço não pode ser resolutivo quando um ouvidor apenas registra as reclamações e não tem poderes para intervir propondo soluções. A demora na solução dos problemas pode estar relacionada de um lado pela falta de autonomia dos ouvidores e de outro pela falta de um sistema informatizado. De acordo com o relatório do Brasil (2003), o serviço de ouvidoria geral do SUS cita como dificuldade para a operacionalização do serviço, a falta de um sistema informatizado.

Os ouvidores devem ter o compromisso de dar um retorno aos usuários sobre suas reclamações. A omissão do retorno pode ser entendida pelos usuários como falta de interesse ou mesmo descaso na resolução dos problemas. De acordo com Norões (2002), o código de ética do ouvidor refere que este deve atuar com rapidez e precisão; além de exercer suas atividades com independência e autonomia. Segundo Paes, Silva e Oliveira (1998), uma das principais características do ouvidor deve ser a independência e a autonomia. Esta autonomia deve ser realizada diretamente entre o ouvidor e a direção do serviço, sem intermediários.

De acordo com Pereira (2002), os usuários consideraram que o trabalho do serviço de ouvidoria não era valorizado em todos os segmentos do serviço. Deste modo, faz-se necessário que os profissionais dos serviços de saúde estejam conscientes da importância do serviço de ouvidoria no monitoramento e avaliação do serviço. De acordo com Paes, Silva e Oliveira (1998), os ouvidores enfrentam vários riscos e desafios para realizar suas atividades. A primeira é a de evitar que o papel do ouvidor no serviço de saúde seja compreendido apenas como publicidade de que o serviço respeita os direitos do usuário. A segunda, diz respeito ao ouvidor apresentar-se como um “salvador da pátria” (grifo do autor); solucionando todos os problemas do serviço, quando não verdade seu papel é de mediador entre o usuário e a instituição, apresentando propostas para a melhoria do serviço.

As sugestões dos usuários para melhorar o serviço de ouvidoria foram: aumentar o interesse e agilidade para solucionar os problemas (20,4%), aumentar o número de ouvidores (13,8%), treinar os profissionais (9,3%), ter mais autonomia (4,8%), melhorar a infra-estrutura do serviço (4,5%) e divulgação do serviço (3,1%). Conforme afirma Paes, Silva & Oliveira (1998), o próprio usuário torna-se divulgador do serviço quando percebe que suas queixas foram analisadas e respondidas. Isso mostra que o serviço de ouvidoria é comprometido com o usuário.

No estudo realizado por Pereira (2002), os usuários sugeriram que os ouvidores deveriam circular pelos serviços de saúde, observar os atendimentos, visitar as enfermarias e questionar aos usuários sobre sua satisfação com os serviços. Foi sugerido também que os ouvidores deveriam sempre que concluísse suas investigações, informar aos usuários sobre os resultados alcançados na resolução do problema. A informatização também foi citada como sugestão para um melhor desempenho do serviço.

Observa-se que há entre os usuários uma necessidade da criação de mais serviços de Ouvidoria em Saúde no Estado para facilitar o acesso do cidadão a este serviço. Foi frisado também a importância de um treinamento para os profissionais para que os mesmos desenvolvam suas atividades com competência, e de acordo com o código de ética do ouvidor. Assim, o usuário poderá sentir-se seguro na manifestação de suas sugestões e críticas e confiante nas medidas tomadas pela ouvidoria.

7. CONCLUSÃO

As ouvidorias são órgãos que foram criados recentemente no Brasil, portanto, ainda encontram-se em processo de consolidação e aprimoramento. A Ouvidoria em Saúde propõe-se a ser um canal de comunicação entre os provedores de serviços de saúde e os usuários. É também sua função estimular a participação da população no processo de avaliação dos serviços de saúde, buscando melhorar a qualidade dos mesmos.

A participação da população na utilização dos serviços de ouvidoria ainda é muito pequena. O serviço é disponibilizado apenas na cidade de Fortaleza, o que dificulta o acesso da população residente em outros municípios do Estado.

Quanto a resolubilidade, observou-se que as soluções tomadas pelo serviço não corresponderam às expectativas de uma parcela dos usuários. Para que o usuário possa continuar a utilizar o serviço é necessário que este se sinta confiante na efetividade do mesmo.

A finalidade do serviço também não é bem compreendida pela maioria dos usuários. O serviço é visto apenas como um órgão responsável pela resolução dos problemas dos usuários. A idéia de gestão participativa e o objetivo de ser um canal de comunicação entre usuário e serviço são entendidos apenas por uma minoria. Assim, o usuário passa a exigir da ouvidoria a função de resolver todos os seus problemas referentes aos serviços de saúde. Esta visão reduz o significado da ouvidoria. O serviço passa a ser visto como um órgão de defesa do usuário, capaz de resolver seus problemas pontuais.

O serviço deve desempenhar a função de canal de comunicação que liga o usuário ao serviço. Os profissionais e gestores dos serviços de saúde devem utilizar a ouvidoria para buscar informações sobre as insatisfações dos usuários, bem como seus elogios e sugestões. A

ouvidoria deve ser vista pelos provedores dos serviços de saúde como um aliado para a avaliação do desempenho do seu trabalho; e não apenas como um órgão fiscalizador com função de punição.

Por outro lado, o usuário deve interagir melhor com o serviço de ouvidoria, buscando compreender sua função. Neste contexto o usuário deve conhecer e acompanhar o processo de encaminhamentos. A ouvidoria por sua vez, necessita não só divulgar os seus serviços, mas também esclarecer para a população os objetivos e finalidades do serviço, de modo que possa mobilizar a população a utilizar e participar do serviço.

Os usuários sugeriram que os ouvidores deveriam ter mais interesse e agilidade para solucionar seus problemas. Algumas pessoas que buscaram os serviços de ouvidoria tiveram problema no serviço de saúde, gerando o agravamento de sua doença. Deste modo, quando o usuário considera que não teve uma atenção esperada, tende a não dar credibilidade ao serviço e a não utilizá-lo novamente.

Assim, para que o serviço de Ouvidoria em Saúde desempenhe com qualidade suas atividades, é necessário que se estabeleça uma parceria efetiva entre usuários e ouvidores. O resultado desta parceria poderá ser uma maior participação do usuário/cidadão, o qual encontrará no serviço um instrumento para efetivar o controle social e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

8. SUGESTÕES PARA MELHORAR O SERVIÇO DE OUVIDORIA EM SAÚDE EM FORTALEZA-CE.

a) Aumentar a participação dos homens no serviço através de estratégias como:

1-Incentivar a participação dos homens nos serviços de saúde disponibilizando atendimentos noturnos e nos fins de semana;

2- Divulgar as diversas formas de acesso ao serviço de ouvidoria, tais como o “alô-saúde”.

b) Implementar uma política de descentralização do serviço de Ouvidoria em Saúde para o interior do Estado do Ceará;

c) Divulgar o serviço para o cidadão/usuário: explicar os objetivos, finalidade e como utilizá-lo;

d) Estimular a participação dos usuários da ouvidoria nas conferências e nos conselhos de saúde;

e) Incentivar a participação dos representantes dos conselhos de saúde e demais organizações comunitárias no processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e nos serviços de Ouvidoria em Saúde;

f) Conceder mais autonomia para que o ouvidor possa executar suas atividades.

g) Criar e implementar um sistema de informação que possa estar interligando as informações dos serviços de ouvidoria;

h) Promover cursos de capacitação para os ouvidores e demais pessoas envolvidas com o serviço;

i) Estimular a criação de fóruns com os usuários e provedores dos serviços com temas referentes à qualidade dos serviços de saúde;

j) Desestimular as práticas de reclamações em canais extra-oficiais (ex. Televisão, jornal e rádio), quando estas estão explorando apenas a imagem do usuário através do sensacionalismo em busca da audiência.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos. **Acta Paul. Enf. São Paulo**, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio/dez. 1995.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALMEIDA, V. L. **Saúde e Cidadania: a experiência de Icapuí-CE**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Fortaleza, 1999.

ANDRADE, L. O. M. **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde à luz das Normas Operacionais Básicas**. 1997. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 88-95, 2001.

AVIS, M.; BOND, M.; ARTHUR, A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. **Soc. Sci. Med**, v. 44, n. 1, p. 85-92, 1997.

AZEVEDO, A.C. Avaliação do desempenho de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p. 64-71, fev. 1991.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ Ministério da Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

BOLLER, C.; WYSS, K.; MTASIWA, D.; TANNER, M. Quality and Comparison of Antenatal Care in Public and Private Providers in the United Republic of Tanzania. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 2, p.87-94, 2003.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: com a Palavra, os Usuários da rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p.355-356, abr./jun. 1998.

BRONFMAN, M. ; CASTRO, R.; ZÚÑIGA, E.; MIRANDA, C.; OVIEDO, M. C. Del “quánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. **Salud Pública Méx.**, v. 39, n. 5, p. 442-450, set./out. 1997.

CAMARGO, J. A. O Papel das ouvidorias em hospitais públicos do estado de São Paulo. como instrumento de apoio ao usuário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA BRASÍLIA, 8., 2003, Brasília. **Livro de Resumos I...** Brasília: editora ABRASCO, 2003. p. 555.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, v. 24, n. 1, jan./fev. 2000.

CARVALHO, A. O.; ALMEIDA, L. S.; MENDONÇA, L. M.; MUSSI, S. R. G.; CRUZ, H. Ouidoria: um novo olhar da gestão municipal. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2003, Brasília. **Livro de Resumos I**...Brasília: editora ABRASCO, 2003. p. 591.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. 3. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

COHEN, G. Can different patient satisfaction survey methods yields consistent results? comparison of three surveys. **British Medical Journal**, v. 313, p. 841-844, Oct. 1996.

COMMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN. Quality assurance and improvement in health systems with special reference to primary health care: a shared responsibility, 2000, Cairo, Egypt. **Technical paper...** Cairo, 2000. Disponível em: <<http://www.emro.who/RC147/annotatedagenda.item11b-1.htm>>. Acesso em: 22 Set. 2003.

CORREIA, L. L. Atenção em saúde e equidade: uma análise de duas microrregiões assistenciais de Saúde do Estado do Ceará. **Rev. Méd. UFC**, v. 40, n.1/2, p. 57-76, 2000.

COSTA, F. L.; FLEURY, S. Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança: a ouvidoria como instrumento para a efetividade da ação pública e a promoção da cidadania. **Rev. Adm. Pública**, v. 32, n. 1, p. 163-70, jan./fev.1998.

COMISSION DEL SISTEMA ELÉCTRICO NACIONAL-CSEN. **Informe sobre la propuesta del defensor del pueblo para la modificacion de la regulamentacion sobre líneas de alta tensión.** Madrid, 1997. Ref. DEFDEP02.DOC.

DONABEDIAN, A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. **Perspectivas en Salud Pública**, México, Instituto Nacional de Salud Publica, p. 4-75, 1990.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. La Dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública de México**, v. 32, n. 2, p. 112-117, mar./abr. 1990.

EBRAHIM, A. B. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. **Quality in Health Care**, v. 10, Suppl.1, p. 12-18, 2001.

ELWYN, M. W. G. Improving the quality of health care. Methods for incorporating patients' views in health care. Education and Debate. **British Medical Journal**, v. 326, p. 877-879, 2003.

ESPINOSA, R. M. O.; JUÁREZ, S. M.; CAMPO, D. L. M.; CARREÑO, E. T. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinion de los usuarios. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2003.

FEDERAÇÃO DOS BANCÁRIOS DO ESTADO DO PARANÁ. **Mulheres são mais afetadas por desemprego na América Latina**, 2004. Disponível em: <http://www.feebpr.org.br/Diarios/ag_08032004.htm#7605> . Acesso em: 16 maio 2004.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO CEARÁ-FIEC. 2004. Disponível em: <<http://www.fiec.org.br/fiec-hoje/janeiro2004/12/noticia19.htm>>. Acesso em: 18 maio 2004.

FORTES, P. A. C. **A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde**. Disponível em: <<http://www.cremeb.cfm.org.br/revista/bio1v5/consocia.html>>. Acesso em: 16 set. 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 17. ed. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

FRANCO, S.; CAMPOS, G. W. S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n. 4, p. 352-360, 1998.

FRITZPATRICK, R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. **Bristh Medical Journal**, v. 302, p. 887-889, 1991.

GOMES, M. E. C. Do Instituto Ombudsman à construção das ouvidorias públicas no Brasil. In: LYRA, R. P. (Org.). **A Ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; Curitiba: Ed. Universitária/UFPR, 2000. p.49-124.

GONZÁLEZ, A. R. ; JODRA, V. M. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 74, n. 3, p.00-00, maio/jun. 2000.

HALAI, I. S.; SPARENBERGER, F.; BERTONE, A. M.; CIACOMET, C.; SEIBEL, C. E.; LAHUDE, F. M.; MAGALHÃES, G. A.; BARRETO,L.; LIRA, R. C. A. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

HOPKINS, A. **Measuring the quality of medical care**. London: Royal College of Physicians of London, 1990.

IMBROISI, D. O. Ouvidoria como instrumento de eficiência e eficácia da administração pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE OUVIDORES/OMBUDSMAN, 6., 2001, Recife. Disponível em: < http://www.abonacional.org.br/min_fazenda.htm>. Acesso em: 24 set. 2003.

IMPrensa Nacional (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/congresso/doc/oficina/XIX%20CNSMS%20-%20LOS%20-%20LEI%208.142-90.doc>> . Acesso em : 22 out. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios no ano de 2001**. 2004. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm>. Acesso em: 16 maio 2004.

_____. **Taxa de desocupação por região metropolitana.** 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 18 maio 2004.

JUNQUEIRA, L. A. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, n. 19, p. 60-78, jan./abr. 1996.

KERSNIK, J. Observational study of home visits in slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. **Family Practice**, v. 17, n. 5, 2000.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C; CAMPOS, V.P.G; SANTOS, R.N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. i a satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul./set. 1998.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.537-547, 2002.

LEBOW, L. J. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. **Eval. Program Plan.**, v. 6, p.211, 1983.

LOCKER, D.; DUNT, D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. **Soc. Sci. Med.**, v. 12, p.283, 1988.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINEHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.17-37.

MARANHÃO, A. E.; RAMOS, X. P.; RAMOS, C. E.; LIMA, A. ; BARROS, C. I. Modelo de Um Sistema de apoio a Ouvidoria do Hospital da Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE In: ENCONTRO NACIONAL DE OUVIDORES/OMBUDSMAN, 6., 2001, Recife. Disponível em: < <http://www.abonacional.org.br/texto-HC2.htm>>. Acesso em: 24 set. 2003.

MATTHEWS, H. Ombudsman calls for better communication. **BMJ**, v. 317, p. 1472, Nov. 1998.

MENDES, E. V. O Processo social de distritalização da saúde In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO,1999. cap.2, p. 93-158.

MENDES, V. L. P. S. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde: uma questão de cidadania ou mercadologia? VII Congresso brasileiro de Saúde Coletiva: Saúde, justiça e cidadania, 2003, Brasília. Livro de resumos II. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, sup. 1 , p. 532, 2003.

MENDES, E. V. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito**

sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO,1999. cap.1, p.19-91.

MENDONÇA, L.; ALMEIDA, L.; MUSSI, S. Ouvidoria da saúde: transformando a realidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Jun. 2004. Número especial. 1 CD-Rom.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atividades do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS-2003**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/ouvidoria/decreto4726.htm>>. Acesso em: 7 set. 2004.

MUNDO. 2004. Disponível em: < <http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0%2C%2COI150825-EI294%2C00.html>>. Acesso em: 18 maio 2004.

NORÕES, N. M. R. **Ouvidoria em Saúde:** guia de implantação. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002.

OLIVEIRA, L. A.; ALMEIDA, V. S.; ESCOSTEGUY, C. C.; NARUME, W.; SOARES, A. C. A.; FORNARI, M.; COSTA, F. **Pesquisa de satisfação do usuário externo dos serviços de saúde do Hospital dos Servidores do Estado**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/revista/35c/temo18.html>>. Acesso em: 29 set. 2003.

OLIVEIRA, J. E. A ouvidoria geral do Estado do Paraná. In: LYRA, R. P. (Org.). **A ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; Curitiba: Ed. Universitária/UFPR, 2000. p.173-183.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química** lícita. Sobral: Edições UVA, 2000.

OMBUDSMAN. **The Health Service: Investigations Completed**. London: Stationary Office, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. **Relatório**. 2004. Disponível em: < http://www.tsf.pt/online/economia/interior.asp?id_artigo=TSF108300>. Acesso em: 18 maio 2004.

PAES, A. M. C.; SILVA, F. R.; OLIVEIRA, M. L. C. Ouvidoria em serviços de saúde- Exercício de cidadania: a experiência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 9-12, jul./set.1998.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 82-121, jan./jun. 2002.

PIERUCCI, A. F.; PRANDI, R. **A realidade social das religiões no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

PONTES, V. F. Ouvidoria no Estado do Ceará. In: LYRA, R. P. (Org.). **A ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; Curitiba: Ed. Universitária/UFPR, 2000. p.183-187.

REGIONAL COMMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN. **Quality Assurance and Improvement in Health Systems with Special Reference to Primary Health Care: a Shared Responsibility (Technical Paper)**. Cairo, Egypt, 1-4 October 2000. Disponível em: <<http://www.emro.who/RC147/annotatedagenda.item11b-1.htm>>. Acesso em: 22 Set. 2003.

RETAMAL, A.G.; MONGE, V.J. **Calidad Percibida por dos poblaciones Adscritas a dos Centros de Salud de la Provincia de Cuenca**. Rev. Esp. Salud Publica, maio/jun. 2000.Vol.74.N.3, p.00-00.

REUTERS.**Desemprego na Argentina tem Alto Recorde**. 2004. Disponível em: <http://www.economiabr.net/2001/08/01/0_trabalho.html#2>. Acesso em: 18 Mai.2004.

ROSA, M.C.R.; LAGE, M.C.A.; ROCHE, R.G.; MIRANDA, R.J. **Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Subsistema de Urgencias del Municipio 10 de Octubre**, 1997. Rev. Cubana Salud Pública. V.24 (2), 2000. p.110-116.

SÁNCHEZ, T.J.R. ; AGUILAR, P.N. ; LÓPEZ, G.N. **Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de salud en México: Perspectiva de los Usuarios**. Salud Pública de México/ vol.40, n.1, enero-febrero de 1998. p.1-10.

SITZIA, J.; WOOD, N. **Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts.**

Soc. Sci. Med. Vol.45, N° 12, p.1829-1843, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E.N. **Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais.** In: CANESQUI, A.M. (organizadora). Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. Ed. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995. p-115-122.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M. et al. **Estudo Etnográfico da satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.** Ciênc.Saúde Coletiva, 200, vol.7, n.3, 2002. p. 581 -589.

TORRES, D. & LONGO, M. **Reformas para desenvolver o Brasil: Tributária, previdenciária, política, sindical e trabalhista.** Edições SINAFRESP, 2003.

TOURAINÉ, A. **Crítica da Modernidade.** Trad. Elia Ferreira Edel. Petrópolis. Vozes, 1994.

VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (Sup.2): 7-14, 1999.

VALLA, V.V. **Sobre participação popular**. Cad. Saúde pública. N.14 (sup.2) Rio de Janeiro, 1998. p.7-16.

VALLA, V.V. Participación social, derechos humanos e salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. In: LEÓN, R. B.; MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C. E A. (Coord.). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 85-105.

VASS, A. **Give patients a second chance before striking them off, says ombudsman**. BMJ, v. 321, p. 1540, June 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VERDESSI, B. D.; JARA, G.; FUENTES, R.; GONZALEZ, J. C.; ESPEJO, F.; AZEVEDO, A. C. The Role of discriminant analysis in the refinement of customer satisfaction assessment. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 623-630, Dec. 2000.

VIEIRA, A. C. Clientelismo e serviços de saúde. **Revista de Políticas Públicas**, v. 6, n.1, p.9-40, jan./jun. 2002..

WARNER, I.S. **Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999.

WARDEN, J. GPs criticised by ombudsman **BMJ**, v. 318, p. 282, Jan. 1999.

WENSING, M. Evidence-based empowerment. **Quality in Health Care**, v. 9, p.200-201, 2000.

WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo,1992.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept ? **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 4, p. 509-516, 1994.

ZAICANER, R. Satisfação da clientela do SUS municipal. O uso do discurso do sujeito coletivo em avaliação do serviço. VII Congresso brasileiro de Saúde Coletiva: Saúde, justiça e cidadania, 2003, Brasília. Livro de Resumos II. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, sup. 1 , p. 536, 2003.

10- APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento do Participante da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar -Fortaleza-Ce - Tel.
(085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

Nome: _____

Endereço: _____

Declaro para os devidos fins que aceito participar, de livre e espontânea vontade, do projeto de pesquisa sobre a OUIDORIA EM SAÚDE DE FORTALEZA: PERFIL EPIDEMIOLOGICO ePADRÃO DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS. Entendo que esta pesquisa tem como objetivo avaliar o grau de satisfação da população para com os serviços públicos de saúde, sendo-me assegurado que:

- 1- Será mantido o sigilo da minha identidade;
- 2- Será respeitado o meu direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da realização da mesma;
- 3- Não haverá a divulgação personalizada das informações;
- 4- Que poderei ter acesso aos resultados da pesquisa;
- 5- Que os dados da pesquisa não serão utilizados com fins comerciais, mas somente para fins acadêmicos.

Fortaleza, 13 de Outubro de 2003.

Participante voluntário: _____

Testemunha: _____

APÊNDICE B - Questionário

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) Universidade Federal do Ceará (UFC) Department for International Development (DFID-UK)	<i>Estudo Sobre a Utilização do Serviço de Ouvidoria em Saúde do Ceará</i>
--	--

Entrevista com Usuários e Não-usuários da Ouvidoria

Questionário No. ___ __ __	Bairro: _____
Nome do entrevistado: _____	
Condição: Usuário da Ouvidoria.....1	Local: Domicílio1
Não usuário.....2	Unidade de saúde:.....2

1 - Perfil Sócio-Econômico e Cultural		Passar para:
1.1. Sexo: [SEXO]	Masculino 1 Feminino..... 2	
1.2. Qual a sua idade: [IDADE]	Anos..... __ __	
1.3. Qual o seu estado civil? [ESTCIV]	Solteiro.....1 Casado/em união 2 Separado/viúvo..... 3	
1.4. Qual a sua procedência? [PROCE]	Fortaleza.....1 Interior do Ceará.....2 Outro Estado.....3 Especificar: _____	
1.5. Qual a sua religião? [RELIG]	Católico.....1 Protestante.....2 Evangélico.....3 Espírita.....4 Nenhuma.....5 Outras.....6 Especificar: _____	-> Q.1.7
1.6. Você é praticante desta religião? [PRATIC]	Sim.....1 Não.....2	
1.7. Até que série completou na escola? [SER] [GRAU]	Série __ Grau __	
1.8. Quais destes bens V. tem em casa, e quantos?	[AUT] Automóvel..... __ [TVC] Televisor em cores..... __ [BAN] Banheiro __ [EMP] Empregada mensalista __ [RAD] Rádio __ [MAQ] Máquina de lavar roupa __ [VID] Vídeo cassete __ [ASP] Aspirador de pó __ [GEL] Geladeira (comum ou c/ freezer) ____ [COM] Computador __ [TVP] Televisor preto e branco.....__ [TEL] Telefone..... __	
1.9. Em que trabalha? [TRAB]	Comércio 1 Func. Público..... 2 Industria3 Agricultura.....4 Prof. Liberal.....5 Outros.....6	

	Especificar: _____	
1.10. Ao todo, quanto ganharam as pessoas de sua família no mês passado? [RENDA]	RendaR\$ _____, 00	
1.11. Quantas pessoas moram nesta residência? [PESSOAS]	Pessoas: _ _	
1.12. Alguém na família possui plano de saúde ? [PLANOS]	Sim 1 Não.....2	
1.13. Você participa ou participou de algum movimento social? [ONG] Organização Não Governamental [CLS] Conselho Local de Saúde [CMS] Conselho Municipal de Saúde [AM] Associação de moradores [ME] Movimento estudantil [SIN] Sindicato [O113] Outros: Especificar _____	Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3 Participa ...1 Participou.....2 Não..... 3	
1.14. Você participa ou participou de alguma Conferência de Saúde? [CONFES] <i>(Se mais de uma, marque a mais importante)</i>	Sim, Nacional;...1 Sim, Estadual 2 Sim, Municipal 3 Sim, Local 4 Não..... 5 Não sei6	
1.15. V. já utilizou algum serviço para denunciar, reclamar ou solicitar esclarecimentos ? [OUVI] Ouvidoria [DECON] DECON [PROCON] PROCON [O115] Outro Especificar: _____	Sim.....1 Não:.....2 Sim.....1 Não:.....2 Sim.....1 Não:.....2 Sim.....1 Não:.....2	
2- Satisfação com os serviços de saúde utilizados		Passar para:
Com relação ao serviço de saúde (_____) que o levou a procurar a Ouvidoria, ou que está utilizando agora:		
2.1. Como V. utilizou este serviço de saúde? [COMO]	Como paciente.....1 Como acompanhante.....2	
2.2. Qual o principal motivo de ter utilizado este serviço de saúde? [MOTISS]	Doença.....1 Prevenção.....2 Exames.....3 Doação de sangue.....4 Receber medicamento.....5	
2.3. O que V. achou da recepção (porteiros/atendentes)? [RECEP]	Muito bom1 Bom2 Regular.....3 Ruim.....4	
2.4. O que V. achou das condições de higiene do local? [HIGIEN]	Muito bom1 Bom2 Regular.....3 Ruim.....4	

2.5. O que V. achou do estado de conservação do local? [CONSLO]	Muito bom1 Bom2 Regular.....3 Ruim.....4	
2.6. O que V. achou dos equipamentos disponíveis na unidade? [EQUIP]	Muito bom1 Bom2 Regular.....3 Ruim.....4	
2.7. Quanto tempo teve que esperar para ser atendido? [QTEMPE]	Minutos....._____	
2.8. O que V. achou do tempo de espera para o atendimento? [ESPER]	Muito bom1 Bom2 Regular.....3 Demorado.....4 Muito demorado.....5	Se 1 ou 2 passe p/ Q 2.11
2.9. Na sua opinião qual foi a razão para a demora no atendimento? [DEMOR]	Poucos profissionais para atender.....1 Muitos pacientes para atender.....2 Falta de material ou equipamento.....3 Procedimentos técnicos demorados.....4 Proced. administrativos demorados.....5 Outro.6 Especificar: _____	
2.10. Qual a explicação da unidade de saúde para a demora no atendimento? ..[EXPDE]	Poucos profissionais para atender.....1 Muitos pacientes para atender.....2 Falta de material ou equipamento.....3 Procedimentos técnicos demorados.....4 Proced. administrativos demorados.....5 Outro.6 Especificar: _____	
2.11. Foi dada alguma orientação sobre saúde neste período? [ORIENT]	Sim 1 Não.....2	-> Q 2.13
2.12. Se Sim, sobre o que foi orientado? [QORI]	_____	
2.13. O atendimento foi marcado para o dia desejado? [MARC]	Sim 1 Não.....2	-> Q 2.15
2.14. Se não, quanto tempo teve que esperar? [TEMCO]	Dias: _____	
2.15. Com relação a atenção oferecida, o que V. achou do atendimento destes profissionais: [REC] Recepção [ATE] Atendendente/auxiliar [ENF] Enfermeira [MED] Médico [DEN] Dentista [FIS] Fisioterapeuta [O214]Outro Especificar: _____	Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4 Ótima..1 Boa...2 Reg...3 Ruim...4 NA...4	
2.16. O que V. achou da consulta do médico? [CONMD]	Otima.....1 Boa.....2 Regular.....3 Ruim.....4	

2.17. Houve tempo para falar sobre o problema de saúde? [TEMFA]	Sim, suficiente.....1 Sim, mas não suficiente.....2 Não.....3	
2.18 Foi examinado? [EXDO]	Sim, adequadamente.....1 Sim, inadequadamente.....2 Não.....3	
2.19. Foi informado durante a consulta sobre o que era o problema? [QPRO]	Sim, adequadamente.....1 Sim, inadequadamente.....2 Não.....3	
2.20 O profissional teve interesse em explicar o problema de saúde? [EXPRO]	Sim1 Não.....2	
2.21 O profissional marcou algum retorno? [MARET]	Sim.....1 Não.....2	
2.22. O profissional já conhecia o problema? [CONPR]	Sim.....1 Não.....2	
2.23. Foi informado durante a consulta sobre o que fazer se aparecessem problemas? [APRO]	Sim, adequadamente1 Sim, inadequadamente.....2 Não.....3	
2.24. O profissional passou algum exame (raio-x, laboratório etc.)? [PASEX]	Sim1 Não.....2	-> Q 2.26
2.25. Conseguiu realizar os exames solicitados? [REALE]	Sim, todos.....1 Sim, alguns.....2 Não3	
2.26. O profissional passou algum destes tratamentos? [MD] Medicamento [FIS] Fisioterapia [CIR] Cirurgia [ORI] Orientação [TA] Terapias alternativas [O227] Outro Especificar: _____	Sim1 Não.....2 Sim1 Não.....2 Sim1 Não.....2 Sim1 Não.....2 Sim1 Não.....2 Sim1 Não.....2	Se não foi prescrito medicamento, passar p/ Q2.30
2.27. Obteve os medicamentos receitados? [OBMED]	Todos.....1 Alguns.....2 Nenhum.....3	-> Q 2.29
2.28. Se Alguns ou Nenhum, por que não os obteve? [PQNOB]	Não pode comprar.....1 Não encontrou na farmácia da unidade...2 Não encontrou na farmácia do comércio..3 Não achou necessário comprar.....4 Outro.....5 Especificar: _____	
2.29. Se obteve Todos, tomou estes medicamentos? [TOMED]	Sim, todos.....1 Sim, uma parte.....2 Não3	
2.30. O profissional informou as vantagens e desvantagens do tratamento prescrito? [VANT]	Sim, vantagens.....1 Sim, desvantagens.....2 Sim, ambos.....3 Não.....4	
2.31. V. confiou no que o profissional falou sobre a doença? [CONF]	Sim1 Não.....2	
2.32. V. acha que o tratamento prescrito foi o adequado para o caso? [ADEQ]	Sim1 Não.....2 Não sei.....3	

2.33. Foi dado opções de tratamento para o problema? [OPCAO]	Sim 1 Não.....2	
2.34. Acha que o caso mereceria um internamento? [MERECE]	Sim, fui internado.....1 Sim, mas não fui internado.....2 Não.....3	-> Q 2.36 -> Q 2.36
2.35. Se 'Sim, mas não foi internado', por que não foi? [PQNIN]	Não havia vagas no hospital.....1 Problemas no hospital.....2 Problemas pessoais.....3 Outro.....4 Especificar _____	
2.36. O que V. acha dos horários de atendimento neste serviço? [HORAT]	Muito bom.....1 Boa.....2 Regular.....3 Ruim.....4 Não se aplica.....5	
2.37. Caso necessário, voltará a este serviço de saúde novamente? [VOLTA]	Sim, espontaneamente.....1 Sim, por falta de opção.....2 Não.....3 Não sei.....4	
3- Utilização do Serviço de Ouvidoria em Saúde		Passar para:
3.1. Por qual razão V. procurou a Ouvidoria? [RAZAO]	Reclamação.....1 Orientação.....2 Elogio.....3 Outro.....4 Especificar: _____	-> Q 3.5
3.2. O que o motivou a recorrer a Ouvidoria para resolver o problema? [MOTIO]	Disponibilidade Ouvidoria no local.....1 Já ter recorrido antes a Ouvidoria.....2 Ter sido orientado a fazer-lo.....3 Ter ouvido falar bem da Ouvidoria.....4 Outro:.....5 Especificar: _____	
3.3. V. recorreu à alguns destes meios para resolver o problema? [DIR] Direção da unidade [SEC] Secretaria de saúde [RA1] Radio [TV1] TV [JOR] Jornal [O33] Outro Especificar: _____ (Responder se antes ou depois da ouvidoria)	Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3 Sim, antes....1 Sim, depois....2 Não...3	
3.4. Qual o motivo da reclamação? [MOREC]	Mal atendimento.....1 Demora no atendimento.....2 Falta de atendimento.....3 Outro.....4 Especificar: _____	
3.5. Na sua opinião, qual a gravidade deste problema? [GRAV]	Muito grave.....1 Grave.....2 Pouco grave.....3	
3.6. V. acha que a ocorrência deste [AGRAV]	Sim, muito.....1 Sim, um pouco.....2	

problema agravou a doença?	Não.....3	
3.7. Quem lhe informou sobre o serviço de Ouvidoria? [INFOU]	Funcionários do local.....1 Amigos.....2 Profissionais de saúde.....3 Outro.....4 Especificar_____	
3.8. Como V. foi tratado pela Ouvidoria em relação à: [COR] Cordialidade [ENC] Encaminhamento [ORI] Orientação	Muita.....1 Regular.....2 Pouca.....3 Correto....1 Omisso.....2 Errado.....3 Completa..1 Parcial.....2 Errada.....3 Caixa de mensagem.....4	Se todas respostas 1 ou 4, passe p/ Q3.10
3.9. Por qual motivo V. acha que não foi bem atendido na Ouvidoria ? [MOATE]	Falta de treinamento do prof.....1 Falta de cordialidade do prof.....2 Más condições de trabalho3 Excesso de trabalho.....4 Outros.....5 Especificar_____	
3.10. O que V. acha poderia ser feito para melhorar o atendimento na Ouvidoria: MELHO]	Treinar os profissionais.....1 Substituir os profissionais.....2 Contratar mais profissionais.....3 Melhorar condições de trabalho.....4 Outro.....5 Especificar_____	
3.11. Quanto tempo teve que esperar até ser atendido na ouvidoria [TEMPOU]	Minutos: _____	
3.12 .Que dificuldades V.encontrou até ser atendido pela Ouvidoria? [DIFIC]	Localizar a Ouvidoria.....1 Esperar para ser atendido.....2 Outro3 Especificar:_____	
3.13. Que providencias a Ouvidoria tomou para resolver seu problema? [PROVO]	Resolveu na hora.....1 Registrou e tomou providencias depois...2 Só registrou o problema.....3 Não tomou providencias.....4 Não informou o que iria fazer.....5 Outros.....6 Especificar:_____	
3.14. Que resultados para o seu problema foram encontrados pela Ouvidoria? [RESO]	Solução para o problema.....1 Solução parcial.....2 Solução temporária.....3 Não solucionou o problema.....4 Não se aplica.....5	
3.15. Qual a satisfação com as medidas da Ouvidoria para resolver seu problema? [SATIS]	Muito satisfeito.....1 Satisfeito.....2 Pouco satisfeito.....3 Insatisfeito.....4 Não se aplica.....5	
3.16. Procuraria novamente a Ouvidoria para solucionar algum tipo de problema? [PROCO]	Sim 1 Não.....2 Não sabe.....3	
3.17. Em sua opinião, qual a finalidade [FINO]		

de um serviço de Ouvidoria?			
3.18. Em sua opinião, quais as principais falhas da Ouvidoria? [FALHA]			
3.19. O que você recomendaria para melhorar os serviços da Ouvidoria? [RECO]			
4- Perfil de Morbidade e Utilização de Serviços de Saúde			Passar Para:
4.1. V. sofre de alguma doença? [DOEN]	Sim 1 Não.....2		-> Q 4.5
4.2. Se Sim, qual doença? [QDOE] <i>(Marcar a que ela considerar a mais séria)</i>	Hipertensão.....1 Diabetes.....2 Artrite.....3 Hanseníase.....4 Tuberculose.....5 Outras.....6 Especificar: _____		
4.3. Faz tratamento para esta doença? [FAZT]	Sim 1 Não.....2		-> Q4.5
4.4. Se Sim, há quanto tempo se trata para esta doença? [TEMTR]	Meses _____		
4.5. Com que frequência V. utiliza estes medicamentos? [ANA] Analgésicos (para dor) [ANT] Antibióticos [TRA] Tranquilizantes (para dormir) [EMA] Rem. para emagrecer [O44] Outros Especificar: _____	Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3		
4.6. V. costuma ir a um serviço de saúde somente quando está se sentindo doente? [SERDO]	Sim.....1 Não, também para prevenção.....2 Não, para receber medicamento.....3 Não, para doar sangue.....4		
4.7. Como V. considera seu estado de saúde? [ESTAS] <i>(auto-avaliação)</i>	Excelente.....1 Bom.....2 Regular.....3 Ruim.....4		
4.8. Como V. utiliza o serviço público de saúde?	Como Usuário.....1 Como acompanhante.....2 Ambos.....3		
4.9. Qual o tipo de serviço de saúde que mais utiliza? [TIPOS]	Hospital.....1 Centro de Saúde.....2 Posto de Saúde (UBSF).....3 Outro.....4 Especificar: _____		
4.10. Qual a distância deste serviço que mais utiliza para sua casa? [DISTS]	Muito distante.....1 Distante.....2 Distância razoável.3 Próximo.....4		
4.11. De que forma você se desloca para ir até este serviço? [DESLO] <i>(Marcar o meio que utiliza)</i>	A pé.....1 Bicicleta.....2 Motocicleta.....3 Carro próprio.....4		

<i>com mais frequência)</i>	Transporte coletivo (ônibus, tópic).....5 Táxi6 Moto-táxi.....7	
4.12 Utilizou este serviço de saúde [ULTIM] nos últimos 3 meses?	Sim.....1 Não.....2	
4.13 Com que frequência V. tem problemas com estes profissionais, quando vai a um serviço de saúde? [POR] Portaria (orientação) [AT1] Atendentes [ME1] Médicos [EN1] Enfermeiras [O413] Outros Especificar: _____	Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3	
4.14. Com que frequência V. tem os seguintes problemas de atendimento nos serviços de saúde? [DEM] Demora no atendimento [FAP] Falta do profissional [FAM] Falta de medicamentos [FAE] Falta de exames [O414] Outros problemas Especificar: _____	Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3 Sempre.....1 As vezes.....2 Nunca..... 3	
4.15. O que V. faria no caso de, [TESTE] por exemplo, após esperar duas horas por uma consulta, não ser atendida devido ao médico, sem justificativa, não ter vindo trabalhar nesse dia?	Não reclamaria.....1 Reclamaria aos funcionários.....2 Reclamaria a direção.....3 Procuraria a imprensa.....4 Procuraria a Ouvidoria.....5 Outro.....6 Especificar: _____	

Entrevistadora: _____

Data: __/__/__

APÊNDICE C – Artigo Científico 1

Ouvidoria em Saúde: I Características sócioeconômica e cultural dos usuários do serviço em Fortaleza-Ceará.

Health Ombudsman: I Characteristics partner - economical and cultural of the users of the service in Fortaleza -Ceará.

Autores: Mirella Maria Soares Vêras 1, Luciano Lima Correia 2

1- Mestranda em Saúde Pública--Universidade Federal do Ceará-UFC

2- Professor da Universidade Federal do Ceará-UFC, Doutor em Saúde Coletiva-UFBA

Mirella Maria Soares Vêras

Travessa Manga, 89/91- Junco-

Sobral-CE.

CEP.: 62020-640

mirellasv@yahoo.com

Encaminhado em : ___/___/___

RESUMO

A constituição do país assegura aos seus cidadãos participar da gestão dos serviços públicos de saúde. Neste contexto, a ouvidoria em saúde apresenta-se como canal de comunicação entre o usuário e o sistema, objetivando principalmente melhorar a qualidade dos serviços. O objetivo deste trabalho foi delinear o perfil dos usuários da ouvidoria em saúde em Fortaleza, por meio das suas principais características sócio-econômicas e culturais. O estudo foi do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, analisado através do programa EPI-INFO 6.04. Observamos que os usuários da ouvidoria em saúde são constituídos em sua maioria por mulheres (74,1%), com considerável nível educacional (45,1% com segundo grau ou mais) e não participantes da força de trabalho (24,8% desempregados, 16,2% aposentados, 6,6% donas-de-casa). A participação dos usuários em conferências de saúde (9,7%) e em conselhos de saúde (2,9%) foi reduzida. Deste modo, os usuários da ouvidoria em saúde em Fortaleza possuem potencial para atuarem no controle social dos serviços de saúde, mas necessitam estar mais articulados com outros setores e com o próprio serviço de ouvidoria para que possam efetivar essa participação.

Palavras-Chave: Participação Comunitária, ouvidoria em saúde, Política de Saúde, política social.

ABSTRACT

The constitution of the country assures their citizens to participate in the administration of the public services of health. In this context, the health ombudsman comes as communication channel between user and system, aiming at mainly to improve the quality of the services. The objective of this work was to delineate the users' of health ombudsman profile in health in Fortaleza, through their main socioeconomic and cultural characteristics. The study was of the type traverse, descriptive and exploratory with quantitative approach. The used instrument was a questionnaire structured with open and closed questions, analyzed through the program EPI-INFO 6.04. We observed that the users of health ombudsman are constituted majority by women (74,1%), with considerable education level (45,1% with high school or more) and no participants of the workforce (24,8% unemployed, 16,2% retired, 6,6% lady-of-house). the users' participation in conferences of health (9,7%) and in pieces of advice of health (2,9%) it was reduced. This way, the users of the ouvidoria in health in Fortaleza possess potential for us to act in the social control of the services of health, but they need to be more articulated with other sections and with the own ouvidoria service so that they can execute that participation.

Key- Words: Community Participation, Health Ombudsman, Health Policy, Social policy

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas a América Latina, incluindo o Brasil vivenciaram várias lutas em prol da cidadania. (Warner, 1999). A Constituição e a implantação do SUS asseguraram ao cidadão, usuário do sistema, participar da gestão dos serviços de saúde. O indivíduo passa a ser um sujeito ativo, com responsabilidade na transformação da sociedade em que vive. O sujeito dentro de seu contexto social passa a perceber-se como ator de um movimento social atuando em diferentes cenários.

De acordo com Valla (1998), a participação popular compreende várias ações desenvolvidas por diferentes forças sociais com o intuito de influenciar a formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos, tais como a saúde, educação, habitação, transporte, etc. Segundo com Fortes (2003), a questão da participação da população no controle social merece uma análise ética. Se no Brasil o direito do cidadão à saúde é dever do estado, o princípio da responsabilidade cria no cidadão o dever ético de participar da gestão. Para Westphal (1992), o controle social caracteriza-se pela participação popular em setores do Estado responsáveis pelas políticas públicas. Sendo a saúde um bem público, deve ter suas decisões compartilhadas por gestores do governo e pela população.

No contexto de abertura de espaços para o exercício da cidadania, foi criada no Estado do Ceará em 1991, a ouvidoria em saúde, com o objetivo de assegurar a participação do cidadão na gestão dos serviços de saúde, além de melhorar a qualidade dos serviços prestados e fortalecer o canal de comunicação do usuário com o Sistema Único de Saúde (Norões, 2002). Seis anos depois, em 1997 foi criada a ouvidoria geral do Estado do Ceará (Pontes, 2000).

As ouvidorias, de acordo com Camargo (2003), são órgãos responsáveis por realizar fiscalizações, apurar reclamações e ainda propor medidas que visem a resolubilidade. Sendo deste modo, um importante veículo na condução da manifestação do usuário.

A ouvidoria em saúde no Estado do Ceará é um órgão independente componente da Secretaria de Saúde do Estado, mas ligado diretamente ao Secretário de Saúde. Nesta interação, abre-se um espaço para livres manifestações dos usuários, quer sejam de críticas, reclamações, sugestões ou elogios relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde. Os serviços de ouvidoria estão descentralizados nos seguintes componentes:

- ✍ Ouvidoria Geral - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
- ✍ Programa Rede de Ouvidores, que mantém um ouvidor em cada unidade de saúde de referencia do Estado (Atendimento Pessoal):
 - ? Hospital Geral de Fortaleza
 - ? Hospital de Messejana
 - ? Hospital Geral César Cals
 - ? Hospital Infantil Albert Sabin
 - ? Hospital São José
 - ? Centro de Diabetes e Hipertensão
 - ? Laboratório Central
 - ? Centro de Saúde Meireles
 - ? Instituto de Prevenção do Câncer
 - ? Centro de Saúde D. Libânia
 - ? CEO – Rodolfo Teófilo
 - ? CEO – Benfica

- ? CEO – Centro
- ? HEMOCE
- ? Hospital Mental de Messejana

- ✍ Programa Alô-Saúde: Este programa é um canal aberto, utilizado via telefone, durante 24 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados. O serviço presta informações a respeito de locais de atendimentos, endereços e outras informações diversas, além de registrar as manifestações dos usuários.
- ✍ Programa Net. Saúde: É acessada via internet.
- ✍ Programa Caixa de Sugestões - Instrumento disponível em todas as Unidades de Saúde da Rede Estadual

Entre estes programas, destaca-se a Rede de Ouvidores e o Alô Saúde, como os que mais recebem manifestações.

Somente no ano de 2001 a Ouvidoria da SESA atendeu a um total de 30.000 manifestações de usuários, sendo 58% de reclamações, 21% de solicitações, 6% de sugestões e 14% de elogios. Apesar do volume impressionante de dados gerados, estas informações ainda são tabuladas manualmente, o que dificulta a realização de qualquer análise mais aprofundada sobre o serviço.

Assim, faz-se necessário conhecer o perfil dos usuários da Ouvidoria, em termos de características socioeconômicas e culturais.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta pelos cidadãos, com idade a partir de 18 anos, residentes em Fortaleza e em áreas contíguas de cinco municípios circunvizinhos, que utilizaram os serviços de ouvidoria em saúde nos meses de setembro, outubro e novembro de 2003. A pesquisa investigou uma amostra de 292 usuários do Serviço de Ouvidoria em Saúde, os quais foram selecionados pelo seguinte processo: Primeiro foi obtido uma relação de todos os que utilizaram a Ouvidoria no período de setembro a novembro de 2003. Estes usuários foram listados de acordo com o tipo de programa utilizado: 'Alô Saúde' e Rede de Ouvidores, e com o tipo de manifestação realizada: reclamação ou denúncia, e elogio, sugestão ou solicitação. Estima-se em cerca de 10 mil o número de usuários da Ouvidoria no referido período de três meses.

Em seguida foi selecionada de forma aleatória uma amostra de 10% dos usuários que recorreram a Ouvidoria para reclamações e denúncias e de 3% dos usuários que fizeram elogios, sugestões ou solicitações.

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas para os usuários do serviço de ouvidoria. Posteriormente foi realizado um estudo piloto para testar de forma definitiva os instrumentos, bem como avaliar o desempenho e/ou dificuldades dos entrevistadores.

As entrevistas foram realizadas em domicílio utilizando-se questionários estruturados específicos para os usuários. Os entrevistadores eram profissionais de nível superior das áreas da saúde ou ciências sociais, devidamente treinados na metodologia da pesquisa e na administração dos questionários.

Os dados foram inseridos em microcomputador e analisados através do programa Epi Info 6.04 (CDC/WHO). Médias e proporções foram calculadas para variáveis contínuas e categóricas, respectivamente.

As pessoas que se dispuserem a participar assinaram um termo de consentimento permitindo a realização da pesquisa, de acordo com a portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa em seres humanos. O presente projeto foi submetido ao comitê de ética do Hospital São José, localizado na cidade de Fortaleza-CE; e foi aprovado através do parecer N° 036/2003 de 20 de outubro de 2003.

RESULTADOS

Os usuários que utilizaram os serviços de ouvidoria em saúde durante os meses de setembro a novembro são constituídos em sua maioria por pessoas do sexo feminino (74,1 %), na faixa etária de 18-39 anos (55,7 %). Observou-se que o estado civil dos usuários foi de 59,0 % casados ou viviam em união e 30% eram solteiros (Tabela1).

A análise da escolaridade mostrou que um terço dos usuários não tinha cursado o ensino fundamental completo; outro terço tinham concluído o ensino médio, cerca de 10% tinham o ensino superior e igual proporção tinha o ensino fundamental completo e o ensino médio incompleto. (Tabela 1).

Em relação à renda familiar dos usuários, 28,8 % recebiam até um salário mínimo, inclusive; 25,3% recebiam mais de um até dois salários mínimos e 45,9 % recebiam mais de dois salários mínimos. A média da renda familiar foi de R\$ 631,00 e a mediana de R\$ 475,00. A renda mínima declarada foi de R\$ 0,00 e o maior rendimento declarado foi de R\$ 6.500,00. Observou-se que, 69,0 % dos usuários da ouvidoria eram dependentes exclusivos do Sistema Único de Saúde-SUS e 31,0 % tinham pelo menos uma pessoa na família com plano de saúde (Tabela 1).

**Tabela 1. Perfil sócio-econômico dos usuários da ouvidoria em saúde.
Fortaleza-CE, 2003.**

Características	N	%
Sexo		
Feminino	215	74,1
Masculino	75	25,9
Total	290	100,0
Idade		
18-39 anos	162	55,7
40-59 anos	102	35,0
60 anos ou mais	27	9,3
Total	291	100,0
Estado Civil		
Casado/em união	170	59,0
Solteiro	87	30,0
Separado/viúvo	32	11,0
Total	289	100,0
Nível educacional		
Fundamental incompleto	94	34,2
Fundamental completo	29	10,5
Médio incompleto	28	10,2
Médio completo	93	33,8
Superior	31	11,3
Total	275	100,0
Renda Familiar Mensal		
Até R\$ 239,00	33	11,3
R\$ 240,00	51	17,5
R\$ 241,00 - 480,00	74	25,3
R\$ 481,00 - 720,00	65	22,3
R\$ 721,00 ou mais	69	23,6
Total	292	100,0
Plano de saúde		
Sim	90	31,0
Não	198	69,0
Total	288	100,0

Um de cada cinco usuários da ouvidoria em saúde não tinha emprego (24,8%). As ocupações mais frequentes foram: trabalhadores do comércio e indústria (19,7%) e prestadores de serviços (16,2%). A proporção de pessoas que recebiam benefícios ou aposentadorias foi de 16,2%. (Tabela 2).

Tabela 2. Ocupação dos Usuários do serviço de ouvidoria em saúde.**Fortaleza-CE, 2003.**

Ocupação	N	%
Desempregado	72	24,8
Comércio ou indústria	57	19,7
Prestação de serviços	47	16,2
Aposentadoria/benefício	47	16,2
Funcionário Público	21	7,2
Dona de casa	19	6,6
Estudante	14	4,8
Profissional liberal	9	3,1
Outros	4	1,4
Total	290	100,0

Foi observado que entre as pessoas que estavam empregadas 85,5% eram do sexo masculino e 68,1% eram do sexo feminino. A proporção de desempregados do sexo masculino foi de 14,5% e do sexo feminino foi de 33,0%. A maioria dos usuários empregados eram provenientes de Fortaleza (71,9 %) e a maioria dos desempregados eram provenientes do interior do estado (31,7%). A faixa etária de 40-59 anos foi a que teve maior proporção de pessoas empregadas (82,2%); e a faixa etária de 18-39 foi a que teve maior proporção de desempregados (39,7%). Em relação ao nível educacional, entre as pessoas que estavam empregadas, 73,4% possuíam o ensino fundamental incompleto, 63,2% possuíam o ensino fundamental completo, 66,7% o ensino médio incompleto; 65,7 % o ensino médio completo e 90,0 % o ensino superior. Entre os desempregados, 26,6% possuíam o ensino fundamental incompleto; 36,8% o ensino fundamental completo; 33,3 % o ensino médio incompleto; 34,3 % possuíam o ensino médio completo e 10,0 % o nível superior.

Tabela 3. Perfil das pessoas empregadas e desempregadas que utilizaram o serviço de ouvidoria em saúde. Fortaleza -CE, 2003.

Características	Empregados		Desempregados	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	59	85,5	10	14,5
Feminino	126	67,0	62	33,0
Total	185	72,0	72	28,0
p=0,005				
Procedência				
Fortaleza	128	71,9	50	28,1
Interior do Ceará	41	68,3	19	31,7
Outro Estado	12	80,0	3	20,0
Total	181	71,5	72	28,5
p=0,656				
Idade				
18-39 anos	85	60,3	56	39,7
40-59 anos	74	82,2	16	17,8
60 anos ou mais	25	100,0	0	0,0
Total	184	71,9	72	28,1
p=0,000				
Nível Educacional				
Fundamental incompleto	47	73,4	17	26,6
Fundamental completo	12	63,2	7	36,8
Médio incompleto	12	66,7	6	33,3
Médio completo	46	65,7	24	34,3
Superior	9	90,0	1	10,0
Total	126	69,6	55	30,4
p=0,479				

Em relação ao perfil sócio-cultural, foi investigada a participação dos usuários em movimentos sociais, conferências de saúde, como também suas práticas religiosas.

A participação dos usuários nas conferências de saúde foi bastante reduzida. Mais de noventa por cento não participaram de nenhuma conferência de saúde (90,3%) e 4,7 % participavam de conferências locais e municipais; 1,7% participavam de conferências estaduais e nacionais e 3,3% dos entrevistados não responderam. (Tabela 4).

Em relação à religião, a maior parte dos entrevistados pertenciam a religião católica (71,9 %), seguida de uma proporção de 17,8 de evangélicos e protestantes (Tabela 4).

Tabela 4. Religião e Participação em Conferências de Saúde dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza-CE, 2003.

Religião	N	%
Católica	210	71,9
Evangélica	45	15,4
Protestante	7	2,4
Espírita	5	1,7
Outras	5	1,7
Nenhuma	20	6,8
Total	292	100,0
Participação em Conferências de Saúde		
Conf. nacional de saúde	2	0,7
Conf. estadual de saúde	3	1,0
Conf. municipal de saúde	6	2,0
Conf. local de saúde	8	2,7
Não participou	262	90,3
Não respondeu	11	3,3
Total	292	100,0

Foi observado que mais de 90% dos usuários não participavam de nenhum movimento social. Dentre os que participavam de movimentos sociais, as associações de

moradores, foi o tipo de organização que mais teve participação dos usuários (5,5%), seguido do movimento sindical (3,7%). A participação em conselhos locais e municipais de saúde foi de 2,9%. No entanto, 6,7% relataram que participavam de outros movimentos sociais, tais como ações voluntárias, pastorais da igreja, associação de cegos, entre outros (Tabela 5).

Tabela 5. Participação em movimentos sociais dos usuários da ouvidoria em saúde. Fortaleza, 2003.

Movimento Social	Participa ou participou		Nunca participou	
	N	%	N	%
Associação de Moradores	16	5,5	276	94,5
Sindicato	10	3,7	262	96,3
Cons. Local de Saúde	6	2,1	285	97,9
Organização Não Governamental- ONG	4	1,4	286	98,3
Cons. Municipal de Saúde	2	0,8	240	99,2
Outros Movimentos sociais	12	6,7	166	93,3

DISCUSSÃO

Os usuários que utilizaram os serviços de ouvidoria em saúde em Fortaleza são constituídos em sua maioria por mulheres, casadas, de religião católica, na faixa etária de 18-39 anos e com renda familiar de dois ou mais salários mínimos. Vários estudos sobre satisfação dos usuários de serviços de saúde apresentam em seus resultados, a predominância de mulheres. (Assunção, Santos & Gigante, 2001; Retamal & Monge, 2000; Junqueira & Auge, 1996; Vieira, 2002). As mulheres são as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde, inclusive porque geralmente se responsabilizam pelos cuidados de outros membros da família (Oliveira, 2000). De acordo com Pereira (2002), as mulheres desempenham um papel preponderante no tratamento à saúde. Este fato pode explicar a maior busca das mulheres pelos serviços da ouvidoria.

Em relação à religião, 71,9% dos usuários eram católicos, 15,4% eram evangélicos e 6,8% não tinham religião. O percentual de católicos foi bastante próximo dos dados nacionais. Segundo Pierucci & Prandi (1996) a religião católica sempre foi hegemônica no Brasil e compreende três quartos da população adulta (74,9%), sendo o Nordeste a região mais católica do país (80%). De acordo com os autores citados, a religião tende a exercer importante influência na política, na democracia e na construção da cidadania. O catolicismo tradicional, definido como sendo formado pelos que freqüentam a igreja regular e esporadicamente, tem de forma histórica se envolvido com questões sócio-políticas. Durante o regime militar, a igreja católica se constituiu como um espaço importante e muitas vezes, o único possível, para as organizações populares. Por outro lado, o catolicismo carismático nascido nos Estados Unidos no final dos anos 60, centra suas ações para o interior do catolicismo, desinteressando-se por problemas coletivos e militância política (Pierucci & Prandi, 1996).

Uma porcentagem de 6,8 % dos usuários não tinham nenhuma religião. Em relação aos católicos usuários da ouvidoria, não foi feita a diferenciação quanto à prática do catolicismo tradicional ou da renovação carismática, ficando assim a impossibilidade de fazer esta comparação.

Quanto ao nível educacional, um terço dos usuários da ouvidoria não tinham cursado o ensino fundamental completo; outro terço tinha concluído o ensino médio e 11,3% tinham nível superior. Em um estudo realizado por Junqueira & Auge (1996) foi encontrado dado semelhante. Os usuários dos serviços municipais de saúde de Guarulhos possuíam em sua maioria o ensino fundamental incompleto, seguido das pessoas que possuem o ensino médio completo. Vários outros autores descrevem em seus estudos que os usuários dos serviços de saúde em sua maioria possuem o ensino fundamental Incompleto (Retamal & Monge, 2000; Halal et all, 1994).

Em relação à renda, 45,9 % dos entrevistados recebiam mais de dois salários mínimos. Outros estudos realizados no Brasil apontam que a maior proporção dos usuários tem renda de dois até três salários mínimos para os usuários dos serviços de saúde (Junqueira & Auge, 1996; Assunção, Santos & Gigante, 2001).

Neste estudo foi também investigada a utilização de planos privados de saúde. O número de usuários da ouvidoria dependentes exclusivos do SUS foi de 69,0%, sendo que 31% tinham pelo menos uma pessoa na família com plano de saúde. Sabe-se que os planos de saúde fazem restrições em relação à oferta de alguns procedimentos e não cobrem todas as especialidades; e isso pode levar muitas pessoas a utilizarem o SUS como uma alternativa para suprir estas carências. Outro fator que pode levar estas pessoas a utilizarem o SUS pode ser o acesso, ou seja, a proximidade do serviço de saúde com a residência do usuário, ou ainda para beneficiar-se da oferta de alguns medicamentos que são concedidos gratuitamente pelos serviços.

Segundo dados do CONASS e Ministério da Saúde, no ano 2002, 28,6 % das pessoas entrevistadas eram usuárias exclusivas do SUS; 8,7 % não utilizavam os serviços do SUS e 61,5 % eram usuários não exclusivos do SUS. Entre as pessoas que possuíam planos de saúde, 56% estavam vinculadas a um plano corporativo (plano de saúde fornecidos por empresas empregadoras) e não familiar e individual. Deste modo, mais de 90 % da população brasileira utiliza os serviços do SUS de algum modo. Existindo, porém, muitas desigualdades nas diversas regiões do país. O número de pessoas cobertas com plano de saúde na região nordeste (14,0%) é menor que o da região sudeste (33,0%) (Brasil, 2003). Segundo Vieira (2002), a universalização do direito à saúde, garantida pela constituição, embora seja uma das maiores conquistas, ainda mostra-se excludente, pois acaba excluindo do sistema pessoas com maior poder aquisitivo que estão insatisfeitas com a oferta e a qualidade dos serviços, ou seja, a “universalização excludente”. Os dados sobre os usuários da ouvidoria situaram-se muito acima dos dados do CONASS. Enquanto 28,6 % das pessoas entrevistadas pelo CONASS eram usuárias exclusivas do SUS; no serviço de ouvidoria de Fortaleza, observou-se que, 69,0 % dos usuários da ouvidoria eram dependentes exclusivos do Sistema Único de Saúde-SUS.

Um estudo realizado por Franco e Campos (1998) em um ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade de Campinas mostrou que 81% dos usuários não possuíam nenhum convênio médico. De acordo com Correia (2000), apesar de existir no Brasil várias formas de assistência à saúde, o SUS apresenta uma predominância absoluta na provisão desta assistência, chegando inclusive a mais de 90% a proporção de pessoas dependentes exclusivas do SUS no interior do Estado do Ceará. Esses dados situaram-se próximos do resultado desta pesquisa, onde os usuários do serviço de ouvidoria são na sua maioria dependentes exclusivos do Sistema Único de Saúde (69,0%).

O SUS, na perspectiva da universalização, é importante na provisão dos serviços de saúde, tanto para os usuários que possuem planos de saúde, como para os dependentes exclusivos. Assim, é necessário que os serviços do SUS possam atender às expectativas do usuário, independentemente de sua condição sócio-econômica.

Em relação à condição de emprego, 24,8% das pessoas que utilizaram a ouvidoria estavam desempregadas. Comparando o perfil dos empregados com o dos desempregados, observamos que a maioria dos desempregados era do sexo feminino; provenientes do interior do Ceará, faixa etária de 18-39 anos e que tinham cursado até o ensino fundamental completo. Sabendo que o acesso a cursos profissionalizantes são mais difíceis em muitos municípios do estado, isto pode resultar em uma baixa qualificação profissional, que aliado a uma baixa escolaridade pode estar influenciando na dificuldade destas pessoas em conseguirem empregos na capital. Se compararmos este resultado com os dados do Brasil e do mundo, observaremos que o desemprego é atualmente um problema de ordem global. De acordo com Torres & Longo (2003) o desemprego não é um problema só do Brasil, mas de vários países do mundo. Na Europa, o desemprego é considerado muito grave e no Japão, onde a situação era considerada melhor, atualmente já se observa uma diminuição de vagas para o trabalho. O desemprego no Japão foi de 5% em 2001 (MUNDO, 2004); e na Argentina em 2001 chegou a 17,2 % (REUTERS, 2004). Países como Canadá e Estados Unidos da América, apresentaram taxas de 7,6 % e 5,6 % respectivamente no ano de 2002 (OIT, 2004).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, a taxa de desemprego no Brasil foi de 12,8% em março de 2004. O país apresenta desigualdades nas ofertas de emprego em suas diferentes regiões. Porto Alegre tem menores taxas de desemprego do que algumas cidades do nordeste. (IBGE, 2004). Segundo o FIEC (2004), a estimativa da taxa

de desemprego para o Ceará para o ano de 2004 apontada pela Confederação Nacional da Indústria será de 11,6% contra uma taxa de 12,4 % do ano de 2003.

As desigualdades no Brasil apresentam-se também por sexo. A taxa de desemprego é maior no sexo feminino. A Federação dos Bancários do Estado do Paraná divulgou dados do relatório da Organização Internacional do trabalho (OIT), em que o desemprego na América latina afeta mais as mulheres do que os homens e que persiste uma maior informalidade no trabalho feminino (FEDERAÇÃO DOS..., 2004). Segundo o IBGE o desemprego entre as mulheres nos anos de 1998 a 2000 manteve-se na média de 8,20 %, caindo para 6,7 % em 2001 (IBGE, 2004). Esta diferença de gênero foi encontrada também entre os usuários da ouvidoria, onde se observou que entre as mulheres o desemprego foi de 33,0% e entre os homens 14,5%.

O quadro de desigualdades econômicas e sociais da sociedade brasileira repercute na área da saúde, refletindo nos quadros epidemiológicos e nas condições de acesso às ações e serviços (Brasil, 2002). Visto que as condições de saúde de uma população são determinadas pelas suas condições de vida (moradia, emprego, educação, lazer, etc), o emprego ocupa um importante papel não só na manutenção da saúde, como também na estruturação familiar. No que se refere ao desemprego feminino, observa-se que ainda persistem em nossa sociedade muitas desigualdades relacionadas a oportunidades de trabalho para a mulher, apesar de muitos avanços e conquistas já realizadas. No entanto, apesar de estarem desempregadas, as mulheres buscaram manifestar suas insatisfações ou mesmo sua opinião nos serviços de ouvidoria em saúde. Isso poderá ser explicado pelo maior tempo disponível para a busca do serviço ou mesmo para terem uma presença mais ativa na sociedade, participando do controle social dos serviços de saúde e firmando-se como sujeito social, desenvolvendo uma ação que poderá intervir no coletivo.

Por outro lado, a participação dos usuários nas conferências de saúde foi bastante reduzida. Noventa por cento não participaram de nenhuma conferência de saúde e 5,4%

participaram de conferências nacional, estadual, municipal ou local. Observa-se que apesar destes usuários utilizar os serviços de ouvidoria, não participavam das conferências de saúde. De acordo com Mendes (1999), as conferências de saúde que ocorreram antes de 1986 não tinham a participação da sociedade civil. Foi somente a partir da VIII Conferência Nacional de saúde em 1986 que teve a participação de usuários e a existência de pré-conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional. Segundo Valla (1998) a participação popular assumiu papel importante na VIII Conferência e que as discussões acumuladas neste processo resultaram na conquista da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Dentro deste quadro, as conferências de saúde apresentam-se como um meio das pessoas manifestarem suas críticas e planejarem mudanças no setor saúde e a oportunidade de que estas propostas cheguem até o congresso nacional. Assim, os usuários da ouvidoria em saúde estão deixando de participar deste importante evento político da saúde. O mesmo acontece em relação aos movimentos sociais: a participação dos usuários da ouvidoria foi de 13,5% e 86,5% não participavam de nenhum movimento social. A participação em conselhos locais e municipais de saúde foi de 2,9 %.

Segundo Labra e Figueiredo (2002) as entidades representadas nos conselhos são de natureza diversa, entre elas, as associações de moradores de bairros e favelas e as associações de portadores de patologias. Ficando a saúde empresarial ou privada, da qual o SUS compra serviços, com uma participação pequena e discreta. Stotz (1995) questiona a participação dos usuários no planejamento, na avaliação e fiscalização dos serviços de saúde através dos conselhos. O autor coloca que a participação no conselho (principalmente o municipal) é representada pelos segmentos menos favorecidos economicamente e muitas vezes menos organizados da população e que historicamente tem sido alvo das políticas clientelistas.

Nesta conjuntura, algumas questões são colocadas: Os usuários da ouvidoria em saúde, por serem constituídos por uma população jovem e com considerável escolaridade fazem parte da parcela da população inserida na “universalização excludente” do sistema de saúde e não participam dos conselhos e conferências? ; por outro lado, os participantes dos conselhos de saúde não estão politicamente organizados, motivados ou informados sobre a importância da ouvidoria? Para responder a estas questões necessitaria de estudos posteriores.

Os indivíduos tendem a participar da esfera pública dentro de duas dimensões. A primeira é em torno da construção e defesa de identidades específicas e a segunda é como subjetivação em torno dos valores éticos comuns, como por exemplo, o compromisso coletivo (Warren, 1999). Os usuários da ouvidoria parecem que se afirmam mais como sujeitos sociais, atuando isoladamente, mas muitas vezes sabendo que suas ações trarão melhorias para o coletivo. Porém, não estão suficientemente organizados, motivados ou politizados para avançarem mais na participação através das conferências e conselhos locais e municipais de saúde.

CONCLUSÃO

Os usuários que utilizaram os serviços de ouvidoria em saúde em Fortaleza são constituídos em sua maioria por mulheres, casadas, de religião católica, na faixa etária de 18-39 anos e com renda familiar de dois ou mais salários mínimos. Isso se deve ao fato das mulheres utilizar mais os serviços de saúde e também por influências culturais de seu papel no cuidado à saúde da família. A participação da população na utilização dos serviços de ouvidoria ainda é muito pequena. O serviço é disponibilizado apenas na cidade de Fortaleza, o que dificulta o acesso para a população residente em outros municípios do Estado. Os usuários dos serviços de ouvidoria em saúde possuíam considerável nível de escolaridade, tendo inclusive pessoas com nível superior. A participação nos conselhos e conferências de saúde é bastante reduzida. No entanto, os usuários da ouvidoria em saúde em Fortaleza, pelas suas características socioeconômicas e culturais possuem potencial para atuarem no controle social dos serviços de saúde, mas necessitam estar mais articulados com outros setores e com o próprio serviço de ouvidoria para que possam efetivar essa participação.

Agradecimentos: Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado do Ceará- FUNCAP

Universidade Federal do Ceará-UFC

Department for International Development-DFID

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, M.C.F; SANTOS, I.S. S; & GIGANTE, D.P. Atenção Primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Revista Saúde Pública. V.35 n.1, 2001, p. 88-95.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ Ministério da Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília, CONASS, 2003.

___ . Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º ed., 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CORREIA, L. L. Atenção em Saúde e Equidade: Uma Análise de Duas Microrregiões Assistenciais de Saúde do Estado do Ceará. Revista Medicina. UFC. V.40, n.1-2, 2000. p.57-76.

FEDERAÇÃO DOS BANCÁRIOS DO ESTADO DO PARANÁ. Mulheres são mais afetadas por desemprego na América Latina, 2004. Disponível em: <http://www.feebpr.org.br/Diarios/ag_08032004.htm#7605 > . Acesso em: 16 Mai.2004.

FIEC. Federação das Indústrias do Estado do Ceará. 2004. Disponível em: <<http://www.fiec.org.br/fiec-hoje/janeiro2004/12/noticia19.htm>>. Acesso em: 18 Mai.2004.

FRANCO, S. & CAMPOS, G.W.S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. Rev. Saúde Pública.1998; v.32(4); p.352-360.

FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. Disponível em <<http://www.cremeb.cfm.org.br/revista/bio1v5/consocia.html>>. Acesso em: 16.Set.2003.

HALAI, I.S.; SPARENBERGER, F.; BERTONE, A. M.; CIACOMET, C.; SEIBEL, C.E.; LAHUDE, F. M.; MAGALHÃES, G.A.; BARRETO, L.; LIRA, R.C.A. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbana da região sul do Brasil. Revista Saúde Pública, V.28, n.2 , 1994, p. 131-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Taxa de Desocupação por região metropolitana. 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 18 Mai.2004.

JUNQUEIRA, L.A.A.P. & AUGÉ, A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cadernos FUNDAP; jan-abr. (19),1996, p.60-78.

LABRA, M.E. & FIGUEIREDO, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Revista. Ciência Saúde Coletiva. V. 7, nº 3. Rio de Janeiro, 2002. p.537-547.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto. Neoliberal. In MENDES, E. V., Organizador. Distrito Sanitário; O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO,1999.Cap.1, p.19-91.

MUNDO. 2004. Disponível em: <
<http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0%2C%2COI150825-EI294%2C00.html>>. Acesso em:
18 Mai.2004.

NORÕES, N.M.R. Ouvidoria em Saúde: guia de implantação. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. Relatório. 2004. Disponível em:
< http://www.tsf.pt/online/economia/interior.asp?id_artigo=Tsf108300>. Acesso em: 18
Mai.2004.

OLIVEIRA, E. N. Saúde Mental e Mulheres. Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. Sobral: Edições UVA, 2000.

PEREIRA, L.H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. Sociologias. Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p.82-121.

PIERUCCI, A.F. & PRANDI, R. A realidade social das religiões no Brasil. Editora HUCITEC, São Paulo, 1996.

PONTES, V.F. Ouvidoria no Estado do Ceará. In: Lyra, R.P. (Org.). A ouvidoria na esfera pública brasileira. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; Curitiba: Ed. Universitária/UFPR, 2000. p.183-187.

RETAMAL, A.G.; MONGE, V.J. Calidad Percibida por dos poblaciones Adscritas a dos Centros de Salud de la Provincia de Cuenca. Revista. Espanola Salud Publica, maio/jun.V.74.n.3, 2000, p.00-00.

REUTERS.Desemprego na Argentina tem Alto Recorde. 2004. Disponível em: <http://www.economiabr.net/2001/08/01/0_trabalho.html#2>. Acesso em: 18 Mai.2004.

STOTZ, E.N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: CANESQUI, A.M. (organizadora). Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. Ed. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995. p-115-122.

TORRES, D. & LONGO, M. Reformas para desenvolver o Brasil: Tributária, previdenciária, política, sindical e trabalhista. Edições SINAFRESP, 2003.

VALLA, V.V. Sobre participação popular. Cad. Saúde pública. N.14 (sup.2) Rio de Janeiro, 1998. p.7-16.

VIEIRA, A.C. Clientelismo e serviços de saúde. Revista de políticas públicas. Jan.jun,V.6, n.1, 2002, p.9-40.

WESTPHAL, M.F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992.

WARNER, I.S. Cidadania sem Fronteiras: Ações Coletivas na era da Globalização. HUCITEC. São Paulo, 1999.

APÊNDICE D – Artigo Científico 2**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA OUVIDORIA COM OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DE FORTALEZA****Autores:** Mirella Maria Soares Vêras¹Luciano Lima Correia²**RESUMO**

O presente artigo objetiva avaliar a satisfação do cidadão com os serviços de saúde em Fortaleza-CE, a partir de uma amostra da ouvidoria em saúde. O estudo foi do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, analisado através do programa EPI-INFO 6.04. Observamos que os motivos da utilização dos serviços foram: tratamento de doença (65,9%) e prevenção, apenas 10,5 % e exames 11,2 %. Apesar dos usuários relatarem muitos problemas nos serviços de saúde, mais da metade mais da metade dos usuários voltariam ao serviço de saúde por opção (71,8%). Isso pode representar uma satisfação com os serviços de saúde; no entanto uma significativa parcela (22,5 %) voltaria apenas por falta de opção e (5,7 %) não voltaria ao serviço. A utilização do serviço de saúde apenas por falta de opção ou mesmo a recusa em utilizá-lo, não contribui para a melhoria do serviço. Por outro lado, uma maior participação do cidadão/usuário no controle social da saúde, exigindo mais qualidade na prestação dos serviços poderá estar estimulando mudanças necessárias aos serviços de saúde.

Palavras-Chaves Satisfação do Usuário, Satisfação do Consumidor, avaliação em Saúde

¹ Fisioterapeuta, mestranda em Saúde Pública–Universidade Federal do Ceará-UFC

² Médico, Professor do departamento de saúde comunitária- Universidade Federal do Ceará-UFC, doutor em Saúde Pública- UFBA.

Universidade Federal do Ceará-UFC
Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado do Ceará--FUNCAP
Department for International Development- DFID

1- Endereço para correspondência: Rua.Prof.Costa Mendes, 1608-5 andar.Rodolfo Teófilo –Fortaleza -CE. – E-mail: mirellasv@yahoo.com

ABSTRACT

The present article aims at to evaluate the citizen's satisfaction with the services of health in Fortaleza-CE, starting from a sample of the health ombudsman. The study was of the type survey, descriptive and exploratory with quantitative approach. The used instrument was a questionnaire structured with open and closed questions, analyzed through the program EPI-INFO 6.04. We Observed that the reasons of the use of services were: treatment of disease (65,9%) and prevention, only 10,5% and exams 11,2%. in spite of the users to tell many problems in health services, users' half they would return to the service of health for option (71,8%). That can represent a satisfaction with health services; however a significant portion (22,5%) it would just return for option lack and (5,7%) it would not return to service. The use of health service of just for option lack or even the refusal in using it, doesn't contribute to the improvement of service. On the other hand, a larger participation of the citizen/user in the social control of health, demanding more quality in the installment of services can be stimulating necessary changes to services of health.

Key Words Patient satisfaction, Consumer satisfaction, evaluation in health

INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços é de fundamental importância para otimizar a efetividade da atenção à saúde. Um dos autores que em mais contribuiu com estudos sobre avaliação foi Donabedian, que há mais de três décadas dedicou-se ao estudo sobre o tema. No ano de 1966 introduziu o modelo de “teoria sistêmica simples” para mensurar qualidade. Propôs também uma divisão dos componentes do sistema em: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, APUD ADAMI, MARANHÃO, 1995).

A Estrutura refere-se aos recursos da assistência, envolvendo área física, recursos materiais, humanos, sistemas de informação e sistemas normativos técnicos e administrativos. Quanto ao componente do Processo, refere-se às atividades que envolvem a utilização dos recursos (DONABEDIAN, APUD ADAMI, MARANHÃO, 1995). No que se refere à oferta e o recebimento de serviços, Starfield (2002) inclui tudo o que os médicos e outros provedores da atenção fazem pelos pacientes, assim como a habilidade com que desenvolvem estas ações, bem como o que o paciente pode fazer por si mesmo.

O Resultado corresponde ao que se obtém para o paciente. Um resultado supõe uma mudança no estado de saúde, seja para melhor ou não. O resultado inclui também o conhecimento sobre a enfermidade, mudanças de comportamentos que conduz à saúde e a satisfação da clientela (DONABEDIAN, 1990). A avaliação dos resultados é um componente importante dos serviços de saúde, sendo a efetividade e a equidade, fatores importantes na prestação destes serviços. Os resultados podem ser avaliados no nível individual e no nível dos serviços de saúde. Comumente as avaliações dos resultados abordam a extensão alcançada pela prestação dos serviços clínicos aos indivíduos e podem coincidir com as expectativas da atenção médica oferecida. São realizadas através de revisão do prontuário ou pela entrevista dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Donabedian (1990), considera que a satisfação do paciente constitui um elemento particular muito importante. Primeiramente porque a satisfação é um aspecto de melhoria que a atenção à saúde tenta produzir. Outro aspecto importante é que a medição do nível de satisfação contribui para que o paciente participe da atenção de maneira ativa. E por último, a satisfação e o descontentamento constituem juízos de valor do paciente sobre a qualidade da atenção recebida.

O autor referido anteriormente coloca as relações existentes entre estrutura-processo-resultado. Uma boa estrutura aumenta as possibilidades de um bom processo e um bom

processo aumenta as possibilidades de um bom resultado. Similarmente, se os resultados são satisfatórios, há possibilidades de inferir que o processo que antecedeu foi satisfatório.

Observando o modelo de sistema proposto por Donabedian, vê-se que no decorrer do tempo, em vários países, as avaliações foram movidas de um componente do sistema para outro. Durante os anos de 1850-1910, as avaliações tiveram como enfoque o resultado. A partir de 1910 o enfoque foi substituído do resultado para a estrutura, um bom exemplo disso foi o relatório de Flexner, que se referia a uma mudança estrutural da educação médica. Nas décadas de 70 e 80 o foco foi no componente processo. Após os anos 80 houve um retorno às avaliações centradas no resultado (COMMITTEE FOR THE EASTERN..., 2003).

A qualidade da atenção é um componente importante na avaliação dos serviços de saúde. Uma das maneiras de avaliar a qualidade da atenção é através da satisfação dos usuários. Conhecer a satisfação dos usuários com os serviços de saúde torna-se um elemento indispensável para efetivar e avaliar a participação popular.

No Estado do Ceará, em 1991, foi implantada a ouvidoria em saúde pública com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e criar um espaço para a manifestação dos usuários, sejam estas elogios, reclamações ou sugestões; bem como avaliar a qualidade da atenção recebida por estes nos serviços de saúde.

O cidadão que utiliza o serviço de ouvidoria já emitiu um juízo de valor sobre a atenção recebida no serviço de saúde, tornando-se também necessário conhecer esta opinião crítica do usuário. Deste modo, os serviços de saúde também serão beneficiados, visto que a opinião dos usuários acerca da qualidade dos serviços será útil para um planejamento de ações dos profissionais de saúde, gestores e administradores. Assim, poderá ser também avaliado o impacto da ouvidoria no resgate da cidadania, na implementação de políticas públicas de saúde inclusivas e na promoção dos seus direitos.

A Ouvidoria em Saúde Pública foi criada em 1991 no Estado do Ceará. Tem como objetivo assegurar a participação do cidadão na gestão dos serviços de saúde, melhorar a qualidade dos serviços prestados e fortalecer o canal de comunicação do usuário com o Sistema Único de Saúde (NORÕES, 2002). As ouvidorias, de acordo com Camargo (2003), são órgãos responsáveis por realizar fiscalizações, apurar reclamações e ainda propor medidas que visem a resolubilidade. Sendo deste modo, um importante veículo na condução da manifestação do usuário.

Diante deste contexto, o objetivo desta pesquisa foi conhecer a satisfação dos usuários da ouvidoria em saúde com os serviços públicos de saúde em Fortaleza.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo se constituiu de cidadãos, com idade a partir de 18 anos, residentes em Fortaleza e nas periferias dos municípios circunvizinhos, que utilizaram os serviços de ouvidoria em saúde nos meses de outubro e novembro de 2003. A pesquisa investigou uma amostra de usuários do Serviço de Ouvidoria em Saúde, as quais foram obtidas pelo seguinte processo: Primeiro foi obtido uma relação de todos os que utilizaram a Ouvidoria no período de setembro a novembro de 2003. Estes usuários foram listados de acordo com o tipo de programa utilizado: 'Alô Saúde' e Rede de Ouvidores, e com o tipo de manifestação realizada: reclamação ou denúncia e elogio, sugestão ou solicitação.

Em seguida foi selecionada de forma aleatória uma amostra de 10% dos usuários que recorreram a Ouvidoria para reclamações e denúncias, elogios, sugestões ou solicitações.

O instrumento administrado aos usuários da ouvidoria foi do tipo estruturado com perguntas fechadas e abertas para os usuários do serviço de ouvidoria. Posteriormente foi realizado um estudo piloto para testar de forma definitiva os instrumentos, bem como avaliar o desempenho e/ou dificuldades dos entrevistadores.

As entrevistas foram realizadas em domicílio com os usuários da ouvidoria que foram selecionados. Os entrevistadores eram profissionais de nível superior das áreas da saúde ou ciências sociais, devidamente treinadas na metodologia da pesquisa e na administração dos questionários. Visando minimizar as possíveis fraudes relacionadas à "omissão" ou "criação" de entrevistas, foi realizada uma revista a uma sub-amostra de 10% do total de domicílios.

Os dados foram digitados em microcomputador e analisados através do programa Epi Info 6.04 (CDC/WHO). Médias foram calculadas para as variáveis numéricas e proporções para as variáveis categóricas. Diferenças entre proporções foram avaliadas quanto à sua significância estatística ao nível de 5 % através do teste do qui-quadrado. Observações ignoradas foram devidamente excluídas do cálculo quando apropriado.

As pessoas que se dispuserem a participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento permitindo a realização da mesma, de acordo com a portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa em seres humanos.

O presente foi submetido ao comitê de ética do Hospital São José, localizado na cidade de Fortaleza-CE; e foi aprovado através do parecer N° 036/2003 de 20 de outubro de 2003

RESULTADOS

O número de usuários dos serviços de ouvidoria em saúde que haviam utilizado os serviços públicos de saúde como paciente foi de 59,3 % e na condição de acompanhante foi de 40,7%. Os motivos da utilização dos serviços de saúde foram: tratamento de doença (65,9 %) e prevenção, apenas 10,5 % e exames, 11,2 % (Tabela 1).

Em relação ao atendimento recebido, 47,5 % consideraram-se insatisfeitos com o tempo de espera. As razões, as quais os usuários consideraram para a demora no atendimento, foi principalmente o grande número de pacientes para serem atendidos (37,7%), quantidade insuficiente de profissionais (29,0%), procedimentos técnicos e administrativos (32,1 %) e falta de material ou equipamento (1,2%). Quando o usuário foi interrogado sobre seu retorno aquele serviço de saúde, e 22,5 % relataram que voltaria ao serviço, mas somente por falta de opção (Tabela 1).

Tabela 1. Utilização dos serviços públicos de saúde pelos usuários da ouvidoria em Fortaleza, 2003.

Características	N	%
Utilização do serviço		
Paciente	160	59,3
Acompanhante	110	40,7
Total	270	100,0
Motivo da Utilização		
Doença	176	65,9
Prevenção	28	10,5
Exames	30	11,2
Doação de sangue	17	6,4
Receber medicamento	16	6,0
Total	267	100,0
Tempo de espera para atendimento		
Satisfatório	103	40,1
Regular	32	12,5
Insatisfatório	122	47,5
Total	257	100,0
Razão para a demora		
Muitos pacientes	61	37,7
Poucos profissionais para atender	47	29,0
Proc. Administrativo demorado	27	16,7
Proc. técnico demorado	25	15,4
Falta material/equipamento	2	1,2
Total	162	100,0
Volta ao serviço de saúde		
Sim, por opção	188	71,8
Sim, por falta de opção	59	22,5
Não	15	5,7
Total	262	100,0

A Tabela 2 mostra o tratamento prescrito aos usuários da ouvidoria nos serviços públicos de saúde. O tratamento medicamentoso foi o mais prescrito (72,4 %), seguido das orientações para os cuidados com a saúde (27,4 %). A cirurgia foi indicada para 14,7 % dos usuários e o tratamento fisioterapêutico, 7,1%. Com relação à indicação de terapias alternativas, 2,7 % dos usuários receberam esta indicação.

Tabela 2. Tratamento prescrito aos Usuários da ouvidoria nos serviços públicos de saúde em Fortaleza, 2003.

Tratamento	N	%
Medicamento	176	72,4
Orientação	61	27,4
Cirurgia	33	14,7
Fisioterapia	16	7,1
Terapias alternativas	6	2,7

Dentre as 72,4 % das pessoas que receberam prescrição de medicamentos, 71,1% obteve todos eles e 28,9% obteve alguns ou nenhum. Entre os que obtiveram todos os medicamentos, 87,9 % relatou que tomou todos. Entre os que obtiveram alguns ou nenhum, 47% não encontrou o medicamento na farmácia do serviço.

DISCUSSÃO

A maioria das pessoas que utilizaram o serviço de ouvidoria em saúde foi na condição de paciente dos serviços públicos de saúde. Deste modo, procurou-se conhecer a opinião do usuário da ouvidoria sobre estes serviços de saúde.

O motivo da utilização destes serviços foi para tratamento de doença (65,9 %) e para prevenção 10,5%, evidenciando a pouca procura dos serviços de saúde para este fim. Um estudo realizado no México mostrou que há uma baixa utilização dos serviços preventivos. Muitas vezes a prevenção é buscada tardiamente, para evitar a evolução de determinado problema de saúde; sendo outras vezes utilizada de maneira passiva, ou seja, quando a mesma é indicada e agendada por algum profissional de saúde (BRONFMAN et al,1997).

O tempo de espera para um atendimento é um dos itens que comumente está associado à satisfação ou insatisfação dos usuários com os serviços de saúde. Para quase a metade dos usuários da ouvidoria, o tempo de espera gasto nos serviços públicos de saúde foi considerado insatisfatório (47,5%). Muitos estudos apontam que o tempo de espera dos pacientes nos serviços de saúde é muito longo (TRAD, BASTOS & SANTANA, 2002; KLOETZEL, BERTONI & IRAZOQUI, 1998; SÁNCHEZ, AGUILLAR & LÓPEZ, 1998; ROSA et al. 2000).

As principais razões apontadas pelos usuários da ouvidoria em saúde sobre a razão da demora para o atendimento foram o grande número de pessoas para serem atendidas (37,7%), seguida de poucos profissionais para atender (29,0%). Os problemas relacionados aos processos técnicos demorados ficaram em torno de 15,0 % , problemas administrativos (16,7%) e falta de equipamento ou material (1,2%). Deste modo, os usuários percebem que a agilidade do atendimento está mais relacionada com a quantidade de profissionais/pacientes do que com a burocracia que antecede a consulta. O número excessivo de pessoas para serem atendidas pode ser ocasionado pela falta de planejamento local do serviço e pela inexistência de uma oferta organizada.

Em um estudo realizado por Junqueira & Auge (1996), os usuários declararam que pretendiam voltar ao serviço de saúde, apesar da clientela estar só parcialmente satisfeita ou mesmo insatisfeita e que esse retorno muitas vezes é devido à falta de opção de outro serviço. No caso da ouvidoria, mais da metade dos usuários voltariam ao serviço de saúde por opção (71,8%).

Isso pode representar uma satisfação com os serviços de saúde; no entanto uma significativa parcela 22,5 % voltaria apenas por falta de opção e 5,7 % não voltaria ao serviço. A utilização do serviço de saúde apenas por falta de opção ou mesmo a recusa em utilizá-lo, não contribui para a melhoria do serviço. Por outro lado, uma maior participação do cidadão/usuário no controle social da saúde, exigindo mais qualidade na prestação dos serviços e buscando valer o seu direito a um sistema de saúde com qualidade, poderá estar estimulando mudanças necessárias ao serviço de saúde.

O tratamento mais prescrito aos usuários da ouvidoria em saúde foi o medicamentoso (72,4%), seguido de orientação (27,4%), cirurgia (14,7%), fisioterapia (7,1%) e terapias alternativas (2,7%). Segundo Assunção, Santos & Gigante (2001), a prescrição de medicamentos foi o tipo de tratamento mais utilizado. Um estudo realizado por Halal et al (1994), em dois serviços de atenção primária no sul do país, mostrou que 55,7% das consultas resultaram em prescrição de medicamentos e 5,4 % resultou em encaminhamento para outros profissionais.

Dentre as 72,4 % das pessoas que receberam prescrição de medicamentos, 71,1% obteve todos eles e 87,9 % relatou que tomou todos. Por outro lado, 28,9% obteve alguns ou nenhum. O principal motivo relatado para a não obtenção dos medicamentos foi o usuário não encontrar na farmácia do serviço.

CONCLUSÃO

A ouvidoria em saúde poderá se constituir em um importante canal de comunicação entre os prestadores de serviços de saúde e a população. A partir da opinião dos usuários da ouvidoria foi possível avaliar alguns problemas nos serviços de saúde; entre eles a pouca utilização dos serviços para a promoção da saúde e prevenção de doenças e o longo tempo de espera, que poderá estar indicando a necessidade de intensificar as ações no setor primário e implementar melhorias na organização dos serviços em relação à demanda.

É importante ressaltar que uma significativa parcela voltaria ao serviço apenas por falta de opção, tendo também usuários que não voltaria ao serviço. Este fato não contribui para a melhoria do serviço, sendo necessário os serviços de saúde e a própria ouvidoria estarem conhecendo mais opinião dos usuários e incentivando uma maior participação do cidadão na gestão dos serviços de saúde, de modo que efetive seu controle social, exigindo mais qualidade na prestação dos serviços e buscando valer o seu direito a um sistema de saúde com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N.P., MARANHÃO, A. M.S.A. Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos. Acta Paul, Enf. São Paulo, v.8,n.4, maio-dez, 1995. p.47-55.

ASSUNÇÃO, M.C.F; SANTOS, I.S. S; & GIGANTE, D.P. Atenção Primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev. Saúde Pública, n.3,v.1., 2001. p. 88-95.

BRONFMAN, M. ; CASTRO, R.; ZÚÑIGA, E.; MIRANDA,C.; OVIEDO,M.C. Del “quánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública Méx. Set/out. Vol.39,n. 5, 1997. p.442-450. ISSN 0036-3634.

CAMARGO, J. A.O Papel das ouvidorias em hospitais públicos do estado de São Paulo. como instrumento de apoio ao usuário. Livro de Resumos I. VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva Brasília. Brasília, 2003. p. 555.

DONABEDIAN, A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1990.

HALAI, I.S.;SPARENBERGER, F.; BERTONE,A. M.; CIACOMET, C.; SEIBEL,C.E.; LAHUDE, F. M.; MAGALHÃES, G.A.; BARRETO,L.; LIRA, R.C.A. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbana da região sul do Brasil. Rev. Saúde Pública, n.28 ,v.2, 1994, p. 131-136.

JUNQUEIRA, L.A.A.P. & AUGE, A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cadernos FUNDAP; jan-abr. V.19,1996, p.60-78.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.;IRAZOQUI, M. C. et al. Controle de Qualidade em Atenção Primária à Saúde. I A Satisfação do Usuário. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1998, vol.14, n° 3, p. 263-268.

NORÕES, N.M.R. Ouvidoria em Saúde: guia de implantação. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002.

COMMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN. Quality Assurance and Improvement in Health Systems with Special Reference to Primary Health Care: a Shared Responsibility (Technical Paper). Cairo, Egypt, 1-4 October 2000. Disponível em: <<http://www.emro.who/RC147/annotatedagenda.item11b-1.htm>>. Acesso em: 22 Set. 2003.

ROSA, M.C.R.; LAGE, M.C.A.; ROCHE, R.G.; MIRANDA, R.J. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Subsistema de Urgencias del Municipio 10 de Octubre, 1997. Rev. Cubana Salud Pública. V.24 n.2, 2000. p.110-116.

SÁNCHEZ, T.J.R. ; AGUILAR, P.N. ; LÓPEZ, G.N. Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de salud en México: Perspectiva de los Usuarios. Salud Pública de México/ vol.40, n.1, enero-febrero de 1998. p.1-10.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M. et al. Estudo Etnográfico da satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc.Saúde Coletiva, 200, vol.7, n.3, 2002. p. 581 -589.

11. ANEXOS

ANEXO A-PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA