



Artigo Original

OUVIDORIA: AVALIANDO O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE*

OMBUDSMAN: EVALUATING THE ACCESS TO HEALTH SERVICES

CONTRALORÍA: EVALUACIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Luciana Rocha de Oliveira Nardo¹, Carmen Maria Casquel Monti Juliani²

Este estudo teve o objetivo de identificar e analisar os dados quantitativos de reclamações do Setor Ouvidoria do serviço público no município de Marília-SP. Trata-se de um estudo documental, epidemiológico, inserido no campo da avaliação de serviços de saúde. Foram analisadas 529 fichas de reclamação na ouvidoria advindas da rede básica. Nos resultados constatou-se que o maior número de reclamações é referente à demanda reprimida para especialidades médicas, seguida do mau atendimento da Atenção Básica; da falta de medicamentos e da demanda reprimida a exames. Aprofundamos na análise das reclamações referentes à dificuldade de acesso às especialidades médicas sendo: 62,0% originadas das Unidades Básicas de Saúde; 66,4% dos usuários que obtiveram acesso após a reclamação; 69,0% receberam devolutiva e 45,4% das fichas não constavam a avaliação da Coordenação da Atenção Básica. Interpreta-se que a Ouvidoria é um potente instrumento de avaliação de serviços de saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Defesa do Paciente.

This study aimed at identifying and analyzing quantitative data of the complaints of the public Ombudsmen Sector in the city of Marília-SP. This is a documentary and epidemiological study, inserted in the field of evaluation of health services. We analyzed 529 complaints to the ombudsman arising from the core network. The results showed that the largest number of complaints is related to the pent-up demand for medical specializations, followed by the poor service of Primary Care, the lack of medicine and the pent-up demand examinations. We deepened the analysis of complaints regarding the difficulty of access to medical specializations being: 62.0% originated from Basic Health Units, 66.4% of users were allowed access after the claim; 69.0% received feedback and 45.4% of the registers were not in the evaluation of the Coordination of Primary Care. It is known that the ombudsman is a powerful tool for assessing health services.

Descriptors: Health Services Accessibility; Health Care; Health Services Evaluation; Health Services Needs And Demand; Patient Advocacy.

El objetivo fue identificar y analizar los datos cuantitativos de las quejas del Sector Contraloría del Sector público de Marília-SP, Brasil. Estudio documental, epidemiológica, insertado en el campo de la evaluación de servicios de salud. Se analizaron 529 fichas de las denuncias del sector emergidas de la red básica. El mayor número de quejas estuvo relacionado con la demanda acumulada para especialidades médicas, seguido por el malo servicio de Atención Primaria; falta de medicamentos y demanda acumulada para exámenes. Al profundizar en el análisis de las quejas con respecto a la dificultad de acceso a las especialidades médicas, se constaron: 62,0% procedían de Unidades Básicas de Salud; 66,4% de los usuarios tuvieron acceso después de reclamación; 69,0% recibieron devolutivas; y 45,4% de las fichas no estaban en la evaluación de la Coordinación de la Atención Primaria. La Contraloría es poderosa herramienta para evaluación de servicios de salud.

Descritores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención a la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Defensa del Paciente.

*Extraído da Dissertação "Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no município de Marília/SP, sob a ótica da integralidade", apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), em 2010.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Mestre em enfermagem pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), especialista em Saúde da Família. Professora Colaboradora da Unidade Prática Profissional pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) pela FAMEMA. Marília, SP, Brasil. E-mail: lucianarochadeoliveira1978@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP São Paulo (EEUSP) e docente da área de Administração em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu/SP, Universidade Estadual Paulista (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. E-mail: cjuliani@fmb.unesp.br

INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços parece transparecer-se como um novo paradigma no âmbito da pesquisa científica, como também para apontar as fragilidades, potencialidades e limitações das políticas regionais e da gestão dos serviços de saúde⁽¹⁾.

A Política Nacional de Gestão Participativa para o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca como necessidade, a escuta permanente de opiniões e demandas da população, que devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos para qualificar o sistema de saúde⁽²⁾.

A Ouvidoria é uma prática da gestão participativa, pois é um serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece intermediação das relações, a fim de promover a aproximação das instâncias gerenciais⁽³⁾.

Os estudos referentes à Ouvidoria revelam a sua importância na maior visibilidade às informações tecidas pela sociedade civil, que estão muitas vezes invisíveis para grande parte dos profissionais de saúde e gestores. Ademais, permitem a releitura das necessidades de saúde. As lideranças comunitárias, religiosas e os profissionais de saúde têm avaliado a Ouvidoria como espaço de participação, aprendizado e articulação de novas redes de apoio social. Para os gestores, as informações sistematizadas e as discussões desencadeadas nesse processo podem contribuir para a reflexão acerca das políticas públicas de saúde na região e, conseqüentemente, auxiliar no planejamento da gestão dos serviços e permitir a criação de práticas de integralidade em saúde⁽⁴⁾.

A avaliação das informações prestadas pelos usuários na Ouvidoria tem sido ferramenta de mediação

para engajar domínios científicos e práticos, a fim de garantir a reconstrução e reorganização do sistema de saúde, comprometendo-se com a qualidade, buscando esclarecer os problemas organizacionais pelo caminho da ética, da solidariedade e condução das ações efetivas⁽⁵⁾.

Assim, reconhecida a importância dos estudos avaliativos na gestão em saúde utilizando a Ouvidoria, esta pesquisa teve como ponto de partida a seguinte pergunta: quais as principais reclamações do Setor de Ouvidoria da Secretaria de Saúde do município de Marília-SP relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

O objetivo do estudo foi analisar as reclamações de usuários no Setor de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município de Marília-SP.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de análise documental, epidemiológico descritivo, transversal e retrospectivo, inserido no campo da avaliação de serviços de saúde, cujos dados foram obtidos por meio da análise das fichas do serviço de Ouvidoria no município de Marília, no ano de 2007. Este estudo refere-se a um recorte da Dissertação de Mestrado do Programa de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu-SP; com defesa no ano de 2010, sob o título: "Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no município de Marília-SP, sob a ótica da integralidade".

O estudo foi realizado no município de Marília-SP, em 2007. Neste ano, o município tinha uma população estimada em 218.113, e contava com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais se constituem, em suas áreas de abrangência, as principais portas de entrada do sistema de saúde. Cada uma das unidades de saúde é responsável pelo

enfrentamento de riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área. As UBS têm como tarefa identificar os problemas de saúde mais relevantes, de grupos ou indivíduos mais suscetíveis ao risco de adoecer ou morrer, podendo assim planejar e realizar ações mais adequadas para seu enfrentamento⁽⁶⁾.

A gestão do município de Marília assume os hospitais, Santa Casa de Misericórdia, Maternidade Gota de Leite Humano, Hospital Universitário de Marília (UNIMAR), Hospital Espírita, Hospital São Francisco de Assis das Irmãs Alcantarinas (extinto em 2009). Sob a gestão do Estado, o município conta com o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), o Hospital das Clínicas de Marília (HC), o Hospital Materno-Infantil de Marília (HM), o Instituto de Olhos de Marília (IOM) e o Ambulatório Mário Covas, sendo todos estes importantes prestadores de serviço nos níveis secundário e terciário. Além disso, o município conta com prestadores de serviços particulares e conveniados, principalmente no caso de exames, utilizados de acordo com critérios legais de contratação⁽⁶⁾.

Os encaminhamentos para as especialidades médicas e solicitação de exames são gerados, na sua grande maioria, nas consultas realizadas na Atenção Básica de Saúde (ABS), e nos 62 municípios do Departamento Regional de Saúde IX (DRS IX). Esses encaminhamentos são regulados pelo Setor da DACA (Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria) da SMS, o qual tem a responsabilidade de controlar os recursos financeiros empregados e avaliar a qualidade do serviço prestado. A Central de Vagas e a Ouvidoria estão ligadas diretamente a essa Divisão⁽⁶⁾.

A SMS de Marília conta com a Ouvidoria desde 2005, como um canal de comunicação entre usuário e serviço de saúde. A Ouvidoria do município tem três funcionários no

processo de atendimento, sendo dois atendentes e um supervisor, que passaram por processo de capacitação para a função; acolhe a população, na sua grande maioria, por telefone e também pessoalmente preenchem manualmente uma ficha, que após digitada recebe o visto da Coordenação da Atenção Básica (CAB), a mesma é entregue para as equipes das unidades de saúde para resposta, sempre em busca da maior resolubilidade possível no caso de reclamações, procurando fornecer uma devolutiva ao usuário reclamante. Esta ficha com a resposta do ocorrido retorna para a CAB, que realiza avaliação do caso e arquivo no Setor de Ouvidoria⁽⁶⁾.

Os dados da Ouvidoria foram coletados a partir do arquivo de fichas digitadas por este serviço, e que contêm dados como motivo da reclamação, tipo de unidade de origem (UBS ou USF), acesso à consulta e/ou exame após reclamação, tipo de reclamação (relacionada ao serviço, atendimento e resolubilidade), devolutiva ao usuário e avaliação da CAB (referente à conclusão de todo o processo de reclamação, com o parecer desta coordenação informando se a queixa é procedente, ou não, isto é, se a reclamação tem coerência ou não). É importante relatar que antes da conclusão final da CAB, a reclamação é avaliada pela equipe de saúde da USF ou UBS, que responde na própria ficha, as condutas tomadas referentes à reclamação, para após estes gestores avaliarem de forma concreta⁽⁶⁾.

A seleção dos dados da Ouvidoria foi no período de janeiro a dezembro de 2007, pois o início da coleta de dados ocorreu em 2008, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e pelo fato de projetar-se a coleta retrospectiva do período de um ano completo. Para amostragem, utilizaram-se dados das fichas de reclamações advindas da atenção primária: UBS e USF; por

representarem praticamente a totalidade das reclamações realizadas na Ouvidoria. Para maior aprofundamento da análise enfocamos os problemas com maior número de reclamações, que foram as referentes ao acesso aos níveis de atenção secundário e terciário: ambulatórios de especialidade médicas, e hospitais. Considerando que os exames complementares tiveram grande número de reclamações e estão intimamente ligados no que se refere ao acesso e à atenção integral; os dados referentes à dificuldade de acesso aos exames também foram utilizados para este estudo⁽⁶⁾.

A coleta de dados referentes às reclamações da Ouvidoria da SMS foi realizada por uma colaboradora enfermeira treinada pela pesquisadora, totalizando 906 reclamações. Como estes dados não são informatizados, realizou-se a contagem sistemática das fichas digitadas de atendimento sobre o número total das reclamações de usuários no que se refere às dificuldades encontradas no acesso aos níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, quando houvesse alguma reclamação que não se limitasse apenas à demanda reprimida solicitando priorização do encaminhamento/exame, foi realizada descrição resumida do caso, que após foi codificada em "atendimento ruim, e não resolubilidade do problema". Para garantir a fidedignidade dos resultados, a checagem dos dados foi realizada pela autora, considerando-se três meses aleatórios, e comparando-se com o levantamento realizado pela colaboradora, havendo coerência entre ambas⁽⁶⁾.

Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, que fornece um perfil das características do grupo estudado e da distribuição dos eventos neste grupo. Depois de coletadas todas as informações quantitativas necessárias ao desenvolvimento da análise, seguiram-se os seguintes passos: a) a reunião de todo o material a ser processado; assim sendo contou-se com os dados da Ouvidoria; b) sistematização das informações coletadas (codificação, digitação e correção)⁽⁷⁾.

Os dados codificados manualmente em planilha foram digitados no Programa Excel®, permitindo realizar cálculos, que foram confirmados após a digitação dupla⁽⁶⁾.

Os dados foram coletados com a autorização do Secretário Municipal de Saúde de Marília. Além disso, o projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 31/03/2008, protocolado sob nº 104/08⁽⁶⁾.

RESULTADOS

Para análise dos dados da Ouvidoria utilizaram-se tabelas com informações referentes ao motivo da reclamação e dificuldades no acesso às especialidades médicas e exames.

Tabela 1 – Dados da Ouvidoria referentes ao total de reclamações. Marília, SP, Brasil, 2007

Motivo da Reclamação	Número	%
Demanda reprimida a consultas médicas em especialidades	433	47,8
Mau atendimento da Atenção Básica	199	22,0
Falta de medicamentos	163	18,0
Demanda reprimida a exames	111	12,2
Total	906	100,0

Na Tabela 1 é demonstrado o **motivo da reclamação** na Ouvidoria. Do total, 60% das reclamações são referentes à demanda reprimida em especialidades médicas e exames de diagnósticos, tendo como destaque a Ortopedia e a Ultrassonografia, respectivamente, assim como outras queixas relacionadas a esta problemática. Houve análise de 529 fichas da Ouvidoria sobre este assunto, porém por presença de reclamação dupla em 15 fichas, houve um total de 544 reclamações. O mau atendimento à saúde da atenção primária representa 22%, já que as outras queixas referentes à atenção secundária e terciária estão incluídas no item demanda reprimida, e 18% são referentes à falta de medicamentos⁽⁶⁾.

Na Tabela 2 é demonstrado:

1) o **tipo de unidade de origem** das reclamações.

A análise evidencia que a maior parte das reclamações dos usuários da Atenção Básica, com relação ao acesso aos níveis de atenção secundário e terciário, são advindas da UBS (62%) e 38% das reclamações são geradas pelos usuários pertencentes à área de abrangência da USF⁽⁶⁾;

2) **acesso à consulta ou exame após a reclamação** do usuário. Após a leitura da ficha de reclamação da Ouvidoria contendo a avaliação das equipes de saúde (geralmente preenchidas pelas enfermeiras, e médicos, no caso das USF), e dos coordenadores da Atenção Básica, constatou-se que em 66,4%, a reclamação do usuário facilitou seu acesso às especialidades médicas e exames. Para 26,8% dos casos, parece que não facilitou,

pois pelas respostas lidas o usuário não teve acesso aos serviços de maior complexidade após a reclamação na Ouvidoria, e parece que seu problema não foi resolvido. As demais fichas, representando 6,8% do total, o usuário já estava agendado, e no trâmite da chegada da ficha da Ouvidoria originada na SMS pela Ouvidoria até a unidade de saúde, o usuário já havia sido agendado na especialidade médica ou exame de diagnóstico⁽⁶⁾;

3) **tipo de reclamação**. Do total de casos, 78,4% das reclamações realizadas na Ouvidoria sobre a dificuldade de acesso a especialidades referem-se ao pedido de priorização dos atendimentos nas especialidades médicas e 20,4% também com pedido de priorização de exames diagnósticos. Ressalta-se, neste caso, que 98,8% das reclamações decorrem da busca por consulta/exame e só 1,2% decorrem de falta de resolubilidade ou má qualidade do atendimento. Entre as reclamações de mau atendimento, destaca-se um caso em que a usuária sentiu-se destrutada pelo médico especialista. Quanto à falta de resolubilidade, a queixa estava relacionada à solicitação de agendamento de nova consulta com outro especialista, além de um caso em que o médico faltou no dia agendado, deixando a usuária sem atendimento⁽⁶⁾;

4) a **devolutiva ao usuário**. Geralmente quem realiza a devolutiva para o usuário reclamante é a unidade de saúde da atenção primária, e algumas vezes os funcionários da própria Ouvidoria, via telefone ou pessoalmente, caso o usuário procure este serviço após a

reclamação. Na Atenção Básica, a devolutiva pode ser feita pela visita domiciliária de algum integrante da equipe, geralmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou durante consulta médica ou de enfermagem na UBS ou USF. A análise apontou que 69% dos usuários obtiveram devolutiva de sua reclamação, e 31% não obtiveram resposta⁽⁶⁾;

5) a **avaliação da CAB**. A queixa na Ouvidoria, segundo a CAB, não procedia em 22,9% dos casos e foi

encerrada; o que destaca neste item é a ausência de conclusão da CAB, visto que em 45,4% não constavam esta informação. Assim, conclui-se que 31,7% das reclamações procediam, e após retornarem à CAB tinham sido resolvidas e arquivadas, ou seja, encerradas (23,8%) ou estavam em andamento (7,9%). Ressalta-se que estes dados estão relacionados ao ano de 2007, coletados no final de 2008, evidenciando a demora na finalização do caso⁽⁶⁾.

Tabela 2 – Dados da Ouvidoria referentes às dificuldades no acesso às especialidades médicas e exames. Marília-SP, Brasil, 2007

Dificuldades de acesso	Número	%
Origem da reclamação		
UBS	328	62,0
USF	201	38,0
Total	529	100,0
Acesso após reclamação		
Sim	351	66,4
Não	142	26,8
Não corresponde (agendado antes da queixa chegar à Unidade)	36	6,8
Total	529	100,0
Tipo de reclamação		
Atendimento ruim	3	0,6
Dificuldade de acesso à especialidade	427	78,4
Dificuldade de acesso a exames	111	20,4
Não houve resolubilidade do problema	3	0,6
Total	544	100,0
Devolutiva ao usuário		
Sim	365	69,0
Não	164	31,0
Total	529	100,0
Avaliação da Coordenação da Atenção Básica		
Procede em andamento	42	7,9
Procede encerrado	126	23,8
Não procede encerrado	121	22,9
Sem informação	240	45,4
Total	529	100,0

DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a Ouvidoria do município de Marília tem grande número de reclamações referente à dificuldade de acesso nas especialidades médicas e

exames, assim sendo, constatamos a necessidade de reorganização do SUS. O novo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de

setembro de 1990, dispõe que o acesso deve ser universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde. Portanto, a Rede de Atenção à Saúde deve dispor de um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde⁽⁸⁾.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios, gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, respondendo às necessidades de saúde individuais nos âmbitos local e regional⁽⁹⁾.

A população total de Marília é de 218.113. Este município conta com um vasto número de Unidades de Atenção Básica (UBS- 12 /USF- 29), sendo que a população atendida nas UBS é de 137.848 (63,2%), já nas USF é de 80.265 (36,8%). Em se tratando do número de reclamações na Ouvidoria entre UBS (62,0%) e USF (38,0%), a diferença é de 3,4% a mais nas USF. Se considerarmos a proporção da população atendida e a reclamação na Ouvidoria, a diferença é praticamente inexistente, e apesar de a ESF ser uma estratégia de reorganização do sistema de saúde e teoricamente proporcionar maior acesso à saúde, isto não acontece na prática, visto o relato de descontentamento da população nas reclamações na Ouvidoria. É importante lembrar, que pelo seu modelo de atenção, a ESF levanta as necessidades de saúde da população, sem que

necessariamente tenha ocorrido um crescimento proporcional dos serviços especializados para drenar a demanda reprimida⁽⁶⁾.

A saúde da família é considerada uma das principais estratégias no resgate das diretrizes e princípios do SUS e das práticas de atenção. O PSF (Programa Saúde da Família), hoje ESF, experimenta um significativo crescimento em todo o país, com mais de 28 mil equipes implantadas até março de 2008, correspondendo a uma cobertura de mais de 47% da população. Tanto o MS como a SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) consideram que a rede de serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) pode resolver 85% dos problemas de saúde da população. Contudo, para que haja tal resolubilidade, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela APS⁽¹⁰⁾.

O modelo assistencial proposto pela ESF é embasado na promoção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, a fim de atender ao indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Para que essa prática se concretize, é necessário que o profissional de saúde seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação⁽¹¹⁾.

É preciso observar que os profissionais que trabalham na Atenção Básica deveriam compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença. Isto implicaria realizar uma união de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. No entanto, as práticas profissionais estabelecidas não destacam tal percepção, limitando o cuidado às práticas

pontuais e curativas⁽¹²⁾. Assim, há a necessidade de oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, com ênfase na promoção e prevenção, possibilitando talvez a diminuição dos encaminhamentos para outros níveis de atenção para evitar o estrangulamento.

Evidencia-se que o maior problema para a população é a dificuldade de acesso às especialidades médicas 427 (78,4%) e exames 111 (20,4%), já que houve mínima reclamação sobre o atendimento ruim 3 (0,6%), e não-resolubilidade do problema 3 (0,6%). Seis reclamações referentes às duas últimas variáveis foram com relação aos especialistas médicos. Porém, na medida em que não há acesso suficiente, tem-se dificuldade para verificar a qualidade do atendimento⁽⁶⁾. Temos que refletir que a integralidade das ações é compromisso de todos os níveis de atenção, inclusive nos mais especializados.

A Ouvidoria por sua vez cumpriu importante papel na facilitação do acesso às especialidades e exames, colocando em prática algumas diretrizes do COAPS (Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde) que propõe a garantia da gestão participativa, tendo como destaque: o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria; assim como a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário⁽⁸⁾.

Nota-se que 69% das reclamações contaram com registro da devolutiva. Pode-se atribuir à Ouvidoria o resgate do homem como cidadão autônomo e participante na resolução dos problemas de saúde. Portanto, ao recorrer à Ouvidoria, estes se tornam atores do processo na consolidação de seus direitos e pactuam formalmente o compromisso dos profissionais de saúde envolvidos. Porém, observamos uma lacuna a ser considerada, pois se

verificou que aproximadamente um terço dos usuários reclamantes não teve devolutiva. Sendo assim, embora a Ouvidoria tenha encaminhado muitas reclamações à Atenção Básica que foram solucionadas, há a necessidade de avançar na perspectiva da escuta e da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários com vistas à integralidade da atenção⁽⁶⁾.

Há a necessidade de estímulo e fortalecimento da mobilização social e da participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, aplicando meios legais disponíveis com o objetivo de efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, para que assim ocorram as mudanças desejadas para a construção do SUS⁽¹³⁾.

A análise sobre a avaliação da CAB, com relação à pertinência da queixa do usuário na Ouvidoria, ficou prejudicada, visto que não foi preenchido este item em 45,4% das fichas. No entanto, do total de fichas analisadas (55%) foi verificado que em 68% das reclamações do usuário procediam e 42% não procediam⁽⁶⁾.

A avaliação adequada em saúde deve gerar resultados que revelam a situação de saúde, para que nas situações de defasagem do sistema, medidas possam ser tomadas para reverter a situação de crise e estabelecer resultados satisfatórios e condizentes com os princípios do SUS⁽¹⁴⁾.

Para a reorganização do sistema de saúde é importante que os gestores cumpram com as seguintes disposições essenciais propostas no COAPS: a identificação das necessidades de saúde locais e regionais, com indicadores e metas de saúde, estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde, critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente⁽⁸⁾.

O impasse vivenciado com a concretização do acesso universal a serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento desta como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática, construída a partir de uma gestão democrática e participativa⁽¹⁵⁾.

No Pacto pela Saúde, a regulação do acesso é compreendida como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde, tendo os gestores do SUS a responsabilidade de incorporar ações de regulação, na garantia do direito à saúde, fazendo cumprir os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade⁽¹⁴⁾.

Essas avaliações que permitem refletir sobre o funcionamento do SUS são fundamentais para melhor organização das redes de atenção no SUS, conforme preconiza o Decreto 7508 de 26 de junho de 2008, da Presidência da República que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde 8080/90⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

O maior número de reclamação no serviço de Ouvidoria é referente à dificuldade ao acesso às especialidades médicas. A diferença do número de reclamações da Ouvidoria entre UBS e USF é discreta, o que mostra dificuldade na efetiva reorganização do sistema de saúde, por meio da ESF. A Ouvidoria facilitou o acesso aos exames e às consultas com especialista, uma vez que 66,4% dos usuários tiveram acesso após reclamação. A análise dos dados referente à avaliação da CAB ficou prejudicada já que 45% das fichas não foram preenchidas.

Sendo assim, na superação das limitações e dificuldades impostas ao atual sistema, vislumbrando a integralidade das ações, é urgente repensar como articular os níveis de atenção à saúde, de modo a ampliar o acesso aos serviços e a redução das filas.

Neste contexto, acredita-se na necessidade de efetivar o sistema de referência e contrarreferência, propiciar Educação Permanente aos profissionais das equipes de saúde, resgatar o estabelecimento de vínculo, o acolhimento e a escuta ampliada, incentivar a participação social nas decisões, bem como incentivar a autonomia da população para a gestão do autocuidado.

O serviço de Ouvidoria é um potente instrumento de avaliação de serviços de saúde. Portanto, é imprescindível que os gestores valorizem e utilizem efetivamente esta ferramenta na identificação dos problemas de saúde dos usuários do SUS, em busca de estratégias para minimizar os prejuízos à saúde da população e responder às suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2007 [citado 2011 abr 20]; 9(3):835-46.
2. Antunes LR. Controle social em saúde. Ouvidoria do SUS no processo de participação social em saúde. Saúde Coletiva. 2008; 5(26):238-41.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Humaniza – SUS. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Guimarães MBL, Lima CM, Savi EA, Cardoso E, Valla VV, Santos MS, et al. Os impasses da pobreza absoluta: a

experiência da ouvidoria coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):291-300.

5. Souza RCR, Soares E, Souza IAG, Oliveira JC, Salles RS. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. *Rev Rene*. 2010;11(4):85-94.

6. Oliveira LR. Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no município de Marília-SP, sob a ótica da integralidade [dissertação]. Botucatu (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista; 2010.

7. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a regulamentação da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 28 jun 2011.

9. Hartz ZMA. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Supl. 2):331-6.

10. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3579-86.

11. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev Rene*. 2010;11(2):129-39.

12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:490-8.

13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos: relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

14. Silva MVS, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM. Regulação do acesso: avaliação de indicadores na 2ª microrregião de saúde. Descentralização e regionalização do SUS. Ceará: SESA; 2007.

15. Assis MMA, Villa TCSV, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):815-23.

Recebido: 12/09/2011

Aceito: 09/04/2012