

ANDRÉA CARDOZO DA SILVA

**AS MANIFESTAÇÕES DOS CIDADÃOS À OUVIDORIA DA
SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA QUANTO AO
ACESSO, OFERTA E RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

**FLORIANÓPOLIS
2003**

ANDRÉA CARDOZO DA SILVA

**AS MANIFESTAÇÕES DOS CIDADÃOS À OUVIDORIA DA
SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA QUANTO AO
ACESSO, OFERTA E RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 1 / 1

Defendida em 25.02.03

[Assinatura]
Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela professora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

FLORIANÓPOLIS

2003

ANDRÉA CARDOZO DA SILVA

**AS MANIFESTAÇÕES DOS CIDADÃOS À OUVIDORIA DA SAÚDE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA QUANTO AO ACESSO, OFERTA E RECURSOS
HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela professora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE DA BANCA



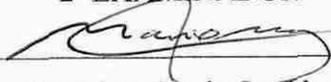
Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, professora do Departamento de Serviço Social da UFSC

1ª EXAMINADORA



Dra. Regina Célia Mioto, professora do Departamento de Serviço Social da UFSC

2º EXAMINADOR



Mário Nelson Alves Júnior, ex-Coordenador da Ouvidoria da Saúde do Estado de Santa Catarina

NOTA 10.0

Aos meus pais, Agenor e Fátima, pelo apoio, dedicação e constante carinho.

Ao meu único e querido irmão, Alex, pela compreensão.

E ao meu esposo, Adenir, pela paciência e amor

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela fé que me alimenta e me estimula a lutar e seguir em frente.

Aos meus familiares, pelo apoio, dedicação e amor.

À professora, Vera Maria Nogueira Ribeiro, pelo apoio e orientação neste trabalho.

Aos funcionários da Ouvidoria da Saúde, pelo apoio e acesso as informações.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram na minha formação acadêmica e na elaboração deste trabalho.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado em três capítulos. O primeiro visou esclarecer o conceito, princípios, atribuições, financiamento, legislação infra-constitucional e os mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo evidenciou a história, conceito e dinâmica de funcionamento da Ouvidoria da Saúde de SC. E o terceiro visou analisar as informações coletadas junto à Ouvidoria da Saúde.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi identificar – através das manifestações à Ouvidoria, no período de 11/05/1999 a 11/05/2001 – o que os cidadãos catarinenses têm a dizer sobre o SUS. Das 5.432 manifestações registradas pelo serviço, no referido período, consideramos como universo de nossa pesquisa as 2.453 manifestações, nas quais se incluem as reclamações, denúncias, elogios e sugestões. Não procuramos analisar as informações solicitadas ao serviço. Devido ao tamanho do universo, optamos por coletar as informações por meio de uma amostra aleatória, que totalizou 480 manifestações.

Através da análise da amostra, percebemos que os cidadãos enfatizaram questões relacionadas ao acesso, oferta e recursos humanos no SUS.

A maioria das manifestações, destacaram: o mau atendimento dos profissionais; a demora na marcação dos procedimentos; o não atendimento; a irregularidade no acesso; a oferta reduzida de profissionais; a falta de medicamentos, materiais para consumo, transporte entre outros; e o atendimento demorado.

Observamos, através dessa pesquisa, que os cidadãos, em sua maioria, estão insatisfeitos com a política pública de saúde em SC. Portanto, identificamos através das manifestações muitas insatisfações, mas também percebemos, através dos elogios, que muitos cidadãos sentem-se satisfeitos com os serviços e ações recebidos no sistema público de saúde.

Sendo assim, verificamos que a implantação do SUS trouxe grandes benefícios a população, mas ainda, muitos dos princípios e objetivos constitucionais precisam ser colocados em prática.

Percebemos também que a Ouvidoria, se bem utilizada, pode contribuir como mecanismo de controle das políticas públicas.

Palavras-chave: cidadãos; Ouvidoria; SUS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Critérios na marcação e demora na marcação dos procedimentos	39
Tabela 2 Demora na realização dos procedimentos.....	39
Tabela 3 Não marcação dos procedimentos	41
Tabela 4 Não atendimento.....	46
Tabela 5 Demora no fornecimento	47
Tabela 6 Condições dos equipamentos.....	48
Tabela 7 Atendimento demorado e situação das unidades	50
Tabela 8 Dificuldade de comunicação.....	51
Tabela 9 questões de higiene.....	52
Tabela 10 Erro nos procedimentos.....	53
Tabela 11 Insatisfação com os procedimentos.....	54
Tabela 12 Questões relacionadas à internação do paciente.....	55
Tabela 13 Irregularidade no acesso.....	56
Tabela 14 Questões de vigilância sanitária.....	58
Tabela 15 Sugestões dos usuários sobre o acesso.....	59
Tabela 16 Elogio dos usuários.....	60
Tabela 17 Oferta de unidades.....	61
Tabela 18 Oferta de procedimentos.....	62
Tabela 19 Falta de medicamentos, materiais para consumo, transporte e outros.....	63
Tabela 20 Oferta de profissionais.....	65

Tabela 21 Poucas verbas.....	66
Tabela 22 Sugestões dos cidadãos sobre a oferta.....	67
Tabela 23 Atendimento dos profissionais.....	71
Tabela 24 Não cumprimento de carga horária por parte dos profissionais.....	72
Tabela 25 Não comparecimento de profissionais no local de trabalho.....	74
Tabela 26 Situação salarial.....	74
Tabela 27 Irregularidade nos recursos humanos.....	76
Tabela 28 Relacionamento entre funcionários e condições dos locais de trabalho.....	77
Tabela 29 Sugestões dos cidadãos sobre os recursos humanos.....	78
Tabela 30 Elogio aos recursos humanos.....	79

LISTA DE SIGLAS

- AFB – Assistência Farmacêutica Básica
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- CF – Constituição Federal
- CIB – Comissões Intergestores Bipartite
- CIT - Comissões Intergestores Tripartite
- CMC - Central de Marcação de Consultas
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
- CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
- CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresa
- DASP - Departamento Autônomo de Saúde Pública
- DIRP - Diretoria de Planejamento e Coordenação
- FAE – Fração Assistencial Especializada
- ICCN – Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
- IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- PAB – Piso Assistencial Básico
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família

SC – Santa Catarina

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

TFD - Tratamento Fora Domicílio

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

VISA – Ações Básicas de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

RESUMO	6
LISTA DE TABELAS	7
LISTAS DE SIGLAS	9
INTRODUÇÃO	13
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS	17
1.1 CONCEITO E PRINCÍPIOS DO SISTEMA	18
1.2 A DIREÇÃO, OS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SISTEMA.....	19
1.3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	20
1.4 O FINANCIAMENTO.....	23
1.5 LEGISLAÇÃO INFRA-CONSTITUCIONAL DO SUS.....	24
1.6 CONTROLE SOCIAL: A GRANDE CONQUISTA.....	27
2 A OUVIDORIA	29
2.1 BREVE HISTÓRICO.....	29
2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS.....	30
2.3 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DA OUVIDORIA DA SAÚDE.....	32
3 DEMANDA ATENDIDA PELA OUVIDORIA DA SAÚDE	36
3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	36
3.2 ACESSO AO SUS.....	37
3.2.1 Dificuldade no acesso.....	39
3.2.2 Situação do atendimento.....	50

3.2.3 Questões de Vigilância Sanitária.....	59
3.2.4 Sugestões dos usuários sobre o acesso.....	60
3.2.5 Elogio as condições de acesso.....	61
3.3 A OFERTA NO SUS	62
3.3.1 Oferta de ações e serviços	62
3.3.2 Oferta de profissionais.....	66
3.3.3 Poucas verbas.....	68
3.3.4 Sugestões dos cidadãos sobre a oferta.....	68
3.4 OS RECURSOS HUMANOS NO SUS.....	69
3.4.1 Atendimento profissional.....	70
3.4.2 Não cumprimento de carga horária por parte dos profissionais.....	73
3.4.3 Não comparecimento de profissionais ao local de trabalho.....	75
3.4.4 Situação salarial.....	76
3.4.5 Irregularidade nos recursos humanos.....	77
3.4.6 Relacionamento entre funcionários e condição dos locais de trabalho.....	79
3.4.7 Sugestões dos cidadãos sobre os recursos humanos.....	80
3.4.8 Elogio aos recursos humanos.....	81
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A luta por uma política pública de saúde, no Brasil, iniciou-se nos anos 70, com o Movimento Sanitário, e teve uma importante conquista no final da década de 80, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A “constituição cidadã”, como é conhecida, “é considerada um marco, pois nenhum outro texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social.” (DALLARI, 1995 p 23).

A referida carta magna, no capítulo II, art. 194, estabelece que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2001, p 84).

Também a mesma lei, no art.196, considera que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (IDEM, p. 86).

Sendo assim, a política nacional de saúde se reproduz através do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Também as Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 93 e 96) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) contribuem na organização do sistema.

O desenvolvimento de um sistema público de saúde, que propicia, ademais, a participação da população por meio dos conselhos¹ e conferências de saúde², contribuiu para a

¹ Conselhos de Saúde “são órgãos permanentes e deliberativos na formulação de programas de saúde e seu controle. Isso quer dizer que todas as decisões na área de saúde devem ser aprovadas pelos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional). Sua composição é paritária: 50% são usuários e 50%, governo, prestadores e profissionais de saúde.” (SANTA CATARINA, 2001, p.43)

² Conferências de saúde “são fóruns de debate com instancias deliberativas e consultivas, tendo a participação da sociedade civil organizada (usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo).” (IDEM).

introdução de uma Ouvidoria (ou ombudsman) no âmbito da saúde pública do Estado de Santa Catarina (SC).

A Ouvidoria da Saúde do Estado de SC foi instituída em 11/05/1999, com o intuito de estabelecer um canal de comunicação entre os cidadãos catarinenses e a Secretaria de Estado da Saúde – SES. O serviço presta informações sobre o SUS, bem como encaminha reclamações, denúncias, elogios e sugestões aos locais competentes. A população é atendida via telefone, através do 0800 482 800, de segunda a sexta feira, das 7h às 19h.

Sendo a Ouvidoria uma forma democrática de participação e reivindicação, percebemos a possibilidade de conhecer as manifestações dos cidadãos sobre o SUS. Sendo assim, a iniciativa de pesquisar o serviço partiu da professora da disciplina “Serviço Social e Seguridade Social I – Saúde”, do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Em reunião com o Coordenador da Ouvidoria, na época, o Sr. Mário Nelson Alves Júnior, foi apresentado o projeto de pesquisa e aprovado em protocolo e, a partir disso, foi-nos possibilitado total acesso às informações.

A coleta de informações inicialmente foi realizada por mim e pela acadêmica Fernanda Werner, uma vez que ambas realizávamos estágio não-obrigatório no local. Posteriormente, a pesquisa foi realizada somente por mim, com o auxílio, apoio e orientação da Professora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Primeiramente buscamos sistematizar as manifestações mais frequentes ocorridas entre 11/05/1999 e 11/05/2001 e ainda entender a dinâmica de funcionamento do serviço.

Das 5.432 manifestações registradas durante o referido período consideramos como universo de nossa pesquisa as 2.453 manifestações, nas quais se incluem as reclamações, denúncias, elogios e sugestões. Não procuramos analisar as informações solicitadas ao serviço.

Devido ao tamanho do universo, optamos por coletar as informações por meio de uma amostra aleatória que totalizou 480 manifestações³.

Para efeito de análise, as manifestações foram interpretadas em três categorias. A primeira destaca o acesso aos SUS, a segunda, a oferta no SUS, e a terceira os recursos humanos no SUS.

Este trabalho não ousou, ou melhor, não pôde mapear a situação da saúde pública de SC, e sim, observar o que alguns cidadãos (usuários do sistema e trabalhadores da área) têm a dizer sobre essa política. Vale destacar que não realizamos o mapeamento da saúde no estado, por três motivos: primeiro, a maioria dos cidadãos catarinenses não se manifestaram perante a Ouvidoria da Saúde; segundo, a noção de qualidade de um serviço varia de acordo “com interesse de grupos diferentes (político de saúde, administradores, prestadores de serviço e os consumidores) que podem ter diferentes pontos de vista.” (SERAPIONI, 1999, p. 85); e terceiro, que a Ouvidoria é somente um dos indicadores de saúde

Entendemos que é de extrema importância para o Serviço Social um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)⁴ que vise entender como os cidadãos estão percebendo a política pública de saúde no estado de SC. Também acreditamos que este trabalho é relevante, pois possibilita, de uma forma simples, o conhecimento sobre o SUS e sobre a Ouvidoria. Conhecer de forma clara a política pública de saúde é fundamental ao Assistente Social, pois, como afirma Costa (2000), a área da saúde é um dos locais que mais requisitam o profissional. Ainda, conhecer o funcionamento do sistema – e as leis e normas que o regem – seus eventuais problemas e, conseqüentemente, a demanda é essencial para o desenvolvimento de uma prática qualificada e consciente.

³ As considerações metodológicas estão colocadas de forma mais completa no terceiro capítulo.

⁴ Este TCC é o Relatório Final de uma Pesquisa realizada junto a Ouvidoria da Saúde no ano de 2002.

Enfim, este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro, titulado como **Sistema Único de Saúde**, esclarecemos o conceito, princípios, atribuições, financiamento, legislação infra-constitucional e os mecanismos de controle social. Já o segundo tem como tema central **a Ouvidoria**. Nele, evidenciamos a história, conceito e dinâmica de funcionamento da Ouvidoria. E o último capítulo, **Análise da Demanda**, tem o objetivo de analisar as informações coletadas junto à Ouvidoria da Saúde.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

“Neste século, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista⁵ (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista⁶, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público o SUS.” (MENDES, 1999, p. 58).

A Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história, tratou a saúde de forma ampla e abrangente. Ao considerar as ações e serviços de saúde, enquanto relevância, pública pretendeu o constituinte “elevar a saúde à mesma condição do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.” (SANTOS, 1997, p. 258).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) se configura como política pública de âmbito nacional e traz o desafio de modificar o modelo de atenção à saúde, ou seja, transformar o modelo de atenção médica “para um modelo de atenção integral à saúde.” (COHN, 2001, p. 9).

⁵ “Concepção de saúde fundamental na teoria dos germes; modelo explicativo monocausal; problemas de saúde se explicavam por uma relação linear entre agente e hospedeiro; pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebram essa relação agente hospedeiro; propõe estrutura e ações de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social” (MEDICINA PREVENTIVA, 2003, p.3).

⁶ “O modelo médico assistencial privatista desenvolveu-se a partir da urbanização e da industrialização aceleradas que ocorreram no Brasil a partir dos anos 20/30. A rápida constituição de uma classe trabalhadora urbano, concentrada em termos geográficos gera necessidades de assistência médica individual para a sua reprodução física como força de trabalho. Esse modelo desenvolveu-se a partir do (IAP’s depois INPS e INAMPS), cobrindo inicialmente apenas as famílias dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Aqui por definição, o sistema se desenvolveu exclusivamente através do atendimento à demanda, definida pelos trabalhadores individuais na sua autoavaliação de saúde (queixas, dores, etc.). Esta lógica de atenção esteve justado e valorizado pelo sistema industrial, que necessitava de trabalhadores em condições de trabalho.” (CONTEXTO, 2002, p. 1).

Portanto, buscaremos, neste capítulo, conhecer um pouco mais sobre o SUS, procurando evidenciar o conceito e os princípios, os objetivos e atribuições, a organização e a legislação infra-constitucional, bem como os mecanismos de controle social.

1.1 CONCEITO E PRINCÍPIOS DO SISTEMA

De acordo com Mendes (1999, p. 58), o sistema público de saúde deve ser entendido como um processo social em marcha, que possui dimensão política, pois “vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados”; possui também dimensão ideológica “uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural”; e, por fim, “apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia.”

Podemos, assim, entender que o SUS é um sistema, pois “é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 6).

A Constituição Federal destaca que o sistema público de saúde deve seguir as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, a lei 8080/90 (uma das leis que regulamentam o sistema), art. 7º, preconiza que os serviços de saúde devem seguir ainda os seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (IDEM, p. 23-24).

Vale ressaltar que, tanto na constituição, como em sua regulamentação, não foi explicitado o termo equidade⁷ e, sim, igualdade no acesso, no entanto, observamos prevalecer entre os formadores de opinião o conceito de equidade (VIANA, 2001).

1.2 A DIREÇÃO, OS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SISTEMA

O art. 9º da lei 8080/90 destaca que a direção do sistema de saúde público é única em cada esfera de governo, sendo exercida pelo Ministério da Saúde, no âmbito da união, pela

⁷ De acordo com Viana (2001) a equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e por isso merecem tratamento diferenciado, de modo a reduzir ou eliminar as desigualdades existentes. West (1979 apud Viana, 2001) distingue a equidade em horizontal e vertical. A equidade horizontal pressupõe o princípio da igualdade pois ocorre o tratamento igual para os iguais. Já na equidade vertical ocorre o tratamento desigual para desiguais.

Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito dos estados e pelas Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito dos municípios. (SANTA CATARINA, 2001).

Sendo assim, o art 5º da mesma lei evidencia que o SUS tem os seguintes objetivos: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular política de saúde destinada a promover os cidadãos, nos campos econômico e social, assistir “as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” (IDEM, p. 21). Ainda é enfatizado, no art. 6º da mesma lei, que o SUS deve executar as seguintes ações:

- I – a execução de ações;
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- IV – vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesses para a saúde e a participação na sua produção;
- VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (IDEM).

1.3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001, p. 86) afirma que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

De acordo com Santos (1997, p. 254), a regionalização dos serviços e a hierarquização dos mesmos, além de serem formas de organização, “são também pressupostos da descentralização.”

Dessa forma:

Regionalização [...], é a distribuição espacial de serviços de saúde em qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região, exigente de simultânea hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria [...]. Regionalizar serviços não significa, portanto apenas distribuí-los espacialmente, mas também e sobretudo organiza-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido. Do contrário, um dos objetivos principais da regionalização, que é integrar e racionalizar serviços, evitando duplicidade de meios, não será conseguido, produzindo-se, ao revés, efeitos perversos, como deixar de prover serviços onde estes se fazem necessários e manter serviços ou criar serviços onde deles não há necessidade. (SANTOS, 1997, p. 254).

Também o mesmo autor salienta que a hierarquização significa a “divisão de serviços em nível de complexidade crescente.” Sendo assim, a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde devem obedecer às diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. (IDEM).

Um sistema é descentralizado, quando o poder de decisão passa para aqueles que são responsáveis pela execução das ações. “Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 6).

Já, a diretriz da integralidade pode ser compreendida a partir da explicação de Giovanella et al (2002, p. 46), que salienta que a integralidade pressupõe “um sistema que garanta de forma articulada [...] ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção

de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação).” As ações de recuperação englobam três níveis de atenção⁸, ou seja, “primária, secundária e terciária (ou básica, média e alta complexidade)”. Portanto, podemos entender que a integralidade “refere-se a articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em dupla dimensão: individual e coletiva.” Ainda, a integralidade possui uma outra dimensão em que o ser humano é sujeito e centro da atenção.

E, por fim, a participação da comunidade, regulamentada pelas leis 8.080/90, e, em especial, pela 8.142/90, ocorre por meio dos conselhos de saúde e conferências de saúde, nos níveis municipal, estadual e federal⁹.

Compreendemos, a partir de Locks (2002, p. 10) que “em Santa Catarina, e no restante do País, o processo de implantação do SUS” iniciou-se antes da “promulgação da Lei Orgânica, em 1988, com a municipalização das unidades sanitárias do Departamento Autônomo de Saúde Pública - DASP, órgão vinculado a Secretaria de Estado da Saúde/SES.”

Em 1990, a Secretaria do Estado da Saúde definiu no Plano Estadual de Saúde a necessidade de enfatizar a regionalização dos serviços, criando 18 Regionais de Saúde¹⁰, estruturas administrativas, encarregadas de acompanhar o processo de municipalização junto aos municípios. Definiu também a priorização da hierarquização dos serviços de saúde. Dessa forma, a 18ª Regional de Saúde, que compreende a grande Florianópolis, foi considerada um Distrito Sanitário¹¹ e a forma

⁸ “Atenção básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL, 1999, p. 9). Já “atenção de média complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.” (SANTA CATARINA, 2001, p.88). E “os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SASnº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000”. (IDEM, p. 92).

⁹ Este assunto será melhor tratado no item “Controle Social”.

¹⁰ A 1ª Regional de Saúde esta situada em Xanxere; a 2ª em Videira; a 3ª em Concórdia; a 4ª em Rio do Sul; a 5ª São Miguel do Oeste; a 6ª em Araranguá; a 7ª em Itajaí; a 8ª em Joaçaba; a 9ª em Blumenau; a 10ª em Chapecó; a 11ª em Mafra; a 12ª em Criciúma; a 13ª em Joinville; a 14ª em Tubarão; a 15ª em Lages; a 16ª em Canoinhas; a 17ª em Jaraguá do Sul; e a 18ª em Florianópolis.

¹¹ De acordo com Locks (2002, p. 10) “distrito sanitário entendido como a unidade básica operacional e administrativa do SUS, norteadas pelos princípios básicos (descentralização, regionalização, hierarquização, participação popular, etc)

encontrada para operacionalizar o sistema de referência¹² foi a implantação da central de marcação de consultas. (LOCKS, 2002, p. 10).

O modelo assistencial, então definido para o estado, “tem como forma de organização o Sistema Único de Saúde/SC, de caráter público, com gestão¹³ descentralizada, comando único em cada esfera de governo, sendo constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada e com participação dos usuários.”. Sendo assim, os serviços de atenção básica constituem a base do sistema, “seguido dos serviços de maior complexidade nos demais níveis.” (IDEM, p.31).

1.4 O FINANCIAMENTO

O SUS é uma política pública de saúde, integrante da Seguridade Social. Sendo assim, suas ações e serviços serão financiados “por toda a sociedade civil, de forma direta e indireta [...] mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios.” (BRASIL, 2001, p.85).

Dessa forma, as principais fontes de recursos destinados à Seguridade Social são: “das empresa sobre os salários pagos, as vendas e lucro; dos trabalhadores sobre seus salários; da venda das lotéricas.” (SANTA CATARINA, 2001. p. 10).

¹² De acordo com Barbosa (1997, p. 156) a “referência expressa uma relação de encaminhamento formal de pacientes de uma dada unidade de saúde para outra, com tecnologia mais apropriada à resolução do caso e contra-referência o encaminhamento de retorno à unidade de origem após intervenção.”

¹³ “gestão é uma atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal” (SANTA CATARINA, 2001, p. 47)

Também a união, estados e municípios financiam a saúde por meio de arrecadações de impostos, taxas e contribuições. Entre os principais impostos, podemos destacar, os impostos arrecadados pela união, ou seja, Imposto de Renda e Imposto sobre Produtos Industrializados; os impostos recolhidos pelos estados, no qual se destaca o ICMS; e os arrecadados pelos municípios, isto é, o IPTU e o ISS. (SANTA CATARINA, 2001).

Nesse sentido, Piola e Biasoto (2001, p. 224) destacam que

quase a totalidade dos recursos destinados ao Ministério da Saúde é originária de contribuições Sociais, especialmente da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresa (CSLL). As quais, a partir de 1997, agregou-se a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

Os mesmos autores enfatizam que, apesar da CPMF “ter sido criada para ser uma fonte de recursos adicionais”, a mesma não proporcionou o “incremento esperado nos recursos setoriais, em decorrência da redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiam o setor.” (IDEM).

E, por fim, Barbosa (1997, p. 154) evidencia que

O atual financiamento das atividades hospitalares públicas, prestadas em serviços estatais ou privados contratados, baseado na remuneração por uma tabela de preços mais vantajosa para alguns procedimentos é extremamente vantajosa para alguns procedimentos e extremamente desvantajosas para outros, acarreta a preferência por atendimentos de casos melhor remunerados.

1.5 LEGISLAÇÃO INFRA-CONSTITUCIONAL DO SUS

Para compreendermos o funcionamento do sistema público de saúde, devemos ter em mente a legislação básica que regulamenta e organiza os serviços e ações de saúde.

Sendo assim, as leis 8080/90 e 8.142/90, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), regulamentaram o sistema de saúde hoje vigente. Já, as Normas Operacionais Básicas “cuidam das formas de inserção de estados e municípios no sistema” e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) “organiza o sistema/modelo assistencial.” (MALIK, 2001, p. 146).

Assim, a lei 8.080/90 enfatiza a descentralização político-administrativa na forma de municipalização dos serviços e ações de saúde. Nesse sentido, “a organização dos Distritos Sanitários é uma das estratégias propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação popular.” (SANTA CATARINA, 2001, p 8). Ainda, essa lei “trata da organização dos serviços e de sua direção, além da competência dos diferentes níveis de governo.” (IDEM, p. 146).

Já, a lei 8.142/90 enfatiza e regula a participação da comunidade na gestão do sistema e também condiciona “o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde funcionando de acordo com a legislação.” (SANTA CATARINA, 2001).

No que se refere às Normas Operacionais Básicas (NOB), podemos basear-nos nas afirmações de Siqueira et al. De acordo com o mesmo (2002, p. 27-28):

a primeira Norma Operacional Básica (NOB), emitida em 1991, deflagrou o processo de descentralização, tendo como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os, este aspecto, àqueles de natureza privada e filantrópica. Além disso, introduziu o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde através de ‘convênios de municipalização’, estimulando a disseminação dos requisitos – Fundo¹⁴ e Conselho Municipais de Saúde, entre outros – previstos na Lei 80142/90. [...]
A edição da Norma Operacional Básica 01/93 expressou um maior potencial de indução a partir da institucionalização de novas arenas de pactuação que visavam fortalecer o processo de descentralização do SUS: as Comissões Intergestoras

¹⁴ Fundo de Saúde “é um dispositivo legal, através de conta bancária da Secretaria de Saúde, onde são depositados todos os recursos financeiros destinados à saúde, devendo ser fiscalizados e acompanhados pelos conselhos.

Bipartite (CIB)¹⁵ em âmbito estadual e as Comissão Intergestora Tripartite (CIT)¹⁶ em nível Federal. Além de outras definições, estabeleceu três diferentes níveis de gestão¹⁷ para os municípios: incipiente, parcial, semiplena, conforme cumprimento de pré-requisitos estabelecidos nesta NOB.

[...]

O aprofundamento do processo de descentralização se torna mais intenso com a NOB 01/96 que simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela norma anterior, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades – Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema Municipal¹⁸ e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde¹⁹. Uma preocupação que marca a NOB/96 é a reorientação do modelo assistencial. Para introduzir a sua modificação estabelece outros fatores financeiros de indução²⁰, tais como : Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, PAB variável, Fração Assistencial Especializada (FAE), Programa de Agentes Comunitários (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), Incentivo ao Combate as

¹⁵ CIB “é a comissão que trata das questões a nível estadual, formada por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Discute o funcionamento do SUS. Quando a questão não é resolvida neste nível, será encaminhada para a Comissão Intergestora Tripartite – nacional.” (SANTA CATARINA, 1999, p. 44).

¹⁶ CIT é um fórum onde se sentam representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para definirem e acordarem, conjuntamente suas responsabilidades, seus compromissos e as metas a serem alcançadas.” (SANTOS, 1997, p. 255).

¹⁷ A “gestão incipiente controlava (autoriza, cadastra, contrata e programa) as AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e os procedimentos ambulatoriais na área os recursos financeiros são repassados sob a forma de pagamento por sérvios ambulatoriais e hospitalares prestados; desenvolve ações de vigilância à saúde do trabalhador; [...] gerencia rede ambulatorial pública.” (MEDICINA PREVENTIVA, 2003, p.5). Na gestão parcial, se tem “maior autonomia sobre os recursos financeiros. Recebe mensalmente o recurso correspondente à diferença entre o teto estabelecido (critério populacional) e o pagamento efetuado pelo governo federal às unidades públicas e privadas sob sua gestão. Recebe pagamentos pelos serviços produzidos; amplia a autonomia na organização das ações e serviços, uma vez que o gestor municipal passa a ter acesso a recursos financeiros de acordo com o teto do município, independente dos serviços produzidos. Assume o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município.” (IDEM). E a gestão semi-plena “assume a responsabilidade total das ações e serviços prestados pelo SUS no seu âmbito; recebe o total de recursos financeiros para custeio (ambulatorial e hospitalar), calculado de acordo com série histórica de gastos; em termos de volume, o teto financeiro é o mesmo que na condição de gestão parcial, o município tem, no entanto, maior autonomia e responsabilidade na gestão dos mesmos; a condição de gestão semi-plena se diferencia da municipalização como definida na Constituição e nas leis que a regulamentam, por dois motivos: não utilizar como critério de repasse aqueles definidos no art. 35 da lei 8.080; por utilizar o convenio como instrumento de repasse de recursos financiados; uma vez que não estão, ainda, regulamentados os instrumentos formais de repasse direto e automático do fundo nacional para os fundos municipais de saúde.” (IDEM)

¹⁸ A Gestão Plena da Atenção Básica: “é o tipo de gestão na qual o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Cirurgia Geral; serviços de Vigilância Sanitária e ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros no valor de R\$10,00 (dez reais) hab./ano.” (SANTA CATARINA, 1999, p. 43).

¹⁹ A Gestão Plena do Sistema Municipal: “é o tipo de gestão na qual o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar; planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde, ações e serviços de Vigilância Sanitária e epidemiológica. O município gerencia o conjunto de todas as unidades ambulatoriais básicas e especializadas e hospitalares, públicas e privadas, vinculadas ao SUS, em seu território.” (IDEM).

²⁰ O PAB “constitui o montante de recursos federais destinados ao financiamento das ações básicas de saúde. O montante de recursos é resultante da multiplicação de um valor pelo total da população do município. Esse valor é denominado valor per capita.” (IDEM). De acordo com a NOB 96 o FAE “é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento Fora Domicilio (TFD), sob gestão do estado.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 62). O incentivo aos PSF e PACS foi alterado pela Portaria/GM/MS/1882 de 18/12/97.

Carências Nutricionais (ICCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VISA) e Assistência Farmacêutica Básica (AFB).

Já, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01), segundo Siqueira et al (2002, p. 28), “tem como um dos principais objetivos a retomada da instância estadual como um *locus* importante de definição e implementação de políticas de saúde, o que pode redesenhar a participação do estado no processo da descentralização da saúde.” Também para Giovanella et al (2002, p. 38-39), a NOAS, “dentre outros aspectos, definiu o processo de regionalização dos sistema de saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica.” A partir da referida norma, “a oferta de procedimentos de média complexidade deve obedecer à lógica da territorialidade, tendo como princípio organizador as necessidades e características dos próprios municípios.”

Portanto, é evidente a necessidade de conhecermos as referidas leis e normas para assim, podermos compreender o funcionamento do SUS no Brasil e no estado.

1.6 CONTROLE SOCIAL: A GRANDE CONQUISTA

Segundo Correia (2000, p. 11), geralmente a expressão controle social é utilizada na sociologia “para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios.” Nesse sentido, alguns intelectuais da área da ciência política e econômica consideram que “o controle social é realizado pelo Estado sobre a sociedade através da implementação de políticas sociais, amenizando propensos conflitos sociais, contrastando os efeitos da expansão do capital.” (IDEM).

Surge, a partir da politização da saúde, na década de 80, “um novo conceito de controle social em consonância com a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade.” (IDEM).

É na Constituição Federal de 1988 que esse controle social é evidenciado. A sociedade civil a partir deste momento possui um novo campo de participação, através dos conselhos e conferências. A política de saúde, regulada pelas leis 8080/90 e 8.142/90, possibilita que a população desfrute de serviços gratuitos de saúde, através do SUS, e ainda participe do sistema, através dos conselhos de saúde e conferências de saúde.

Correia (2000, p. 63) destaca que:

Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante de cooptação dos movimentos sociais. Por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia.

No relatório da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizado em Brasília no ano de 2000, foi enfatizada a necessidade de “criação de ouvidorias vinculadas aos conselhos de saúde”. Dessa forma, “a instalação de serviços tipo ‘Disque-SUS’, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, pode igualmente contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de controle social do SUS.” (BRASIL, 2000, p. 63).

Sendo assim, podemos perceber que as ouvidorias, se bem organizadas, contribuem como mecanismo de controle social, como se poderá apreciar no próximo capítulo.

2 A OUVIDORIA

Este capítulo evidenciará a história, os aspectos conceituais e dinâmica de funcionamento da Ouvidoria da Saúde do Estado de SC.

2.1 BREVE HISTÓRICO

A Ouvidoria, em seu conceito predominante, surgiu na Suécia, em 1809, “como um instrumento de fortalecimento do parlamento para impor limitações ao absolutismo real.” (Santa Catarina, 1999, p.7). Ficou conhecido naquele país como *umbodhsmadhr*²¹, ou seja, pessoa que administra de fora para dentro, no entanto, é reconhecido em todo mundo como ombudsman.

De acordo com o Manual de Normas e Procedimentos da Ouvidoria da Saúde (Santa Catarina, 1999), o ombudsman “tradicional” foi introduzido nos seguintes países: Finlândia (1919); Dinamarca (1955); Noruega (1962); Grã-Bretanha (1967); Canadá (1967); Espanha (1981); Argentina (1983); e Brasil (1986).

Nesse sentido, Vismona et al (2000, p.12) salientam que:

Na Europa e na América Hispânica, o Ombudsman exerce suas funções em nível nacional (v.g. Defensor Del Pueblo da Espanha), em nível provincial (v.g. Defensor Del Pueblo de Córdoba) e municipal. Sempre eleito pelo parlamento, exerce o controle externo da Administração Pública, conforme previsão constitucional. A atuação do ombudsman nestes países tem um forte caráter institucional, voltado para demandas mais complexas que envolvem toda a cidadania, o que pode afastar a sua atuação de questões mais específicas. Na Europa, o Reino Unido apresenta um diferencial; lá o ombudsman é nomeado pela Rainha (após apresentação livre de candidatos e recomendação do governo) e, por ela, pode ser exonerado, exercendo um mandato indeterminado.

²¹ Esta expressão é utilizada por Dessaune (2001) no artigo “Ombudsman – articulador da qualidade e da cidadania” encontrado no endereço www.klavier.com.br/ombudsman/.

No entanto, Dessaune (2001) destaca que o ouvidor existe no Brasil desde o período colonial, porém, naquela época, o mesmo era um auxiliar direto dos donatários das capitâneas hereditárias, nomeado para a função de juiz. Em 1548, com a surgimento do governo-geral do Brasil, criou-se a figura do ouvidor-geral, com as funções de corregedor-geral da justiça em todo o território colonizado. Apesar de tentativas mal sucedidas, desde 1823, de se instituir o ouvidor público – denominado juiz do povo – somente a partir de meados dos anos 80, algumas esferas estatais brasileiras – Curitiba, em 1986 e o estado do Paraná, em 1991 – instituíram o ombudsman com funções semelhantes às do ouvidor nórdico.

Segundo Vismona (2001, p. 166):

No caso do Brasil, o ombudsman não tem sua competência prevista na Constituição. Ele atua a partir da criação legal, intraconstitucional, mas não está constitucionalmente definido. E o papel do ouvidor brasileiro, se não tem o mesmo papel do ombudsman clássico, tem uma vantagem: está dentro da administração pública, por isso pode obter para o cidadão respostas mais rápidas e mais eficientes.

2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS

Cabe, neste momento, esclarecermos o que é uma Ouvidoria ou ombudsman. Para tanto, nos apropriamos das explicações de Barroso (1975), Costa e Fleury (2002), Vismona (2000), bem como de Lyra (2000), para melhor compreendermos a temática.

De acordo com Barroso (1975 apud SANTA CATARINA, 2001), a Ouvidoria é um comissário independente, com plenos poderes para investigar, que recebe queixas dos cidadãos sobre falhas da administração pública, presta informação sobre ela, e, quando possível, obtém alguma solução administrativa para os queixosos.

Já, Costa e Fleury (2002, p. 01) destacam que a Ouvidoria “é um instrumento de defesa dos direitos do cidadão consumidor individualizados.”

Também Vismona (2000, p. 13) salienta que “o ombudsman, ou ouvidor, recebe as reclamações do cidadão, avalia se é da sua competência a questão apresentada, procura identificar as causas, a sua procedência e os meios para solucioná-la, ou, se isto não for possível, explica o por quê.”

Nesse sentido, a Ouvidoria da Saúde do Estado de Santa Catarina, local que nos forneceu os dados para elaboração deste trabalho, pode ser entendida como um serviço que busca:

estabelecer um canal de comunicação entre a população catarinense e a Secretaria de Estado da Saúde, através de um relacionamento democrático do Governo com a sociedade, permitindo identificar necessidades e distorções no setor e buscar soluções para as manifestações apresentadas. (SANTA CATARINA, 1999, p.10).

Lyra (2000) destaca que, na democracia participativa, o cidadão expressa sua opinião, decidindo ou propondo, direta ou indiretamente, através de instituições que integra. Dessa forma, as ouvidorias surgem com o objetivo de contribuir para ampliação da participação e, assim, auxiliar no desenvolvimento da democracia. Portanto, ao entrar em contato com um ombudsman, o cidadão tem a oportunidade de participar e, assim, exercer sua cidadania.

Para Oliveira (2000, p. 2):

as ouvidorias estão atuando como agentes indutores do processo de participação popular, reforçando a sua função de orientar e elevando a qualidade dos serviços prestados pela máquina administrativa. Este estreitamento de relações promove o amadurecimento e o equilíbrio na busca de soluções aos problemas apresentados, tanto pelo cidadão que exige seus direitos como mais critérios, como pelo administrador público na avaliação de prestador de serviços.

2.3 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DA OUVIDORIA DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

A Ouvidoria da Saúde do Estado de Santa Catarina é considerada uma inovação no país, pois foi o primeiro ombudsman adotado por uma Secretaria Estadual de Saúde. Este sistema foi instituído no dia 11/05/1999, com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação entre a população catarinense e o sistema administrativo público, ou seja, a Secretaria de Estado da Saúde - SES.

Antes da Ouvidoria ser instalada no Estado, houve uma divulgação, através da anexação de um folder no contra-cheque dos funcionários da Secretaria do Estado da Saúde, no sentido de informá-los sobre o serviço. Posteriormente, folders de divulgação foram enviados para as prefeituras municipais de todo o Estado e também para os hospitais da grande Florianópolis. Ainda foi realizado um seminário de sensibilização para implantação da Ouvidoria da Saúde, com a participação das unidades hospitalares próprias da SES e Regionais de Saúde. No entanto, alguns locais não aceitaram a divulgação do serviço. Por último, para influenciar a participação dos cidadãos, folders foram enviados para as Associações de Moradores do município de Florianópolis.

Inicialmente, esse serviço atendia apenas a população residente na grande Florianópolis, e progressivamente, o sistema expandiu seus serviços, atendendo todos os cidadãos catarinenses.

A Ouvidoria da Saúde está situada no pavimento térreo da Secretaria de Estado da Saúde, localizada na Rua Esteves Júnior nº 160, Centro, Florianópolis-SC. É subordinada à Diretoria de Planejamento e Coordenação (DIRP) e Coordenadoria da Secretaria de Estado da Saúde.

Compete à Ouvidoria receber denúncias, reclamações, elogios e sugestões, bem como prestar informações. O cidadão é atendido das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira, por operadores, via telefone, através do 0800 482 800.

Esse serviço é composto por 01 Coordenador, 02 Supervisores, 03 Apoios para trabalhos administrativos e 09 Operadores de telefone.

Ao Coordenador se atribuem as seguintes atividades (SANTA CATARINA, 1999):

- buscar permanentemente a qualidade dos serviços prestados;
- auxiliar nas decisões administrativas;
- gerenciar as informações com vistas à racionalização;
- apurar denúncias contra a Instituição;
- manter atualizado o banco de dados da Ouvidoria da Saúde;
- manter contato com os representantes da Ouvidoria junto às Coordenadorias da SES e das Regionais de Saúde;
- controlar o funcionamento dos serviços, esclarecendo dúvidas, estabelecendo padrões, delegando atribuições, analisando as solicitações recebidas pelos operadores e encaminhando-as para as Coordenadorias da SES e Regionais de Saúde, de acordo com a origem da situação;
- acompanhar as providências tomadas pelas Coordenadorias e Regionais;
- providenciar carta-resposta ao cidadão, assinada pelo Secretário Estadual de Saúde;
- enviar relatórios mensalmente ao Gabinete do Secretário, às Coordenadorias da SES e Regionais de Saúde, de acordo com a área de abrangência;
- oportunizar o treinamento dos funcionários, bem como promover reuniões.

O Supervisor é aquele que monitora as atividades dos Operadores e Apoios Administrativos. Também tem o dever de supervisionar o funcionamento da sala de

Ouvidoria, bem como responsabilizar-se pelas alterações cadastrais realizadas no serviço. Quando necessário, auxilia o Coordenador na análise de relatórios e no encaminhamento dos trabalhos e, na ausência do mesmo, ele o substitui. (SANTA CATARINA, 1999).

Os Operadores geralmente são estagiários do curso acadêmico de Serviço Social e realizam diariamente 04 horas de trabalho. Pelo fato dos operadores atenderem diretamente o público, observou-se a necessidade de contratar estudantes que possuísem conhecimentos que melhorassem e facilitassem o contrato com o usuário. Por isso, foram escolhidos estudantes dessa área para exercerem essa função. Assim, possuem as seguintes atribuições :

- ligar os equipamentos e desliga-los no final do expediente;
- atender o cidadão via telefone;
- registrar, com objetividade e fidelidade, a solicitação do cidadão, como também manter sigilo sobre o assunto. (SANTA CATARINA, 1999).

Os Apoios Administrativos são, em sua maioria, estagiários do curso acadêmico de Administração, que cumprem diariamente 04 horas de trabalho. Têm o dever de:

- receber, protocolar, digitar e encaminhar as correspondências ou outros documentos;
- imprimir relatórios;
- atualizar arquivos, bem como realizar trabalhos de recepção e secretaria. (IDEM).

A partir do relato do cidadão, (que nem sempre é um usuário, porquanto há, também, solicitações por parte dos servidores, relacionados ao SUS), os Operadores cadastram todas as solicitações em um formulário encaminhado ao Supervisor e Coordenador.

Quando o cidadão quer obter alguma informação, o Operador acessa o Arquivo de Informações, e, quando possível, o informa. No caso de sugestões, reclamações, denúncias e elogios, a solicitação é encaminhada pelo Coordenador ao órgão competente.

Quando a reclamação, denúncia, sugestão ou elogio se refere a uma unidade da SES, o Coordenador encaminha a mesma à Coordenadoria da SES. Após providências, a Coordenadoria devolve a resposta da solicitação ao serviço de Ouvidoria. (IDEM).

Quando a solicitação é relacionada a uma unidade vinculada ao SUS, seja ela credenciada ou conveniada, o Coordenador encaminha-a para a respectiva Regional de Saúde, que a encaminhará ao Secretário Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal responde à Regional, que, por sua vez, devolve a resposta para a Ouvidoria da Saúde. (SANTA CATARINA, 1999).

Nos casos de solicitações acerca de serviços privados, sem convênio com o SUS, em algumas situações, existe a possibilidade de intervenção da SES. Por exemplo: em casos de falta de higiene em clínicas particulares, a Vigilância Sanitária pode ser acionada pelo cidadão; já, em situações de negligência médica, ocorrida em órgãos privados, a Ouvidoria orienta o cidadão a entrar em contato com o Conselho Regional de Medicina –CRM. (IDEM).

Ao se identificar e deixar seu endereço completo, o cidadão recebe em sua residência, (no período de 15 a 20 dias úteis) via correio, a carta-resposta referente a sua reclamação, denúncia ou sugestão. Quando não há identificação na reclamação, denúncia ou sugestão, o cidadão não recebe nenhum retorno por parte do serviço de Ouvidoria.

No próximo capítulo, poderemos apreciar as manifestações efetuadas na Ouvidoria da Saúde.

3 DEMANDA ATENDIDA PELA OUVIDORIA DA SAÚDE

3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A coleta de informações inicialmente foi realizada por mim e pela acadêmica Fernanda Werner, uma vez que ambas realizávamos estágio não-obrigatório no local. Posteriormente, a pesquisa foi realizada somente por mim, com o auxílio, apoio e orientação da Professora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Primeiramente buscamos sistematizar as manifestações mais frequentes ocorridas entre 11/05/1999 e 11/05/2001 - com o auxílio do sistema informatizado da Ouvidoria da Saúde -e ainda entender a dinâmica de funcionamento do serviço. Dessa forma, no período de 11/05/1999 a 11/05/2001 foram recebidas pela Ouvidoria 5.432 ligações, sendo prestadas 2.979 informações e registradas 1.828 reclamações, 284 denúncias, 190 sugestões e 151 elogios. Os cidadãos que mais utilizaram o serviço pertenciam as seguintes cidades: Florianópolis (3.431 lig.); São José (368 lig.); Joinville (140 lig.); Palhoça (60 lig.); Itajai (44 lig.).

Das 5.432 manifestações registradas no período de 11/05/1999 a 11/05/2001 consideramos como universo de nossa pesquisa as 2.453 manifestações, nas quais se incluem as reclamações, denúncias, elogios e sugestões. Não procuramos analisar as informações solicitadas ao serviço.

Devido ao tamanho do universo, optamos por coletar as informações por meio de uma amostra aleatória. Sendo assim, inicialmente, adotamos o critério de selecionar 40

manifestações por mês, mas devido a dificuldades (falta de recursos humanos), resolvemos reduzir a amostra, passando a selecionar 20 por mês, totalizando 480 manifestações.

Após a coleta de dados, realizamos a leitura das informações obtidas. Procuramos, a partir do relato dos cidadãos, classificar novamente as manifestações, pois observamos que a classificação original realizada pelo serviço de Ouvidoria não contemplava, em muitos momentos, o objeto da reclamação, denúncia, elogio ou sugestão. Também observamos que, em vários relatos, existiam várias queixas²², que acabavam não sendo contempladas na classificação original da Ouvidoria da Saúde.

Vale destacar, ainda, que a Ouvidora denomina as reclamações, denúncias, sugestões, elogios, e informações como solicitação, no entanto, verificamos que seria mais coerente denominá-las manifestações, pois entendemos que, quando um cidadão elogia o sistema de saúde, ele não está solicitando algo.

Para efeito de análise, as manifestações foram interpretadas em três categorias. A primeira destaca o acesso aos SUS, a segunda, a oferta no SUS, e a terceira os recursos humanos no SUS.

Portanto, essa é uma pesquisa de campo, que apresenta dados quantitativos, mas que são interpretados de forma qualitativa. A mesma tem por objetivo observar o que alguns cidadãos (usuários do sistema e trabalhadores da área) têm a dizer sobre a política pública de saúde no estado de Santa Catarina.

3.2 ACESSO AO SUS

²² Como algumas manifestações apresentavam em um mesmo relato várias queixas, a quantidade foi ampliada de 480 para 508 manifestações.

De acordo com Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 60), há um consenso entre os autores da área em considerar que o acesso aos serviços de saúde “depende da importância do nível macro do sistema [...] (estruturas de financiamento e regulação, políticas de alocação de recursos e pessoal), para possibilitar o uso dos serviços pela população.”

Nesse sentido, Bodstein (1993, p. 103-104) salienta que:

a acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as ‘resistências’ que são oferecidas pelo próprio serviço – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam – e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda

Os participantes da XI CNS destacaram que a dificuldade no acesso aos serviços do SUS ocorre por diversos motivos, entre os quais podemos destacar:

- ❖ o acesso diferenciado para algumas pessoas;
- ❖ o não oferecimento de serviços essenciais;
- ❖ o oferecimento de serviços de forma precária e insuficiente;
- ❖ a cobrança indevida pelos serviços;
- ❖ o privilégio ao setor privado no oferecimento de serviços de alta complexidade;
- ❖ e os limites financeiros.

Ao analisar os determinantes do acesso aos serviços de saúde, Contandriopoulos (1986, apud HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000, p. 61) destaca que “as dificuldades impostas pela especialização em algumas áreas, os critérios de acesso e ingresso, a alocação de mão-de-obra, a distância, o horário de funcionamento, a qualidade no atendimento” são alguns dos fatores que dificultam o acesso da população.

Também Evans e Stoddart (1996 apud HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000, p. 60)

ênfatizam que:

O acesso depende, ao mesmo tempo, da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis (médicos, enfermeiros, hospitais, equipamentos diagnósticos etc.) e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais os indivíduos receberão os serviços que os recursos permitem oferecer e em que condições.

Dessa forma, evidenciaremos, a seguir, as manifestações dos cidadãos ao serviço de Ouvidoria, que apresentavam problemas relacionados ao acesso.

3.2.1 Dificuldade no acesso

Podemos perceber, através das manifestações à Ouvidoria da Saúde que os cidadãos estão tendo dificuldades em acessar o SUS em SC.

Observamos, nas manifestações referentes à demora na marcação de consulta, que os cidadãos ênfatizavam com freqüência a procura por especialidades, como ortopedia, oftalmologia, urologia, ginecologia, gastroenterologia, reumatologia, neurologia, pediatria, otorrinolaringologia e odontologia. Também foi evidenciada a procura por consultas com clínico geral (tabela 1).

Locks (2002, p. 4), em sua dissertação sobre o estrangulamento das consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas (CMC) de SC, salienta que:

A rede municipal não está ofertando com suficiência as consultas básicas, nem está encaminhando mais do que o esperado (20% do total de consultas especializadas), o que nos permite inferir que o motivo do estrangulamento das consultas especializadas não está, a priori, no funcionamento da rede básica.

Também a mesma autora destaca que a pouca oferta de consultas especializadas ocorre por falta de profissionais ou pela baixa produção dos profissionais existentes, inferindo que “a causa da básica do estrangulamento da CMC está na pouca oferta de consultas especializadas frente à demanda” (LOCKS, 2002, p. 4).

Já, nas reclamações sobre a demora na marcação de exames, observamos uma procura freqüente por exames de ultra-sonografia (dos mais variados), sangue, eletroencefalograma, raio-x e biopsia (tabela 1).

Nas queixas sobre demora na marcação de cirurgia, alguns dos cidadãos questionaram a demora na marcação de cirurgia de varizes, próstata e adenóide. Um dos pacientes afirmou que estava aguardando há 03 anos por uma cirurgia na próstata. (tabela 1).

Nas manifestações sobre a demora na marcação dos procedimentos os cidadãos enfatizaram que estavam aguardando durante um longo período pela marcação dos mesmos. Também observamos que, devido à falta de vagas, os usuários procuram inúmeras vezes a unidade de saúde, mas não conseguem agendar o procedimento.

Ainda podemos observar as reclamações sobre os critérios na marcação dos procedimentos. Nessas manifestações, foram evidenciados: a burocracia, os horários restritos disponíveis para a marcação e a falta de normas “claras” no agendamento dos procedimentos.

Tabela 1 - Critérios na marcação e demora na marcação dos procedimentos

Classificação	Nº de Reclamações
Demora na marcação de consulta	26
Demora na marcação de exame	20
Demora na marcação de cirurgia	06

Critérios na marcação dos procedimentos	04
Total	56

Já na tabela 2, podemos observar as queixas sobre a demora na realização de exames.

Alguns cidadãos salientaram a circunstância que contribuiu para a demora de tal procedimento destacando, um deles que os exames - de sangue e urina - foram adiados, e, outro, que o exame de ultra-sonografia e ressonância magnética foram marcados para data distante.

Nas reclamações sobre a demora na realização de cirurgia, um dos cidadãos destacou que estava aguardando há mais de 06 meses por uma cirurgia de ponte de safena (tabela 2)

Dessa forma, podemos observar que a demanda pelos serviços do SUS é maior que a oferta dos mesmos. Ainda percebemos que os cidadãos são prejudicados pela demora na realização do procedimento, pois o estado de saúde de muitos deles passa a piorar.

Tabela 2 - Demora na realização dos procedimentos

Classificação	Nº de Reclamações
Demora na realização de exame	04
Demora na realização de cirurgia	03
Total	07

Na tabela 3, podemos observar as reclamações sobre a não marcação dos procedimentos.

Observamos que, nas queixas sobre a não marcação de consultas, os usuários consideraram determinantes para sua indignação diversos motivos, entre os quais destacamos: a negação por parte dos funcionários da unidade; o esquecimento por parte do funcionário, que acarretou na não marcação da consulta; a falta de funcionários no local; a não marcação porque o número do cartão do SUS e também o nome da paciente estavam incorretos; negaram-se a marcar, pois o agendamento para pessoas idosas ocorria somente em um dia da semana; não marcação, pois a unidade não possuía ortopedista; os funcionários agendaram a consulta errada; não ocorreu a marcação, pois os procedimentos não eram registrados no computador; e, ainda, o hospital negou-se a marcar consultas, pois somente era permitida a marcação de retornos.

Nas manifestações sobre a não marcação de exames, as seguintes situações é que impulsionaram o cidadão a registrar a reclamação: funcionários recusaram-se a carimbar a requisição do exame de endoscopia; funcionários negaram-se a marcar o exame, em um dos casos, pois os médicos responsáveis estavam em um congresso; o centro de saúde não estava marcando exames de hemograma, fezes, urina e outros; não agendaram os exames, pois o cartão do SUS do paciente era de outro bairro (tabela 3).

Já, a não marcação de cirurgia ocorreu, segundo o médico, porque o SUS não cobria cirurgias de levantamento da bexiga e retirada do útero (tabela 3).

Contudo, infere-se que os procedimentos não foram agendados devido à falta de compromisso dos funcionários, a burocracia, a super-demanda e oferta insuficiente de procedimentos.

Tabela 3 - Não marcação dos procedimentos

Classificação	Nº de Reclamações
Não marcação de consulta	12
Não marcação de exames	07
Não marcação de cirurgia	01
Total	20

Já, a tabela 4 destaca reclamações referentes ao não atendimento.

Segundo os cidadãos, os exames não foram realizados devido às seguintes situações: a máquina de raio-x estava sendo limpa; a chave da sala onde é realizado o exame de eletrocardiograma não estava no local e ainda o equipamento estava sem papel; o médico não solicitou exames; faltaram Kits; funcionário responsável pelo exame de raio-x saiu para tratar de assuntos particulares; funcionário responsável estava de férias; e também, o procedimento foi marcado errado.

Já, as cirurgias não foram realizadas devido às seguintes circunstâncias: paciente foi encaminhado para a cirurgia, porém existiam 03 pessoas na fila de espera anteriores a ele; não realizaram a cirurgia devido à falta de sangue O- e A-; cancelamento da cirurgia por falta de leito e pelo fato do aparelho estar quebrado; faltaram materiais para realização de cirurgia de vitrectomia; enfermeiro (a) modificou a data da cirurgia; e ainda, não houve autorização por parte da secretaria municipal de saúde (tabela 4).

O tratamento fisioterápico não foi realizado, em um dos casos, porque o médico não aceitou realizar os exercícios prescritos pelo profissional que realizou a cirurgia na criança, e,

no outro, porque a secretaria municipal afirmou que o tratamento não poderia ser realizado através do SUS (tabela 4).

E, ainda, a não vacinação de crianças ocorreu devido ao término da campanha (tabela 4).

Portanto, podemos perceber que nas reclamações sobre a não realização de procedimentos, predominaram as situações de desorganização dos serviços, falta de compromisso dos profissionais do setor marcação, falta de recursos materiais, humanos e financeiros, os conflitos profissionais e a demanda elevada.

Ainda podemos observar, na tabela 4, manifestações sobre o não atendimento médico. Os cidadãos destacaram as seguintes situações: os profissionais não atenderam o paciente na emergência hospitalar, alegando que a “asma tira a vez dos outros”; profissional médico se negou a engessar braço fraturado; médico negou-se a fazer radiografia em uma criança que havia sofrido um acidente; negaram-se a realizar cesariana, pois realizavam somente parto normal; médico não atendia os pacientes com horário marcado; médico não atendeu paciente, pois seu expediente havia acabado; médica se negou a atender sra., pois não estava com horário marcado; médica se negou a atender paciente no setor emergência, alegando que, primeiramente atenderia os pacientes em estado grave; profissional se negou a atender o paciente, porque o mesmo não residia em Florianópolis.

Face a estas considerações, podemos observar que o atendimento médico não ocorreu devido a questões burocráticas e éticas. Também observamos que muitos cidadãos que não se encontram em caso de urgência procuram a emergência hospitalar, com o intuito de ser atendido de forma mais rápida, sendo que, na verdade, o mesmo deveria ser atendido no centro de saúde de seu município. Sendo assim, muitos usuários reclamam do não atendimento, pois o local dá preferência aos casos de urgência (tabela 4).

Nos casos de não atendimento de ambulância, alguns cidadãos evidenciaram: a não autorização, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, do transporte para a realização de um Tratamento Fora Domicílio (TFD); o não atendimento do veículo, embora possuíssem ordem da prefeitura; o não atendimento da ambulância, pois a mesma estava quebrada e sem combustível; e, também, o não atendimento devido a brigas políticas (tabela 4).

Sendo assim, compreendemos que o não atendimento da ambulância, de forma geral, ocorreu devido à falta de verbas para a manutenção do veículo e também devido a questões políticas.

Nas reclamações acerca do não atendimento em Centro de Saúde, os cidadãos afirmaram que: funcionários da unidade negaram-se a atender criança com rubéola; paciente com febre alta não foi atendido, pois não estava com horário marcado; funcionários do local não realizaram curativos no paciente, pois estavam prestes a encerrar o expediente; gestante não foi atendida, porque precisava marcar previamente os exames; técnico de enfermagem se negou a medir pressão arterial (tabela 4).

Novamente, percebemos, que o atendimento nos centros de saúde não ocorreram devido a questões burocráticas e éticas.

Já, em uma das reclamações sobre o não atendimento hospitalar, foi evidenciado que a unidade não aceitou prestar atendimento de forma gratuita, uma vez que somente atenderiam mediante pagamento. Na outra manifestação, o paciente relatou que havia sofrido um acidente de trabalho, porém a emergência hospitalar iria atendê-lo somente após as 18 horas (tabela 4).

Verifica-se que as reclamações concordam com a análise de Fortes (1998, p. 89) quando este destaca que os prontos-socorros devem possuir maior “capacitação técnica e recursos humanos para lidar com situações de emergência.” Também o mesmo salienta que o descumprimento do direito à saúde é identificável em várias situações entre as quais pode-se

destacar a “necessidade de ‘pagamento por fora’, indevido e ilegal, nos serviços de saúde privados, credenciados ao SUS para se poder realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos.” Dessa forma, o direito à saúde tem sido visto como uma mercadoria similar a tantas outras dispostas nas relações de consumo.” (FORTES, 1998, p. 12).

Também a mesma tabela destaca reclamações sobre o não atendimento de agentes de saúde. Sendo assim, o cidadão afirmou que, depois de uma discussão com os referidos funcionários, os mesmos não visitaram mais sua residência (tabela 4).

Nesse sentido, podemos perceber que faltam aos profissionais da saúde – e também à população – a conscientização do significado do sistema público de saúde, pois questões políticas e pessoais não devem ser colocadas à frente do direito à saúde.

Ainda verificamos, na tabela 4, as manifestações sobre o não funcionamento de unidade, sendo destacado, em um dos casos, que o centro de saúde não estava funcionando e, no outro, que a ala de atendimento hospitalar estava paralisada por motivos de reformas.

Já, em outra manifestação, a cidadã destacou a transferência do tratamento de hemodiálise para outra unidade de saúde, onde não havia médicos responsáveis pelo setor. Com relação a isso, a NOB 96 destaca que “os sistemas municipais de saúde apresentam níveis deferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 49).

Inferimos assim, que existem muitos municípios, especialmente do interior, que não possuem atendimento de alta complexidade, tendo a população que se deslocar a outras localidades.

Podemos observar, também, na tabela 4, alguns casos de não fornecimento de medicamento. Um dos cidadãos salientou que não teve acesso ao medicamento, pois residia

em outro bairro; já, outro cidadão destacou que a unidade possuía o medicamento, porém, a funcionária não quis fornecê-lo; e também foi evidenciado em uma das queixas que os medicamentos eram fornecidos somente a pessoas pertencentes ao mesmo partido político.

Portanto, podemos compreender que os medicamentos, em sua maioria, não foram fornecidos devido a questões burocráticas e partidárias.

E, no caso de não fornecimento de molde para aparelho auditivo, a cidadã afirmou que procurou a Secretaria Municipal de Saúde para conseguir o benefício, mas, mesmo assim, não lhe forneceram. A mesma destacou que aguardava há 03 meses o fornecimento do mesmo para sua filha.

A tabela 4 evidencia, ainda, um caso de não fornecimento de passagens. O paciente salientou que possuía dificuldades em realizar o tratamento devido a questões financeiras.

E, finalmente, no caso de não fornecimento de atestado médico, o cidadão destacou que se sentiu prejudicado, pois não tinha como comprovar o seu comparecimento – no centro de saúde – junto ao local de trabalho.

Tabela 4 -Não atendimento

Classificação	Nº de Reclamações
Não realização de exame	08
Não realização de cirurgia	06
Não realização do tratamento	02
Não vacinação de criança;	02
Não atendimento médico	09
Não atendimento de ambulância	05

Não atendimento em centro de saúde	05
Não atendimento hospitalar	02
Não atendimento de agentes de saúde	01
Não funcionamento de unidade	02
Transferência de tratamento	01
Não fornecimento de medicamento	07
Não fornecimento de molde para aparelho auditivo	01
Não fornecimento de passagens para realizar tratamento	01
Não fornecimento de atestado médico	01
Total	53

A tabela 5 destaca casos de demora no fornecimento.

Nos casos de demora no fornecimento de óculos, prótese auditiva, alvará sanitário e resultado de exame podemos compreender que os cidadãos se sentiram lesados, pois a demora prejudicou o tratamento dos indivíduos e até mesmo – no caso do alvará sanitário – o desenvolvimento do trabalho.

Tabela 5 - Demora no fornecimento

Classificação	Nº de Reclamações
Demora no fornecimento de óculos	02
Demora no fornecimento de prótese	01

auditiva intra-canal bilateral	
Demora no fornecimento de alvará sanitário	01
Demora no fornecimento do resultado de exame	01
Total	04

A tabela 6 destaca reclamações sobre a condição dos equipamentos médico-hospitalares.

Percebemos que, nas reclamações sobre equipamentos quebrados os cidadãos se manifestaram em relação ao estrago dos equipamentos de raio-x , nebulização, ultra-sonografia e endoscopia.

Ainda foi evidenciado, na reclamação sobre equipamento desmontado, que a unidade de saúde possuía o aparelho ultra-sonografia, porém o mesmo estava desmontado.

Nesse sentido, Calil (2001, p. 96) salienta que:

Existem diversos casos em que os hospitais da rede pública, que possuem equipamentos de maior complexidade tecnológica, não tem condições de arcar com os seus custos de manutenção. Este alto custo de reparo pode ser consequência da distância do representante técnico, o que requer transporte aéreo e estadia, do alto custo contratual da manutenção, do alto custo dos insumos e da baixa produtividade do equipamento. Esta baixa produtividade pode ser resultante da falta de pessoal especializado para sua operação, assim como de erro no planejamento da demanda de serviço em função tanto do perfil epidemiológico, como da alta concentração de um mesmo tipo de equipamento na região.

Ainda o mesmo autor destaca, que:

O próprio Ministério da Saúde admite que até 40% do parque instalado de equipamentos no setor público esteja subutilizado ou inoperante devido a aquisições inadequadas, qualidade insatisfatória dos equipamentos, uso indevido ou gerência e manutenção deficientes. Admite ainda que de 30% a 80% dos equipamentos médico-hospitalares tem a vida útil reduzida, bem como demandando gastos adicionais de 10% a 30% acima do valor necessário para a sua manutenção. Finalmente, declara existir um significativo crescimento dos gastos, bem como desperdícios dos investimentos realizados na infra-estrutura da saúde. (CALIL, 2001, p. 102)

Por fim, Calil (2001, p. 103) enfatiza que “muitos destes procedimentos são freqüentemente desnecessários para o tratamento do paciente, mas realizados unicamente com o intuito de gerar recursos financeiros para o pagamento dos investimentos feitos na aquisição dos equipamentos utilizados.”

Contudo, observamos que as referidas queixas destacam a falta de verbas para o conserto e manutenção dos equipamentos.

Tabela 6 - Condição dos equipamentos

Classificação	Nº de Reclamações
Equipamentos quebrados	05
Equipamentos desmontados	01
Total	06

3.2.2 Situação do atendimento

A tabela 7 evidencia algumas manifestações sobre a situação do atendimento no sistema público de saúde.

Dessa forma, as manifestações sobre o atendimento demorado ocorreram, devido à demora no atendimento dos pacientes. Na descrição de uma das reclamações, o cidadão salientou que chegou à unidade de saúde às 7h e 30 min e somente foi atendido às 9h. Em um outro caso, o usuário chegou ao estabelecimento de saúde às 13h e foi atendido às 18h.

Observamos que, muitas vezes, realmente, o paciente espera muito tempo para ser atendido, mas devemos compreender que nem sempre os culpados são os funcionários ou o sistema como um todo, pois, ao nosso ver, a oferta no SUS não contempla a demanda.

Neste sentido, Netto (1999, p 31) salienta, que:

As atuais filas nos hospitais demonstram que as políticas de saúde não estão dando conta da atual demanda.

Durante o estágio podemos observar que muitas vezes as pessoas procuram as emergências dos hospitais porque tem idéia de que lá irá fazer todos os exames necessários, e ainda irá sair medicado. Isso faz parte da história da saúde no Brasil onde a população vai ter o hospital e a doença como o centro do sistema.

Da mesma forma, Bodstein (1993, p.108) destaca que “os serviços de emergência atendem um grande número de casos que não se constituem em urgência e que poderiam ser perfeitamente atendidos pelos serviços de ambulatório.”

Ainda no que se refere ao atendimento demorado – consequência da super-lotação – observamos que a maioria dos hospitais no estado de Santa Catarina estão concentrados no município de Florianópolis e São José.

Dessa forma, Siqueira (2002, p. 35) destaca que:

as desigualdades inter e intrarregionais se fazem sentir em diversos aspectos, constituindo-se a sua superação um desafio para o SUS. Entre eles destacam-se: a concentração de serviços de alta e média complexidade nas regiões de maior poder econômico, dificultando a garantia da integralidade das ações de saúde.

Já, nos casos em que os cidadãos queixaram-se sobre as condições das unidades de saúde, foi evidenciado em um dos casos que o ambiente era pequeno e, por isso, insuficiente para atender o número de gestantes, e no outro, que o hospital era inadequado para atendimento emergencial, pois não possuía Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (tabela 7).

Assim, podemos inferir que algumas unidades de saúde são pequenas ou insuficientes para atender a demanda.

Tabela 7 - Atendimento demorado e situação das unidades

Classificação	Nº de Reclamações
Atendimento demorado	24
Local inadequado para atendimento	02
Total	26

A tabela 8 também evidencia reclamações relacionadas à situação do atendimento.

Nas manifestações sobre o recebimento de informações erradas, os cidadãos destacam que foram mal informados pelos funcionários da recepção ou marcação de consultas/exames.

Também observamos que, geralmente nas reclamações sobre o não atendimento telefônico, os cidadãos afirmavam que os funcionários do setor recepção ou marcação de consultas/exames não atendiam propositalmente o telefone, tiravam o telefone do gancho ou ainda utilizavam o mesmo para tratar de assuntos particulares fazendo com que a linha ficasse sempre ocupada (tabela 8).

Ainda, nas manifestações sobre a falta de comunicação ao paciente, os cidadãos destacaram que não foram comunicados sobre a data em que estava marcada a consulta ou exame.

A tabela 8 também destaca uma queixa sobre a falta de divulgação sobre campanha de vacinação à população.

Percebemos, então, que as referidas queixas evidenciaram a desorganização, o desinteresse e falta de capacitação de alguns funcionários.

Dessa forma, podemos nos apropriar do art 7º, VII, da lei 8080/90, para enfatizar a importância da divulgação de informações “quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 23).

Tabela 8 - Dificuldades de comunicação

Classificação	Nº de Reclamações
Recebimento de informações erradas	07
Não atendimento telefônico	05
Falta de comunicação ao paciente	05
Falta de divulgação sobre campanha	01
Total	18

A tabela 9 destaca algumas reclamações relacionadas à situação de higiene.

Sendo assim, observamos que, em uma das reclamações sobre a falta de higiene, foi exposto que os banheiros da unidade não possuíam limpeza adequada. Em outra manifestação, foi destacado que os lençóis do hospital não eram retirados com frequência.

Nas manifestações referentes à reutilização de materiais descartáveis, foi evidenciado por uma das cidadãs que o enfermeiro “raspou a cabeça” de sua filha com instrumento já utilizado. Outro reclamante destacou que foram reutilizados potes de coleta de fezes e urina, e também, materiais descartáveis na retirada de sangue.

Percebemos que as referidas manifestações destacaram a desorganização, a falta de limpeza, o desrespeito de alguns profissionais e a falta de materiais para consumo.

Dessa forma, Fortes (1998, p. 12-13) conclui que os pacientes “enfrentam inúmeros exemplos de desrespeito à dignidade da natureza humana e a seus direitos.”

Tabela 9 - Situação de higiene.

Classificação	Nº de Reclamações
Falta de higiene	05
Reutilização de materiais descartáveis	03
Total	08

Podemos observar, na tabela 10, algumas manifestações sobre os erros nos procedimentos.

Um dos cidadãos salientou que adquiriu hepatite C durante uma transfusão de sangue.

Em outra manifestação, foi destacado que uma criança adquiriu infecção hospitalar durante o atendimento emergencial.

Também, foram registradas pelo serviço de Ouvidoria denúncias²³ sobre erros médicos. Exemplificando, foram evidenciados pelos cidadãos as seguintes situações: profissional não diagnosticou que o rosto do paciente estava fraturado; médico realizou uma cirurgia de Carótida, que prejudicou o paciente, paralisando o lado direito do corpo; paciente possuía uma ferida na perna, porém, o médico realizou uma “cirurgia de varizes”; paciente possuía hepatite C, no entanto, o médico diagnosticou uma gripe; médica diagnosticou um resfriado, sendo que a criança estava com problemas nos rins; e, por fim, oftalmologista receitou óculos erroneamente.

²³ Esse tipo de manifestação é considerado uma denúncia, pelo serviço de Ouvidoria, devido a sua gravidade.

Podemos, assim, observar que as referidas manifestações destacam a precariedade de alguns serviços fornecidos pelo SUS.

Tabela 10 - Erros nos procedimentos

Classificação	Nº de Reclamação
Paciente adquiriu hepatite C em transfusão	01
Criança pegou infecção em atendimento emergencial	01
Erro médico	06
Total	08

A tabela 11 evidencia reclamações relacionadas à insatisfação com os procedimentos.

A primeira reclamação destaca a insatisfação com a medicação prescrita. O cidadão salientou que a paciente estava com catapora e o médico receitou um antitérmico. Na outra situação, o médico receitou Ampicilina a uma gestante. E ainda um profissional médico prescreveu um “chazinho”, quando a paciente – no caso, uma criança - estava com problemas nos rins.

Na manifestação sobre a realização de exame, a cidadã destacou que o exame de eletrocardiograma foi realizado de forma rápida demais, ou seja, em 1 minuto e 50 segundos.

Ainda podemos observar, na tabela 10, um caso de falta de laudo médico em eletrocardiograma.

Portanto, as referidas manifestações evidenciaram a falta de compromisso e despreparo dos profissionais e dos serviços de saúde.

Tabela 11 - Insatisfação com os procedimentos

Classificação	Nº de Reclamações
Insatisfação com a medicação prescrita	04
Exame de eletrocardiograma realizado de forma rápida demais	01
Falta de laudo médico em eletrocardiograma	01
Total	06

Na tabela 12, podemos observar reclamações referentes à internação do paciente.

A primeira reclamação destaca a proibição dos acompanhantes receberem alimentação. Sendo assim, percebemos que, perante a situação em que se encontra a saúde pública, torna-se realmente difícil o atendimento aos acompanhantes. No entanto, compreendemos que muitos acompanhantes não possuem condições financeiras de se manterem, ficando sem assistência.

Na manifestação sobre alimentação hospitalar não satisfatória, o cidadão questiona a qualidade da alimentação.

E, por fim, na manifestação sobre a proibição de acompanhantes a pessoas idosas, destaca a falta de recursos físicos e financeiros das unidades de saúde. Os participantes da XI CNS, entre várias proposições, salientam a importância de “incluir nos serviços do SUS o direito a acompanhante em caso de internação de portadores de deficiência e idosos dependentes.” (BRASIL, 2000, p. 145).

Tabela 12 - Questões relacionadas à internação do paciente

Classificação	Nº de Reclamações
Proibição dos acompanhantes receberem alimentação	03
Alimentação hospitalar não satisfatória	01
Proibição de acompanhantes a pessoas idosas internadas	01
Total	05

A tabela 13 destaca algumas reclamações que evidenciam irregularidades no acesso.

Dessa forma, a primeira manifestação – classificada pelo serviço de Ouvidoria como denúncia devido a sua gravidade – evidencia a cobrança de serviços no SUS. Os cidadãos destacaram que foram cobradas em algumas unidades: a realização de cirurgia – inclusive cesariana -, de tratamento, de consulta, de exames, emissão de receitas e atestado, “retirada de pontos”, realização de curativos, de atendimento emergencial e ainda colocação de gesso.

Sabemos que a cobrança de serviços e ações ofertados pelo SUS é irregular. O art. 43 da lei 8080/90 destaca que “a gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se de cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 35).

Na queixa sobre irregularidade em clínica conveniada, o cidadão destacou que duas clínicas iriam receber verbas, sendo que apenas uma realizou o exame.

Cohn (1996, apud Correia 2000, p. 43) enfatiza que:

A transferência direta de recursos públicos para o setor privado é o processo [...] de privatização do setor público, que na prática o mercantiliza, capitalizando o setor privado por meio de convênios e credenciamentos. Com o apoio do Governo Federal,

esse setor se beneficia, ainda, da garantia do mercado e da falta de controle no que refere à qualidade dos serviços e às prestações de contas.

Nas manifestações sobre o favorecimento de pacientes, seja na marcação de consultas, exames, fornecimento de medicamentos, e outros, geralmente os reclamantes salientavam que os funcionários davam preferência a parentes e conhecidos, e aos colegas de trabalho. Também foi destacado o “favorecimento” de idosos, gestantes e crianças no atendimento ambulatorial.

Quanto a essa questão, o art. 7º da lei 8080/90 destaca que um dos princípios do SUS é a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (SANTA CATARINA, 2001, p. 23).

Nas reclamações sobre utilização irregular de veículos, um dos cidadãos destacou que as ambulâncias estavam sendo utilizadas para uso particular, e outro evidenciou que o veículo do SUS estava parado.

Quanto à reclamação sobre a falta de critérios na distribuição de medicamentos, o cidadão afirmou que o Secretário Municipal de Saúde realizava “politicagem” com os medicamentos, ou seja, fornecia-os a quem desejasse.

Tabela 13 - Irregularidade no acesso

Classificação	Nº de Reclamações ou Denúncias
Cobrança de serviços realizados pelo SUS	26
Favorecimento de pacientes	11
Utilização irregular da ambulância	02
Irregularidades em clinica conveniada	01

Falta de critérios na distribuição de medicamentos	01
Total	41

3.2.3 Questões de Vigilância Sanitária

Podemos observar, na tabela 14, algumas reclamações destacando a poluição do meio ambiente.

Foi evidenciado por alguns cidadãos, o esgoto clandestino de algumas cidades e o despejo de lixo em local inadequado.

Também ocorreu uma reclamação ressaltando a inadequação dos setores comerciais de frios de uma cidade.

E, por fim, foi salientado, em uma das reclamações, que a vigilância sanitária municipal não estava tomando as providências que deveria.

Santos (1997, p. 249) destaca que entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capazes de “intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Também entre as atribuições, podemos destacar “a fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho”, habitação e lazer.

Percebemos através das manifestações, que nem sempre a vigilância sanitária consegue intervir de forma efetiva nos problemas de saúde da população.

Tabela 14 - Questões de vigilância sanitária

Classificação	Nº de Reclamações
Poluição da natureza	04
Fiscalização de setores comerciais de frios	01
Não atendimento por parte da Vigilância Sanitária	01
Total	06

3.2.4 Sugestões dos usuários sobre o acesso

A tabela 15 refere-se às sugestões dos cidadãos as quais percebemos que foram apresentadas devido à dificuldade que os cidadãos possuem em acessar os serviços e ações do SUS.

Essas sugestões destacaram a demora na realização dos procedimentos, as normas não muito eficientes e a burocracia na marcação dos procedimentos, bem como a escolha da alimentação aos pacientes e a super-demanda ao setor emergência.

Tabela 15 - Sugestões dos usuários

Classificação	Nº de Sugestões
Realização de mutirão para acabar com a fila de espera de cirurgias	01

Filas de espera, de acordo com a especialidade médica	01
Marcação de consultas por faixa etária	01
Marcações de consultas fossem feitas por telefone	01
Ampliação do horário para marcação de consulta com dentista	01
Alimentação adequada, com frutas e legumes para os pacientes diabéticos.	01
Triagem na emergência	01
Total	07

3.2.5 Elogio às condições de acesso

Este sub-item nos mostra que, apesar dos problemas apresentados, o sistema de saúde, em muitos momentos, presta um atendimento satisfatório à população.

Neste sentido, Mendes (1999, p. 73) destaca, que

na pesquisa de Condições de Vida, realizada pela Fundação Seade, entre março a outubro de 1994, em aproximadamente 4.000 domicílios da Região Metropolitana de São Paulo [...] os resultados mostraram que os Planos de saúde são mais confortáveis mas que não há diferença significativa na percepção de indicadores de qualidade e de resolubilidade.

Tabela 16 - Elogio dos usuários

Classificação	Nº de Elogios
----------------------	----------------------

Elogio ao atendimento hospitalar	02
Elogio à clinica conveniada com o SUS	01
Elogio a programa de terceira idade	01
Elogio ao atendimento emergencial	01
Total	05

3.3 A OFERTA NO SUS

A oferta, de acordo com Pereira (1995 apud MALIK, 2001, p. 148), pode ser “definida como a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a determinada altura.” Ou seja, a oferta satisfaz a demanda de acordo com “suas capacidades (disponibilidade de mão-de-obra, de serviços e de estruturas) e de suas práticas.”

Evidenciaremos, a seguir, as manifestações – realizadas junto ao serviço de Ouvidoria – que apresentaram questões relacionadas à oferta.

3.3.1 Oferta de serviços e ações de saúde

Na tabela 17, podemos observar reclamações que se referem à oferta de unidades e locais para acomodar acompanhantes.

As manifestações sobre a falta de atendimento à população destacam que os pacientes precisaram procurar outro município, ou bairro, para receber atendimento. Também foi enfatizado que faltavam unidades que realizassem limpeza de ouvido, exame de ecocardiograma e tratamento de hemodiálise. Ainda foi salientada a falta de unidades para o tratamento de pessoas com problemas com drogas (licitas e ilícitas), e psiquiátricos.

Também um dos reclamantes destacou a falta de locais para acomodar os acompanhantes.

Compreendemos, a partir das referidas manifestações, a pouca oferta de unidades de saúde, tanto para atendimentos básicos como mais complexos. Também percebemos que muitos familiares de pacientes sem condições de arcar com os custos ficam sem assistência.

Tabela 17 - Oferta de unidades e local para acomodar acompanhantes

Classificação	Nº de Reclamações
Falta de atendimento a população	09
Falta de local para acomodar acompanhantes	01
Total	10

As manifestações evidenciadas na tabela 18 destacam a oferta de procedimentos.

Sendo assim, nas reclamações sobre a falta de exames, os cidadãos destacaram que os exames de densitometria óssea, hepatite C, videolaringoscopia e ultra-sonografia pélvica não estavam sendo ofertados pelo sistema.

Já, nas manifestações sobre a falta de cirurgias, o reclamante destacou que a cirurgia de vitrectomia não estava sendo ofertada.

E, por último, foi evidenciada a falta de verbas para cobrir tratamento pelo SUS.

Nesse sentido, os participantes da XI CNS destacam que o investimento nas ações e serviços de média e alta complexidade são insuficientes. Também os mesmos salientam que “a oferta de serviços de alta complexidade é desproporcional à demanda atual.” (BRASIL, 2000, p. 29).

Percebemos, a partir das manifestações, que a oferta de procedimentos é reduzida devido à falta de recursos materiais, humanos e financeiros.

Tabela 18 - Oferta de procedimentos

Classificação	Nº de Reclamações
Falta de exames	04
Falta de cirurgia	01
Falta de tratamento	01
Total	06

Na tabela 19, podemos visualizar reclamações referentes à falta de medicamentos, materiais para consumo, transporte, entre outros.

Portanto, nas reclamações sobre a falta de medicamentos, foram destacados os seguintes: Englovam; Haloperidol; Rilutek; Norditropin; Carbamazepina; Levedopa; Cardidopa; Onpovin; Oncloramin; Mercapetina; Amitripilina; Insulina; Rovamicina; Hemase; Hplex; Mitocorten; Teoremi; Fitaloz; Mitrotesat; Epepress; Amfliquitil; Audol; Captropril e Hidrocloniazida.

Os participantes da XI CNS enfatizaram a necessidade da garantia de medicamentos essenciais e básicos à população. (BRASIL, 2000).

Também, Schraiber (1997, p. 301) destaca que a trajetória do sistema de saúde público não conseguiu aproximar os medicamentos dos princípios preconizados: “universalidade, gratuidade, qualidade, preço acessível, ou, em outras, palavras, o medicamento visto como um bem social.”

Nas solicitações sobre a falta de materiais para consumo, foi salientada a falta de lençóis em hospital, a falta de preservativos e curativos.

Também foi destacada em algumas manifestações, a falta de banheiros em unidades de saúde e ambulância para o atendimento da população.

E, por fim, na queixa sobre a falta de Autorização para Internação Hospitalar (AIH)²⁴, foi destacado que a paciente não pôde realizar a cirurgia.

Portanto, as referidas manifestações destacam a falta de recursos financeiros para compra dos medicamentos, ambulância e materiais para consumo, como também a desorganização e falta de ambientes adequados.

Tabela 19 - Falta de medicamentos, materiais para consumo, transporte e outros

Classificação	Nº de Reclamações
Falta de medicamentos	22
Falta de materiais para consumo	06

²⁴ “De acordo com Barbosa (1997, p. 195) o sistema AIH, já praticado como modalidade de pagamento de todos hospitais privados contratados pelo poder público, foi estendido ao setor público em 1991; baseia-se numa tabela de procedimentos associados a diagnósticos específicos, para os quais, há valores definidos a serem pagos aos prestadores da assistência; esses valores são fixos por patologia, existindo valores adicionais segundo a complexidade da unidade prestadora”

Falta de banheiro	02
Falta de ambulância	02
Falta de AIH	01
Total	33

3.3.2 Oferta de profissionais

Neste sub-item, podemos observar a oferta de profissionais na área da saúde.

A tabela 20 evidencia algumas manifestações sobre a falta de médicos. Dessa forma, os cidadãos expressaram a necessidade de se aumentar a oferta de médicos especialistas. Entre as especialidades mencionadas, podemos citar: a oftalmologia, urologia, ginecologia, ortopedia, obstetrícia e pediatria. Também foi evidenciada a falta de clínico geral. Em uma das reclamações, o cidadão salientou que o centro de saúde de sua região estava há 01 ano e meio sem nenhum especialista.

Com essa referência, Bodstein (1993, p. 107) destaca que “a insuficiência quantitativa de médicos na rotina dos postos e centros de saúde aparece como destaque nos depoimentos dos usuários. Tal profissional tem lugar de centralidade no universo das instituições de saúde.”

Ainda o mesmo autor salienta que

dificilmente a oferta de serviços especializados pode constituir-se em objeto de reivindicação pois a demanda por esses serviços resulta de intervenção médica anterior. É na assistência médica especializada que a força do corporativismo se faz decisiva e os critérios de acesso ainda mais “obscuros”. Trata-se de uma clientela construída pela própria prática médica. Destarte, é nos hospitais especializados que sobressai o intercambio informal entre médicos, sobrepondo-se ao sistema de referencia e contra-referencia, formando verdadeiras clientelas cativas dentro do serviço público. Tal constatação, apontada como propriedade por alguns autores, é

verificável no fluxo diário da assistência prestada pelas clínicas especializadas dos hospitais em questão. (BODSTEIN, 1993, p. 108-109).

Também os cidadãos se manifestaram quanto à falta de residentes, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos e assistentes sociais.

Portanto, podemos perceber que os cidadãos salientaram principalmente a falta de profissionais médicos no sistema de saúde.

Tabela 20 - Oferta de profissionais

Classificação	Nº de Reclamações
Falta de médicos	23
Falta de enfermeiros	04
Falta de residentes	01
Falta de atendimento psicológico	01
Falta de nutricionista	01
Falta de dentistas	01
Falta de atendimento emergencial na área odontológica	01
Falta de funcionários no setor marcação/recepção	01
Falta de assistentes sociais	01
Falta de farmacêutico	01
Total	35

3.3.3 Poucas verbas

A tabela 21 evidencia uma reclamação sobre a falta de verbas para a compra de medicamentos, no entanto, percebemos que, na maioria das manifestações, a falta de recursos financeiros é um dos principais entraves na oferta e acesso aos serviços e ações do SUS.

Referindo-se a essa questão, Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 60) destacam que se torna inviável “um sistema de saúde que ofereça, em princípio, um ‘acesso’ universal sem dispor dos recursos necessários.”

Tabela 21 - Poucas verbas

Classificação	Nº de Reclamações
Poucas verbas	01
Total	01

3.3.4 Sugestões dos cidadãos sobre a oferta

Podemos observar, na tabela 22, que as sugestões realizadas pelos cidadãos pressupõem o aumento na oferta de profissionais, procedimentos, unidades de saúde e outros serviços.

Tabela 22 - Sugestões dos cidadãos sobre a oferta

Classificação	Nº Sugestões
Contratação de médicos	02
Ampliação do número procedimentos	02
Aumento do número de funcionários	01
Ambulância disponível à população	01
Construção de uma piscina para reabilitação	01
Fornecimento de alimentação para acompanhantes de pacientes internados.	01
Construção de centro de saúde	01
Programa sobre Toxoplasmose	01
Clinica volte a ser credenciado ao SUS.	01
Total	11

3.4 OS RECURSOS HUMANOS NO SUS

De acordo com Machado (1995 apud SCHRAIBER, 1997, p. 293-294),

“Ser profissional de saúde implica em ter além de um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva especial para lidar com pessoas, quase sempre, em situação frágil e dependente de suas orientações, o que ‘... exige conhecimento específico, disciplina, responsabilidade, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o stress, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios’.”

O mesmo autor ainda destaca que os recursos humanos em saúde são atores centrais da ação terapêutica, seja ela hospitalar, preventiva ou ambulatorial. Também os profissionais

têm por natureza “do ofício e conhecimento específico, processos de trabalho singulares, nos quais a absoluta rotinização, burocratização e indiferenciação não ‘são bem vindos’.” (SCHARAIBER, 1997, p. 294).

Dessa forma, a qualidade da assistência à saúde “demanda não apenas das condições objetivas para seu desenvolvimento, senão flexibilidade de formas e dinâmica de reavaliação permanente de sua organização.” (IDEM).

Sendo assim, os sub-itens a seguir enfatizam as manifestações dos usuários referentes aos recursos humanos no SUS.

3.4.1 Atendimento profissional

As manifestações registradas na tabela 23 referem-se ao atendimento profissional que os pacientes receberam no SUS.

Podemos observar que, nas manifestações sobre o mau atendimento de funcionário da recepção ou marcação de consultas - ou exames-, os cidadãos consideraram que o profissional foi grosseiro, autoritário, desmotivado, mal educado, alterado e desinteressado. Nesse sentido, podemos exemplificar algumas situações: funcionários (as) assistiam novela e não atendiam a população; ficavam falando ao telefone e não atendiam os usuários; e tratavam a população com descaso.

Também nas reclamações sobre o mau atendimento médico, os cidadãos consideraram que o profissional foi mal educado, autoritário; mal humorado e desatencioso. Exemplificando, podemos destacar algumas situações apontadas: cidadão afirmou que o médico “atende quando quer e nem olha para os pacientes”; médico não solicitou exames de

diabetes e devido a isso o paciente teve que amputar a perna; médico afirmou que operaria o paciente mediante pagamento; médico “afirmou que o paciente deveria deixar o câncer aparecer para depois operar”.

Ainda nas reclamações sobre mau atendimento de enfermeiros, os cidadãos destacaram que o profissional foi também: mal educado, grosseiro, autoritário, atendeu com má vontade e prescreveu a medicação ao paciente.

Nas demais queixas - mau atendimento de motorista e de funcionário do setor administrativo – os reclamantes também consideraram que os profissionais foram mal educados e grosseiros.

Para Fortes (1998, p. 16):

a exacerbada especialização e tecnificação do trabalho de assistência à saúde acaba num progressivo afastamento do profissional de saúde de seus pacientes, tornando a relação entre eles cada vez mais distante, impessoal e despersonalizada. A incorporação tecnológica de modo a não contemplar as subjetividades resultou na fragmentação dos pacientes, que são divididos em patologias, em órgãos, repartidos por diversos profissionais, diluindo-se a responsabilidade pela assistência às necessidades globais de sua saúde

Ainda para o autor:

todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde ou de interesses industriais e comerciais. É, portanto, necessário que, tanto no sistema público quanto nas instituições privadas, as ações e os serviços de saúde sejam orientados no sentido de humanizar suas práticas. (FORTES, 1998, p. 18).

E, por fim,

a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica, no âmbito civil (indenizatório) e na esfera penal (criminal) contra os profissionais de saúde.

[...]

Os processos judiciais, além de movidos por faltas técnicas, relacionam-se também com o descumprimento do dever de solidariedade (omissão de socorro), com a agressão ao direito de liberdade de locomoção, de segurança, de informação, de emissão do livre consentimento e de privacidade. (IDEM).

A tabela 23 também destaca reclamações referentes à falta de ética de alguns profissionais. Geralmente, o Sistema de Ouvidoria considera esse tipo de manifestação como denúncia. Também solicita com frequência que os mesmos entrem em contato com o Conselho Regional das respectivas profissões.

Sendo assim, nas denúncias sobre falta de ética do médico, uma das reclamantes afirmou que, ao examiná-la, o profissional colocou a mão dentro de sua “calcinha” quando a mesma estava com uma gripe. Em outro caso, o médico possuía consultório particular dentro do hospital.

E ainda, nas manifestações sobre a falta de ética de outros profissionais, um dos cidadãos destacou que a funcionária do setor marcação de exames emitiu o resultado do exame de HIV em voz alta, e, ainda, outra paciente destacou que a enfermeira não respeitou o sigilo profissional, contando aos outros o que a paciente havia falado.

A esse respeito, Fortes (1998, p. 20) enfatiza que “o paciente tem direito à segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos e privados”. Entre outros direitos, podemos destacar que o paciente “deve ser identificado pelo nome e sobrenome; não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.”

Ainda o mesmo autor destaca que “a garantia da privacidade e da confidencialidade das informações dos pacientes é que gera nos profissionais e na administração de serviços de saúde o dever ético e legal de manter sigilo das informações” (FORTES, 1998, p. 73).

Tabela 23 - Atendimento profissional

Classificação	Nº de Reclamações
---------------	-------------------

Mau atendimento de funcionário (recepção ou marcação)	31
Mau atendimento médico	22
Mau atendimento da enfermagem	08
Mau atendimento de motorista	01
Mau atendimento de funcionário do setor administrativo	01
Mau atendimento de Secretária do Secretário Municipal de Saúde	01
Mau atendimento de porteiro	01
Mau atendimento de Secretaria de Saúde	01
Falta de ética de medico	02
Falta de ética de outros funcionários	02
Total	70

3.4.2 Não cumprimento de carga horária por parte dos profissionais

Podemos observar, na tabela 24, as reclamações relacionadas ao não cumprimento de carga horária de alguns profissionais.

Nos casos de não cumprimento de carga horária por parte dos médicos, foi relatado pelos reclamantes que alguns médicos: trabalhavam somente 1h e 30 min; outros faltam com frequência; chegam atrasados; e saiam antes do final do expediente.

Também nas reclamações sobre o não cumprimento de horário por parte de funcionários do setor recepção ou marcação de consulta, foi colocado que a unidade de saúde estava encerrando o expediente às 12h, sendo que deveria permanecer aberta até às 12h e 30min.

Ainda na manifestação sobre o não cumprimento de horário por parte dos agentes de saúde, o cidadão mencionou que os mesmos ficavam sentados no centro de saúde.

Comentando essa questão, Fortes afirma (1999, p. 12) que:

entre os trabalhadores de saúde, componente essencial do sistema de saúde, encontramos, tanto no setor público quanto no privado, inúmeros profissionais em difícil situação para o exercício correto de suas profissões. desmotivados, trabalhando em dois ou mais empregos, condição que resulta na falta de vínculo adequado com os serviços e a clientela, condição facilitadora da desumanização da assistência à saúde. Insatisfeitos com os baixos salários que recebem e com o número excessivo de atendimentos a serem realizados, egressos de um sistema educacional deficitário que leva a uma formação inadequada para o atendimento das necessidades da clientela, contribuem para a massificação e a despersonalização nas relações com os pacientes.

Tabela 24 - Não cumprimento de carga horária por parte dos profissionais

Classificação	Nº de Reclamações
Não cumprimento de carga horária de médicos	09
Não cumprimento de horário por parte de funcionários do setor recepção ou marcação de consultas e exames	04
Não cumprimento de carga horária de dentistas	01
Não cumprimento de todos os funcionários que possuem nível superior	01

Não cumprimento de carga horária por parte de agente de saúde	01
Total	16

3.4.3 Não comparecimento de profissionais ao local de trabalho

Neste item, observamos as manifestações referentes ao não comparecimento de profissionais ao local de trabalho (tabela 25).

Compreendemos que os cidadãos demonstram uma indignação compreensível quando o médico não comparece ao local de trabalho, pois, como sabemos, existem grandes dificuldades para marcar os procedimentos.

Nas manifestações sobre o não comparecimento de enfermeiro, observamos que a cidadã sentiu-se “lesada”, pois o teste do pezinho e a coleta de sangue não puderam ser realizados.

E na manifestação sobre o não comparecimento de dentista, o reclamante destacou que o mesmo não compareceu, pois estava de licença.

Portanto, “a relação dos profissionais com os serviços é marcada pela falta de compromisso, embora existam profissionais comprometidos.” (BRASIL, 2000, p. 45).

Tabela 25 - Não comparecimento de profissionais no local de trabalho

Classificação	Nº de Reclamações
Não comparecimento de médico na consulta	05

Não comparecimento de enfermeira no local de trabalho	01
Não comparecimento de dentista na consulta	01
Total	07

3.4.4 Situação salarial

Podemos observar, na tabela 26, questões relacionadas ao pagamento dos funcionários.

Percebemos que todas as manifestações referem-se às dificuldades no recebimento dos salários.

Quanto a essa questão, os participantes da XI CNS destacam que os baixos salários são um dos motivos que levam os funcionários à falta de motivação no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2000).

Tabela 26 - Situação salarial

Classificação	Nº de Reclamações
Demora no pagamento de estagiários da Secretaria do Estado de Saúde	01
Salário dos funcionários estão há 5 anos sem reajuste	01
Auxiliares de enfermagem não estão	01

recebendo salário	
Não recebimento de hora plantão	01
Não recebimento de 13º salário	01
Total	05

3.4.5 Irregularidade nos recursos humanos

Na tabela 27, podemos observar reclamações relacionadas às irregularidade com os recursos humanos.

Nas reclamações sobre funcionário não qualificado, um dos cidadãos relatou que um funcionário trabalhava no setor de raio-x sem ser inscrito no Conselho Regional de Radiologia. Outro destacou que o funcionário não possuía grau de instrução para atuar como gerente ²⁵ do centro de saúde; e também foi evidenciado que o chefe do setor de tomografia era agente de serviços gerais.

Já, na reclamação sobre o favorecimento de funcionários na realização de hora plantão, foi destacado pelo cidadão o privilégio aos amigos, conhecidos e parentes.

Podemos observar, na manifestação sobre os salários desiguais, que este é um dos motivos que levam os funcionários à falta de motivação no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2000).

Na reclamação sobre o funcionário corrupto, o reclamante afirmou que o profissional foi acusado, em um cargo passado, de ter desviado recursos materiais da área da saúde.

²⁵ Gerência pode ser compreendida “como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema” (SANTA CATARINA, 2001, p. 47)

Também podemos verificar, na mesma tabela, irregularidade na contratação de agentes de saúde por meio de indicações políticas.

Ainda foram manifestadas situações em que o funcionário é contratado novamente, mesmo após a aposentadoria, e situações de irregularidade no concurso público.

Por fim, foi enfatizado por um dos cidadãos que o funcionário trabalha em duas unidades de saúde.

Neste sentido, o art 28 da lei 8080/90 destaca que “os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento” do SUS. (SANTA CATARINA, p. 31).

Em contrapartida, os participantes da XI CNS enfatizaram que o “equivoco na lei federal que define a duplicidade de vínculos para todas as categorias virá a agravar” o quadro em que se encontra a saúde pública. (BRASIL, 2001, p. 45).

Tabela 27 - Irregularidade nos recursos humanos

Classificação	Nº de Reclamações
Funcionário não qualificado	03
Favorecimento de funcionários na realização de Plantão	01
Salários desiguais	01
Funcionário corrupto	01
Indicações políticas na contratação de agentes comunitários	01
Funcionário aposentado pela SES é	01

contratado novamente	
Cidadão passou no concurso público e não foi chamado	01
Funcionário trabalha em duas unidades de saúde	01
Total	10

3.4.6 Relacionamento entre funcionários e condições dos locais de trabalho

Na tabela 28, podemos observar que ocorrem conflitos entre os recursos humanos do SUS, dificultando ainda mais a situação da saúde pública.

Também observamos que muitos profissionais desenvolvem o trabalho em locais sem condições para o mesmo.

Tabela 28 - Relacionamento entre funcionários e condições dos locais de trabalho

Classificação	Nº de Reclamações
Discussão entre funcionárias	01
Abuso de poder por parte de funcionária	01
Local inapropriado para funcionários trabalharem	02
Total	04

3.4.7 Sugestões dos cidadãos sobre os recursos humanos

A tabela 29 trata das sugestões que os usuários apresentaram com referência aos recursos humanos no SUS.

Sendo assim, percebemos que muitas delas destacam o desejo de que o atendimento seja prestado com mais qualidade.

Como podemos observar, as sugestões são diversificadas, sempre enfocando aquilo que o usuário acredita ser necessário para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

Também observamos que, na manifestação sobre concurso público, o cidadão focaliza a necessidade de uma oferta mais ampliada de recursos humanos.

Conforme entendimento dos participantes da XI CNS, “os critérios de seleção por outras vias que não o concurso público, favorecem os apadrinhamentos.” (BRASIL, 2000, p.44).

Tabela 29 - Sugestões dos cidadãos sobre os recursos humanos

Classificação	Nº de Sugestões
Sugere que os funcionários orientem melhor os pacientes	01
Sugere realização de concurso público	01
Sugere que funcionárias não sejam transferidas para outro setor	01

Sugere que estagiários ou novos médicos atendam no hospital	01
Sugere treinamento aos enfermeiros	01
Total	05

3.4.8 Elogio aos recursos humanos

Neste item, podemos observar que nem sempre o atendimento prestado pelos recursos humanos do SUS são tidos como insatisfatórios. Percebemos que existem muitos profissionais que se dedicam à profissão e tratam os cidadãos com o devido respeito, mesmo trabalhando - em muitos momentos - em locais precários e recebendo salários irrisórios.

Portanto, essas manifestações detectam que, em muitos momentos, os funcionários da saúde pública prestam um bom atendimento.

Tabela 30 - Elogio aos recursos humanos

Classificação	Nº de Elogios
Elogio ao atendimento médico	06
Elogio ao atendimento de funcionários do setor recepção e marcação	04
Elogio a todos os funcionários do Laboratório	02
Elogio a funcionário do setor administrativo	02

Elogio a todos os funcionários da unidade pelos bons serviços prestados	02
Elogio ao motorista da ambulância	01
Elogio ao diretor de hospital	01
Elogio aos vigilantes	01
Total	19

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988, art. 196, considera que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001, p. 86).

De acordo com Nogueira (2002, p. 152):

O direito à saúde, colocado na Constituição brasileira, ultrapassa a concepção liberal e, até mesmo, a social-democrata. A satisfação das necessidades de saúde é um direito independente de contribuição ou quaisquer requisitos prévios, e também não está submetida a constrangimentos limitativos de quaisquer ordens.

Conhecer então, o que os cidadãos têm a dizer sobre o sistema de saúde, possibilita visualizar alguns aspectos sobre a situação prática dessa política.

É através das informações adquiridas pela Ouvidoria da Saúde do Estado de SC, que pudemos identificar o que alguns cidadãos catarinenses (usuários e funcionários da área) têm a dizer sobre a política nacional de saúde no estado de SC.

Destacamos, através das manifestações dos cidadãos à Ouvidoria da Saúde, questões relacionadas ao acesso, oferta e recursos humanos no SUS.

Identificamos que muitos dos entraves (demora na marcação e realização dos procedimentos, não atendimento, entre outros) ao acesso de serviços e ações do SUS ocorreram devido à baixa oferta de procedimentos, bem como de recursos materiais, financeiros e humanos. Observamos, em algumas situações, que o acesso foi dificultado pelos recursos humanos, que, em alguns momentos, favoreceram alguns usuários, e em outros, não atenderam de forma adequada e satisfatória a população, ou cobraram indevidamente pelos

serviços e ações. Ainda verificamos que a burocracia, a desorganização de algumas unidades e a concentração dos serviços em cidades de maior poder aquisitivo prejudicou os usuários em seu acesso ao SUS.

Assim, fica evidente que o acesso aos serviços e ações de saúde dependem, em muitos momentos, da oferta (de unidades, procedimentos - especialmente consultas especializadas -, materiais para consumo, medicamentos, recursos humanos, entre outros) e da forma como os recursos humanos se posicionam.

Também percebemos que, no estado de SC, a demanda por serviços e ações do SUS é maior que a oferta dos mesmos.

Com relação aos recursos humanos, compreendemos que os mesmos têm fundamental importância no funcionamento do sistema. Consideramos que os profissionais deveriam ser melhor remunerados, dispondo de melhores condições para exercer seu trabalho. Ainda percebemos, que existe no sistema dificuldades no relacionamento entre alguns funcionários e favorecimento de outros. Constatamos a necessidade de maior capacitação e conscientização aos funcionários, pois muitos deles não respeitam os cidadãos de forma adequada e satisfatória.

Percebemos, que a maioria das manifestações enfatizaram: o mau atendimento dos profissionais, a demora na marcação dos procedimentos, o não atendimento, a irregularidade no acesso, a oferta reduzida de profissionais, a falta de medicamentos, materiais para consumo, transporte - entre outros - e o atendimento demorado.

Com relação a isso, Costa (2000, p. 41) conclui que:

A atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de 'participação' da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

Identificamos ainda, através dos elogios, que muitos cidadãos sentem-se satisfeitos com os serviços e ações recebidos no sistema público de saúde.

Sendo assim, verificamos que a implantação do SUS trouxe grandes benefícios à população, mas ainda, muitos dos princípios e objetivos constitucionais precisam ser colocados em prática.

Nesse sentido, Nogueira (2002, p. 21) enfatiza em sua tese, que existe “uma *tendência ao afastamento do que está inscrito na Constituição de 1998, a qual define ser saúde um direito universal*”, garantido através de políticas públicas. Também a mesma detectou, “fortes indícios da reversão do modelo de Estado de Bem Estar institucional-redistributivo pactuado na Constituição de 1988, com o possível retorno ao padrão residual de proteção social.” E ainda, uma tendência a “mercantilização dos cuidados médicos individuais, cabendo à família o cuidado e o financiamento das ações de saúde.”

Comprendemos, a partir da explicação de Costa (2000 apud ABESS, 1996, p. 34), que é nessa arena conflituosa que os Assistentes Sociais estão inseridos. O mesmo acaba “tendo a função, quase sempre silenciosa, de administrar o que é impossível de ser administrado.”

Nos “serviços de saúde qualquer problema que envolva dificuldade de deslocamento, de acesso a medicamentos, a exames, a alimentos, a documentos etc., é encaminhado ao Assistente Social”. Dessa forma, o profissional “cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível.” (COSTA, 2000, p. 58-59).

No mesmo sentido, Simionatto (1998, p. 37) enfatiza, que o profissional tem a preocupação “com a qualidade dos serviços prestados, com o respeito aos usuários, investindo na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de seletividade no acesso aos atendimentos.”

A mesma autora destaca que “os Assistentes Sociais podem estar contribuindo [...] enquanto intelectuais para a criação de uma contra-hegemonia e de novos consensos capazes de interferir na gestão da coisa pública, podendo fazer surgir novas formas de democracia.” (SIMIONATTO, 1998, p. 32).

Portanto, este trabalho contribuiu para que os acadêmicos e profissionais conheçam a realidade vivenciada, por alguns cidadãos, na política pública de saúde. Simionatto (1998, p. 38) enfatiza, que a virtú – expressão utilizada por Maquiavel - do Serviço Social “é estabelecer uma íntima relação com a realidade compreendendo as determinações econômicas, políticas e culturais que a engendram e atravessam a vida dos segmentos com que trabalha.”

Aproveitamos, ainda, este momento para enfatizar que a Ouvidoria é um instrumento que pode contribuir no controle social e também na avaliação das políticas públicas.

No entanto, percebemos que esse serviço precisa de algumas alterações para melhor satisfazer os usuários²⁶. Dessa forma, sugerimos:

- A modernização do arquivo de informações, através da instalação de equipamentos informatizados, pois atualmente os Operadores trabalham com um arquivo manual, fazendo com que a prestação de informações ocorra de forma demorada;
- A contratação de operadores especializados, e não de estagiários, pois a rotatividade dos mesmos é muito grande;

²⁶ Identificamos, através das manifestações algumas reclamações sobre a Ouvidoria da Saúde. Uma delas enfatizava que a Ouvidoria não tinha utilidade pública, outra, enfatizava que a carta-resposta estava demorando demais, e ainda, que a carta resposta não era satisfatória.

- A capacitação dos operadores e supervisores, pois os mesmos necessitam de alguns cursos de aprimoramento e também precisam estar mais bem informados;
- Maior divulgação do serviço em todo Estado, pois a maioria da população catarinense não tem conhecimento da existência da Ouvidoria;
- Contratação de mais funcionários para o atendimento da população;
- Fiscalização das respostas enviadas aos cidadãos;
- Desvinculação da Secretaria de Estado da Saúde;
- E articulação com os Conselhos de Saúde, pois como enfatizado na XI CNS, “a instalação de serviços tipo ‘Disque-SUS’, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, pode igualmente contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de controle social do SUS.” (BRASIL, 2000, p. 63).

Consideramos que a Ouvidoria, se bem organizada, pode contribuir para que as ações e serviços de saúde prestados pelo SUS sejam mais satisfatórios.

Dessa forma, Oliveira (2000, p. 24) destaca, que:

o acesso direto às informações e aos atos administrativos, bem como o registro de reivindicações do cidadão, são mecanismos dos mais baratos e de impacto social amplo e significativo. O cidadão informado, passa a fornecer dados quanto às condições da prestação do serviço, aponta falhas, prioriza suas necessidades, propõe alternativas, contribuindo assim com elementos para a elaboração de políticas públicas.

O mesmo autor ainda enfatiza, que:

as ouvidorias estão atuando como agentes indutores do processo de participação popular, reforçando a sua função de orientar e elevando a qualidade dos serviços prestados pela máquina administrativa. Este estreitamento de relações promove o amadurecimento e o equilíbrio na busca de soluções aos problemas apresentados, tanto pelo cidadão que exige seus direitos como mais critérios, como pelo administrador público na avaliação de prestador de serviços. (OLIVEIRA, 2000, p. 2).

Por fim,

A consolidação da democracia exige o desenvolvimento de novos instrumentos que modernizem o Estado, estimulem a participação e alterem o foco da administração pública, redirecionando-a para o atendimento ao cidadão, racionalizando os recursos públicos, combatendo os desperdícios e a corrupção, conferindo enfim, maior transparência ao exercício do poder político. A ouvidoria no Brasil, mantidos os seus princípios, é uma aliada na conquista desses objetivos. (VISMONA, 2000, p. 15).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia; MATTOS, Márcia. Sistemas de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, n. 61, p. 137-154, 2002.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 143-161.

BODSTEIN, Regina (org.) **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 136 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica/Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CALIL, Saide Jorge. Análise do setor saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 92-121.

COHN, Amélia. O sistema único de saúde: a síndrome da dualidade. **Revista da USP**, São Paulo, n. 51, p. 6-15, 2001.

CONTEXTO. Apresentação. Disponível em: <http://ead.fiocruz.br/cursos/autogestão/ags/apresentação/contexto/tema6/tema6_c.html#2>. Acesso: 03/02/03.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164 p.

COSTA, Frederico Lustosa da; FLEURY, Sonia. Ouvidoria. **IAH Interface de Pesquisa – Lista**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>>. Acesso em: 02 de Julho de 2002.

* COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 35-72, 2000.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

DESSAUNE, Marcos Vervoloet. **Definição do Ombudsman**. Disponível em: <<http://www.klavier.com.br/ombudsman>>. Acesso em: 19/10/2001.

_____. **Ombudsman: articulador da qualidade e da cidadania**. Disponível em: <<http://www.klavier.com.br/ombudsman>>. Acesso em: 19/10/2001.

* FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

FURTADO, André Tosi; SOUZA, José Henrique. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (org.). **Brasil: radiografia da saúde**. São Paulo: UNICAMP, 2001.

GIOVANELLA, Lúgia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, n. 60, p. 37-60, 2002.

* HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, n. 56, p. 57-65, 2000.

LIMA, Juliano de Carvalho et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, n. 60, p. 62-70, 2002.

LOCKS, Maria Teresa Rogério. **Central de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LYRA, Rubens Pinto (org.). **A ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; Curitiba: Editora Universitária/UFPR, 2000.

MALIK, Ana Maria. Oferta em serviços de saúde. **Revista da USP**, São Paulo, n. 51, p. 146-157, 2001.

MEDICINA PREVENTIVA. Realidade Medica. Disponível em: <http://members.tripad.com/medworks/medicinapreventiva/realidade_medico.html>. Acesso em: 03/02/03

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 300 p.

NETTO, Rúbia Schmidt. **O atendimento do elevado número de usuários na emergência do hospital universitário: consiste em falta de estrutura do sistema descentralizado em Florianópolis ou uma referência cultural?** Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Serviço Social, UFSC, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, João Elias. A ouvidoria e a Administração Pública. In.: VISMONA, Edson Luiz et al. **A Ouvidoria no Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado: Associação Brasileira de Ouvidores, 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos da Ouvidoria da Saúde**. Florianópolis: IOESC, 1999.

_____. Secretaria do Estado da Saúde. **SUS – Sistema Único de Saúde Legislação Básica**. Florianópolis: IOESC, 2001.

SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 241-279.

* SCHRAIBER, Lilia Blima; MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 281-297.

SIMIONATTO, Ivete. Dimensões Históricas e teóricas do Serviço Social na contemporaneidade e suas mediações. **Cadernos de Estudos-CRESS 12 Região: Lançamento do Projeto - formação profissional: um projeto de atualização**, Florianópolis, n. 2, p. 19-39, 1998.

* SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, v.23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde, Rio de Janeiro, n. 60, p. 25-36, 2002

VIANA, Sólton Magalhães et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VISMONA, Edson Luiz et al. **A Ouvidoria no Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado: Associação Brasileira de Ouvidores, 2000.

VISMONA, Edson Luiz. A experiência dos ouvidores públicos. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 160-168, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 - Sistema Informatizado da Ouvidoria da Saúde do Estado de Santa Catarina

Sistema de Ouvidoria - Quinta - Feira, 6 de Setembro de 2001, 16:30:59

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SC

- Cadastro
- Resposta
- Relatorios
- Parâmetros
- Tabelas
- Help



**OUVIDORIA
DA SAÚDE
0800 482 800**

ANEXO 2 – Cadastro da Manifestação no Sistema Informatizado

Solicitação - Usuário Atual: 294874 - MÁRIO NELSON ALVES JUNIOR - COORDENADOR OUVIDORIA

Solicitação | Ocorrência Pg 01 | Ocorrência Pg 02

Nº Solicitação: 6317 | Bina: [] | Data: 06/09/2001 | Hora: 16:19

Solicitante: [] | Identidade: []

Cep: [] | Endereço: [] | Número: []

Complemento: [] | Bairro: []

Município: []

Fone: [] | Fax: [] | Imprimir Encaminhamento

Digitador: []

✓ Confirma | ↔ Excluir | ↻ Cancela | 📄 Tabelas | 🖨 Imprime | 🚪 Sair

Solicitações - Usuário Atual

Solicitação | Resposta Ao Cidadão

Providências

[]

Responsável: [] | Data: []

Cargo: []

Resposta

[]

Responsável: [] | Data: []

Cargo: []

✓ Confirma | ↔ Excluir | 🖨 Imprime | ↻ Cancela | 🚪 Sair



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OUVIDORIA

OUVIDORIA
DA SAÚDE
CPOO 182 800

RELATÓRIO ESTATÍSTICO DOS TIPOS DE MANIFESTAÇÕES

Período: 11/05/1999 A 11/05/2001

Dias Úteis: 636

Tipos	07 - 08 h	08 - 09 h	09 - 10 h	10 - 11 h	11 - 12 h	12 - 13 h	13 - 14 h	14 - 15 h	15 - 16 h	16 - 17 h	17 - 18 h	18 - 19 h	Total	Média/Dia
D	03	15	29	38	27	15	29	36	25	39	19	09	284	0,45
E	03	11	07	28	16	09	14	14	14	13	17	05	151	0,24
I	27	187	337	394	361	174	241	320	279	314	230	114	2979	4,68
R	39	135	240	274	208	107	130	157	147	191	140	59	1828	2,87
S	01	13	19	30	26	17	14	12	19	19	15	05	190	0,30
Total:	73	361	632	764	638	322	428	539	484	576	421	192	5432	8,54

Legenda: D => Denúncias E => Elogios I => Informações R => Reclamações S => Sugestões



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OUVIDORIA

Período: 11/05/1999 A 11/05/2001

Dias Úteis: 636

OUVIDORIA
DA SAÚDE
0630 482 800

RELATÓRIO DOS ASSUNTOS MAIS FREQUENTES POR UNIDADES DE SAÚDE
(X) Reclamações (X) Denúncias (X) Informações (X) Sugestões (X) Elogios

Regional de Saúde	Nº Solicit. Recebidas	Nº Solicit. Respondidas	%	Nº Solicit. Pendentes	%	Assuntos	Total	%
Denúncias	284	282 <i>3º</i>	99,30	2	0,70	1º CONSULTA - COBRANÇA IRREGULAR 2º ADMINISTRAÇÃO - RECURSOS HUMANOS 3º CIRURGIA - COBRANÇA IRREGULAR	58 30 22	20,42 10,56 7,75
Elogios	151	144 <i>5º</i>	95,36	7	4,64	1º ELOGIOS -	151	100,00
Informações	2979	2979 <i>1º</i>	100,00	0	0,00	1º INFORMAÇÃO - SOBRE Nº TELEFONE 2º INFORMAÇÃO - PROCED.SUS/ CAMPANHAS/ 3º INFORMAÇÃO - SOBRE O SERVIÇO DE OUVIDORIA	1074 300 180	36,05 10,07 6,04
Reclamações	1828	1765 <i>2º</i>	96,55	63	3,45	1º ATENDIMENTO RUIM - FUNCIONÁRIOS 2º CONSULTA - NÃO MARCAÇÃO 3º EXAMES - NÃO MARCAÇÃO	186 115 109	10,18 6,29 5,96
Sugestões	190	188 <i>1º</i>	98,95	2	1,05	1º SUGESTÃO -	190	100,00
Total	5432	5358	98,64	74	1,36			

Arquivo

ANEXO 5 – Total de Manifestações por Município



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OUVIDORIA

TOTAL DE SOLICITAÇÕES POR MUNICÍPIO - GERAL
11/05/1999 À 11/05/2001

QUANTIDADE
DE SOLICITAÇÕES
TOTAL

Município	Total
1	120
2 AGROLÂNDIA	4
3 AGRONÔMICA	1
4 ÁGUA DOCE	2
5 ÁGUAS MORNAS	1
6 ALFREDO WAGNER	7
7 ANGELINA	8
8 ANITÁPOLIS	2
9 ANTÔNIO CARLOS	1
10 ARABUTÁ	1
11 ARAQUARI	1
12 ARARANGUÁ	9
13 ARMAZÉM	2
14 ARROIO TRINTA	1
15 ASCURRA	5
16 ATALANTA	1
17 BALNEÁRIO BARRA DO SUL	2
18 BALNEÁRIO CAMBORIÚ	20
19 BANDEIRANTE	1
20 BIGUAÇU	43
21 BLUMENAU	33
22 BOCAINA DO SUL	2
23 BOM RETIRO	2
24 BOMBINHAS	4
25 BRAÇO DO NORTE	3
26 BRUNÓPOLIS	1
27 BRUSQUE	3
28 CAÇADOR	7
29 CAIBI	1
30 CAMBORIÚ	7
31 CAMPO ALEGRE	1
32 CAMPO ERÉ	6
33 CAMPOS NOVOS	4
34 CANELINHA	13
35 CANOINHAS	3
36 CAPINZAL	3
37 CAPIVARI DE BAIXO	6
38 CATANDUVAS	12
39 CELSO RAMOS	1
40 CHAPECÓ	33
41 COCAL DO SUL	12
42 CONCÓRDIA	6
43 CORREIA PINTO	12
44 CORUPÁ	4
45 CRICIÚMA	16
46 CUNHA PORÃ	1
47 CURITIBANOS	3
48 DONA EMMA	1
49 FAXINAL DOS GUEDES	1
50 FLORIANÓPOLIS	431

	Município	Total
51	FORMOSA DO SUL	1
52	FORQUILHINHA	1
53	FRAIBURGO	1
54	GAROPABA	8
55	GARUVA	1
56	GASPAR	1
57	GOVERNADOR CELSO RAMOS	7
58	GRÃO PARÁ	1
59	GRAVATAL	4
60	GUABIRUBA	1
61	GUARACIABA	1
62	GUARAMIRIM	7
63	HERVAL DO OESTE	6
64	IBIRAMA	22
65	IÇARA	8
66	ILHOTA	4
67	IMARUÍ	1
68	IMBITUBA	<u>29</u>
69	IMBUIA	4
70	INDAIAL	8
71	IPIRA	2
72	IPORÃ DO OESTE	2
73	IPUAÇU	1
74	ITÁ	1
75	ITAIÓPOLIS	2
76	ITAJAÍ	<u>44</u>
77	ITAPEMA	9
78	ITAPIRANGA	1
79	ITUPORANGA	7
80	JAGUARUNA	7
81	JARAGUÁ DO SUL	15
82	JOAÇABA	20
83	JOINVILLE	140
34	JOSE BOITEAUX	1
35	LACERDÓPOLIS	2
36	LAGES	28
37	LAGUNA	9
38	LAURO MULLER	2
39	LEOBERTO LEAL	4
30	LINDÓIA DO SUL	1
31	LUIZ ALVES	1
32	MAFRA	17
33	MAJOR GERCINO	2
34	MARACAJÁ	2
35	MARAVILHA	1
36	MELEIRO	2
37	MIRIM DOCE	2
38	MONDAÍ	2
39	MONTE CASTELO	1
00	MORRO DA FUMAÇA	1
01	NAVEGANTES	3
02	NOVA TRENTO	4
03	NOVA VENEZA	5
04	ORLEANS	1

	Município	Total
105	OTACÍLIO COSTA	5
106	OUTROS	481
107	PALHOÇA	60
108	PALMA SOLA	2
109	PALMITOS	2
110	PAPANDUVA	4
111	PENHA	5
112	PINHALZINHO	1
113	POMERODE	4
114		1
115	PONTE SERRADA	1
116	PORTO BELO	3
117	PORTO UNIÃO	4
118	POUSO REDONDO	1
119	PRAIA GRANDE	1
120	PRESIDENTE CASTELO BRANCO	4
121	PRESIDENTE NEREU	1
122	RANCHO QUEIMADO	8
123	RIO DAS ANTAS	1
124	RIO DO CAMPO	2
125	RIO DO SUL	11
126	RIO NEGRINHO	2
127	SALETE	2
128	SANTA CECÍLIA	2
129	SANTA HELENA	1
130	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	10
131	SÃO BENTO DO SUL	9
132	SÃO BONIFÁCIO	9
133	SÃO CARLOS	4
134	SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	1
135	SÃO DOMINGOS	4
136	SÃO FRANCISCO DO SUL	4
137	SÃO JOÃO BATISTA	5
138	SÃO JOAQUIM	3
139	SÃO JOSÉ	368
140	SÃO JOSÉ DO CEDRO	1
141	SÃO LUDGERO	3
142	SÃO MIGUEL DO OESTE	1
143	SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	5
144	SEARA	3
145	SIDERÓPOLIS	1
146	SOMBRIO	2
147	TAIÓ	3
148	TIJUCAS	1
149	TIMBÓ	1
150	TROMBUDO CENTRAL	1
151	TUBARÃO	16
152	TUNÁPOLIS	1
153	TURVO	2
154	URUBICI	5
155	URUSSANGA	2
156	VARGEÃO	1
157	VARGEM BONITA	1
158	VIDAL RAMOS	3

	Município	Total
159	VIDEIRA	10
160	WITMARSUM	1
161	XANXERÊ	6
162	XAXIM	3

TOTAL GERAL DE SOLICITAÇÕES 23