

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**FERNANDA MARIA BEZERRA DE MELLO ANTUNES**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA EM SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DO RECIFE**

**RECIFE**

**2012**

Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA EM  
SAÚDE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área Gestão em Saúde.

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

**RECIFE**

**2012**

Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes

## **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área Gestão em Saúde.

Aprovado em: 27 / 04 /2012

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr<sup>o</sup> Sidney Feitosa**

Centro de pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

---

**Prof. Dra. Suely Arruda Vidal**

Instituição de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

---

**Prof. Dr<sup>o</sup> Petrônio José de Lima Martelli**

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho ao meu esposo, Alessandro Antunes, e à minha mãe, Nair Mello, por acreditarem nos meus sonhos e me ajudar a torná-los realidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Ayrton e Nair, pelo apoio e pela paciência no decorrer do curso.

Ao meu marido, Alessandro Antunes, que sempre me incentivou e apoiou, sendo primordial para a concretização desta etapa em minha formação.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), professores e funcionários por me permitirem realizar este sonho.

Ao meu orientador, José Petrônio de Lima Martelli, pela orientação e confiança em todos os momentos.

À minha Co-orientadora, Luciana Carolina Bezerra Albuquerque, pelo compartilhamento de seus conhecimentos e contribuição para confecção do trabalho.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, que sempre se mostraram solícitos.

Aos membros da banca de qualificação, Sidney Feitosa e Isabella Samico, pelas contribuições para aprimoramento do trabalho.

Aos membros da banca examinadora, Suely Arruda e Sidney Feitosa, pelas contribuições para finalização da dissertação.

ANTUNES, Fernanda Maria Bezerra de Mello. **Avaliação da Implantação da Ouvidoria em Saúde no Município do Recife**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

A Ouvidoria Geral do SUS foi criada em 9 de junho de 2003, cujo o objetivo é propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Em 2006, foram estabelecidas as competências do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES). Com o intuito de promover a descentralização das ouvidorias, o DOGES, em parceria com a Prefeitura do Recife, implantaram o Projeto Piloto da Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife. Este estudo visa conhecer os fatores, ligados ao contexto político e estrutural municipal que podem interferir na variação do grau de implantação da Ouvidoria em Saúde no município do Recife. Para tanto, foi realizada a *avaliação normativa* considerando estrutura e processo para definição do grau de implantação das ações e a *pesquisa avaliativa* que analisou os elementos contextuais, considerando as dimensões política e estrutural e sua influência no grau de implantação (GI) da Ouvidoria em Saúde. Foi construído um modelo lógico da intervenção a partir de informações contidas em documentos oficiais. Para coleta de dados referentes ao GI, foi elaborado um questionário estruturado a partir do modelo lógico que foi aplicado ao coordenador do serviço no município avaliado. Para coleta de dados do contexto, foi construído um roteiro para realização de entrevista a partir do modelo político e estrutural, que foi aplicado ao Secretário de Saúde Adjunto, Coordenador e Técnico da Ouvidoria. Também foram analisados documentos oficiais. Utilizou-se um sistema de escores para classificar o GI da Ouvidoria de forma que: excelentemente implantado, quando atinge de 90 a 100%; satisfatoriamente implantado, de 70 a 89%, insatisfatoriamente implantado, de 50 a 69% e crítica, menos de 50 %. O GI da Ouvidoria em Saúde no Recife foi satisfatoriamente implantado com 83,09%. A análise do contexto evidenciou que os principais contribuintes para a implantação das ações da ouvidoria foram o conhecimento dos atores sobre o funcionamento da Ouvidoria, o cenário das manifestações, o planejamento descentralizado, a prioridade dada às ações da ouvidoria e a estrutura satisfatória. Os resultados apontam para um êxito na execução das ações de ouvidoria no município piloto como parte do processo de descentralização do Ouvidoria do SUS.

Palavras-chave: Defesa do Paciente, Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde, Serviços de Saúde.

ANTUNES, Fernanda Maria Bezerra de Mello. **Evaluation of the Implementation of the Health Ombudsman in the City of Recife, Brazil, 2012.** Dissertation (Master in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

### ABSTRACT

The Ombudsman's Office of the Health Care System (SUS) was created on June 9, 2003, whose objectives are to propose, coordinating and implementing the National Policy of Ombudsman in Health of the SUS. In 2006, were established the skills of the Department of the Ombudsman of SUS (DOGES). In order to promote decentralization, the DOGES, in partnership with the city hall of Recife, implemented the pilot project of the Municipal Health Ombudsman of Recife. This study aims to understand the factors linked to local political and structural, can interfere with the variation of the degree of implementation of the Ombudsman in Health in Recife. For this purpose, we performed a *normative evaluation* considering structural dimensions and process to determine the degree of implementation of the actions of the ombudsman and *evaluative research* that examined the contextual elements, considering the political and structural dimensions and their influence on the degree of implementation (GI) of the Ombudsman in Health. With this purpose, was built a logical model of the Health Ombudsman from information contained in official documents. To collect data on the GI, a structured questionnaire was developed from the logical model that was applied to the coordinator of the service in the city evaluated. To collect context data, was built a roadmap for conducting the interview from the political and structural model, which was applied to the Assistant Secretary of Health, Coordinator, and Technical of the Ombudsman. Were also analyzed official documents. The GI of the Ombudsman was classified using a scoring system developed by the authors based on technical literature: excellently implemented when it reaches 90-100%; nicely implemented from 70 to 89%, poorly implemented, 50-69% and critical, less than 50%. The GI of the Ombudsman in Health in Recife was successfully implemented with 83.09%. The context analysis showed that the main contributors to the implementation of the actions of the ombudsman were knowledge of the actors about the operation of the Ombudsman and the scene of demonstrations, decentralized planning, the priority given to the actions of the ombudsman and the structure satisfactory. The results point to a successful of the implementation actions in the pilot city as contributor part of the decentralization process of the Ombudsman's Office of SUS.

Keywords: Patient Advocacy, Health Services Evaluations, Health Management, Health Services.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de medidas com a dimensão de estrutura com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação.....	37
Quadro 2 – Matriz de medidas com a dimensão de processo com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação.....	39
Quadro 3 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do Gestor I.....	43
Quadro 4 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do Gestor II.....	44
Quadro 5 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do técnico.....	45
Quadro 6 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto estrutural segundo as características dos gestores.....	47
Quadro 7 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto estrutural segundo as características organizacionais.....	49
Quadro 8 – Pontuação atingida por cada critério da dimensão estrutura e seu grau de implantação.....	52
Quadro 9 – Pontuação atingida por cada critério do componente sistema informatizado OuvidorSUS da dimensão processo e seu grau de implantação.....	54
Quadro 10 – Pontuação atingida por cada critério do componente rede de ouvidoria da dimensão processo e seu grau de implantação.....	55
Quadro 11 - Pontuação atingida por cada critério do componente gestão e disseminação da informação da dimensão processo e seu grau de implantação.....	57
Quadro 12 – Pontuação atingida por cada critério do componente divulgação da ouvidoria da dimensão processo e seu grau de implantação.....	58
Quadro 13 – Pontuação atingida por cada componente da dimensão processo.....	58
Quadro 14 – Grau de Implantação da Ouvidoria e suas dimensões.....	59



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa do Recife segundo Regiões Políticas Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR).....	29
Figura 2-Pirâmide etária do Recife, 2009.....	29
Figura 3 - Modelo lógico da ouvidoria em saúde no âmbito municipal.....	33
Figura 4 – Influência do contexto político no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde.....	65
Figura 5 – Influência do contexto estrutural no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde.....	66

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO OUVIDORIA.....	13
1.1.1 A Origem do Ombudsman Clássico.....	13
1.1.2 Histórico do Ombudsman/ Ouvidor no Brasil.....	15
1.2 A OUVIDORIA NO SUS.....	16
1.2.1 O Processo de Implantação da ouvidoria Geral do SUS.....	17
1.2.2 A Ouvidoria Municipal do SUS – Recife.....	19
1.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE.....	20
1.3.1 Avaliação Normativa.....	22
1.3.2 Pesquisa Avaliativa.....	23
1.3.2.1 <i>Análise de Implantação</i> .....	23
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>4 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
4.1 ÁREA DE ESTUDO.....	28
4.2 DESENHO DE ESTUDO.....	30
4.2.1 Avaliação do grau de Implantação.....	30
4.2.2 Análise de contexto.....	32
4.3 SUJEITO DE ESTUDO.....	34
4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.5.1 Medição e avaliação do grau de Implantação da Ouvidoria em saúde no município do Recife.....	35
4.5.2 Plano de Análise do Contexto.....	42
4.5.2.1 <i>Análise da dimensão política</i> .....	42
4.5.2.2 <i>Análise da dimensão estrutural</i> .....	46

4.5.2.2.1 Atributos dos gestores.....	46
4.5.2.2.2 Atributos organizacionais.....	48
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>50</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
6.1 AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	51
6.1.1 Avaliação da Dimensão da Estrutura.....	51
6.1.2 Avaliação da Dimensão Processo.....	53
6.1.2.1 <u>Avaliação do componente Sistema Informatizado OuvidorSUS</u> .....	53
6.1.2.2 <u>Avaliação do componente Rede de Ouvidoria</u> .....	54
6.1.2.3 <u>Avaliação do componente Gestão e Disseminação da Informação</u> .....	56
6.1.2.4 <u>Avaliação do componente Mobilização Social</u> .....	57
6.1.2.5 <u>Grau de Implantação do processo</u> .....	58
6.1.3. Grau de Implantação da Dimensão Unitária – Serviço de Ouvidoria Municipal de Sistema de Ouvidoria.....	58
6.2 ANÁLISE DE CONTEXTO.....	59
6.2.1. Análise da dimensão política.....	59
6.2.2. Análise da dimensão estrutural.....	61
6.2.2.1 <u>Atributos dos gestores</u> .....	61
6.2.2.2 <u>Atributos Organizacionais</u> .....	63
6.2.3 Influência do contexto no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde.....	64
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>9 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A – Modelo lógico proposto para a ouvidoria no âmbito municipal.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento para avaliação do grau de implantação da Ouvidoria no</b>	

<b>âmbito municipal.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE C – Instrumento para análise do contexto político e estrutural – Roteiro para entrevista guiada com o Secretário de Saúde.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento para análise do contexto político e estrutural – Roteiro para entrevista guiada com o Coordenador da Ouvidoria.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE E – Instrumento para análise de contexto político – Roteiro para entrevista guiada com o técnico da ouvidoria.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), o PARTICIPASUS aprovado pela Portaria Nº 3.027 de 26 de novembro de 2007, destaca-se (BRASIL, 2007):

[...] é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo.

Assim, a Ouvidoria se apresenta como um disponibilizador de informações estratégicas para a tomada de decisão da administração, funcionando como elemento catalizador no processo de mudança e ajustes da organização. Contribui para o aprimoramento de regulamentos técnicos (tendo como base a experiência adquirida no processo de mediação e atendimento às demandas), sistematizar e dinamizar os canais de comunicação e negociação entre a instituição e o cidadão, visando o desenvolvimento de uma cultura do exercício pleno da cidadania.

O processo de descentralização da Ouvidoria, através da implantação da Ouvidoria Municipal do Recife, traz diversos benefícios tanto para o cidadão/usuário, quanto para o gestor da saúde, como a possibilidade, ao cidadão, de um relacionamento democrático com a gestão, e para os gestores, a possibilidade de realizar uma avaliação do grau de satisfação da população, bem como racionalizar e gerenciar os recursos públicos de maneira mais efetiva.

Sendo a Ouvidoria Municipal do Recife uma nova estratégia de fortalecimento da participação popular, como um novo espaço de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, se faz importante analisar as implicações desse processo, no que diz respeito ao conhecimento da interferência do contexto político e estrutural no grau de implantação da Ouvidoria em Saúde no nível municipal, especificamente por se tratar do projeto piloto de sua descentralização para o nível nacional.

Assim, para este trabalho, será realizada uma revisão teórica sobre as questões que envolvem a criação e a institucionalização da Ouvidoria em Saúde no intuito de melhor compreendê-la. Inicialmente será abordada a contextualização da instituição da Ouvidoria, desde a origem do Ombudsman Clássico no nível mundial, à sua disseminação e institucionalização no Brasil. Também serão abordados o momento político que favoreceu o processo de implantação da Ouvidoria no SUS, assim como também sua posterior descentralização, como projeto piloto nacional, para o município de Recife. Por fim, serão descritos os principais conceitos e classificações na área de avaliação em saúde. Será

explicitado o referencial teórico da avaliação em saúde escolhido, tanto no que diz respeito ao conceito, quanto à tipologia.

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO OUVIDORIA

### 1.1.1 A Origem do Ombudsman Clássico

O Ombudsman / Ouvidoria teve origem na Suécia, no ano de 1713, que foi considerado um ano importante para a criação do Ombudsman, pois este ano teria surgido a figura do ‘Supremo Representante’ (Hogste Ombudsmannen), cuja atribuição era manter a vigilância geral, assegurando que os funcionários do governo exercessem suas funções de acordo com as leis e regulamentos (BASTOS, 2006). O referido ano também foi marcado pelo surgimento da aproximação do Ombudsman Clássico, cuja função seria ouvir as queixas que os cidadãos tinham do poder público, investigá-las e, caso fosse necessário, pedir providências (MENDES, 2002).

Santos (2006) discorre em seus estudos que, no ano de 1719, o supremo representante do rei passa a se chamar Chanceler da Justiça (Justitiekansler), mas apesar dessas mudanças não houve alteração em suas atribuições. O autor acrescenta ainda que de 1766 a 1772, o Chanceler da Justiça passou a ser designado por um corpo representativo e não mais pelo Rei. Para Bastos (2006), este foi o período que antecedeu o surgimento da instituição do Ombudsmannen.

A Suécia, após ter sido derrotada na guerra contra a Rússia em 1807, perdeu metade de seu território, hoje a atual Finlândia. Uma nova constituição foi promulgada em 1809, que limitou o poder real e deu ao parlamento novas prerrogativas (VISMONA, 2001). Este contexto gerou a necessidade de criar instrumentos que controlassem as atividades governamentais. Como o Chanceler da Justiça não tinha total independência do monarca para defender os cidadãos com eficácia, foi criado o Ombudsman. Este, além de ser independente do governo tinha função de garantir os direitos coletivos e individuais do povo, zelando pelo bem estar e defendendo contra as injustiças cometidas pelos representantes do governo (BASTOS 2006; SANTOS 2006).

[...] Dessa forma, o Chanceler da Justiça passa a ter atribuições de representar a Coroa nos casos em que afetam os direitos do Estado, vigiando a administração da justiça e atuando contra juízes e funcionários que não cumpram com o seu dever. Já o Ombudsman, como representante do Parlamento, tem como atribuições vigiar a

forma de como juízes e funcionários do governo observam as leis e denunciar aqueles que atuam ilegalmente ou que não exerçam sobre seus deveres corretamente (BASTOS, 2006).

Assim, o ano de 1809, na Suécia, foi o marco do surgimento Constitucional do Ombudsman Sueco. A expressão nórdica Ombudsman resulta da junção das palavras *ombud* que significa “representante”, “procurador” e *man* que significa homem (MENDES 2002; VISMONA, 2001).

Segundo Vismona (2001), a figura do Ombudsman, cuja missão era de atuar como ponte entre o governo e a população, foi um sinal claro de fortalecimento dos direitos dos cidadãos diante do poder Estatal. O Ombudsman, portanto, representa o cidadão perante o Estado.

Quase um século depois da oficialização da criação do Ombudsman, a Suécia elaborou outros cargos semelhantes. Originou-se, então, o Ombudsman para assuntos militares e judiciais, o da administração civil, o dos consumidores, o da liberdade econômica e, posteriormente, o da imprensa (RODÃO, 1999).

A partir da criação da função de Ombudsman sueco, outros países também instituíram este formato, cuja propagação demorou mais de um século para se iniciar. A Finlândia instituiu o ombudsman em 1919 e, a partir da década de 1950, o instituto se expande com características próprias para a Dinamarca (1954), República Federal da Alemanha (1957), Noruega (1962), Nova Zelândia (1962) e assim sucessivamente (SANTOS, 2006).

A demora para sua propagação é justificada pela dificuldade encontrada nas resistências de governantes e autoridades públicas, que não viam com bons olhos a ingerência externa sobre sua administração. Bastos (2006) acrescenta ainda que chefes de repartição tinham receio que o controle externo interferisse no funcionamento normal do expediente; os servidores tinham medo de serem criticados e receberem advertência e, finalmente, os parlamentares encaravam o Ombudsman como rival no papel de intermediário entre a Administração Pública e a população.

Houve uma grande expansão em todo o mundo da instituição do Ombudsman, nas décadas de 1960 e 1970. No caso dos países Latino-americanos, pode-se afirmar que houve grande influência da Espanha e Portugal devido à sua aproximação histórica e cultural (BASTOS, 2006).

Em 1983, ocorreu o primeiro encontro “Ombudsman para la América Latina”, cujo propósito foi discutir a implantação do ombudsman seguindo as regras dos países latino-

americanos. O produto deste encontro resultou na criação do “Instituto Latino-americano del Ombudsman”, cuja finalidade era coordenar os estudos, a proteção e a instauração da instituição nos diversos países da América Latina (BASTOS, 2006).

O êxito obtido na implantação do Ombudsman, em países regidos por diferentes formas de governo, demonstra o poder de flexibilização e de adaptação do instituto, transformando-o numa instituição praticamente universal. Além do mais, é inegável os benefícios trazidos para os cidadãos, servidores públicos e administração pública. (SANTOS, 2006).

### 1.1.2 Histórico do Ombudsman/ Ouvidor no Brasil

Sobre o surgimento das Ouvidorias no Brasil, consta que a Ouvidoria da forma como é conhecida atualmente, como um órgão que atua representando o cidadão e que age na defesa de seus interesses e direitos, surgiu em 1986, em Curitiba, dando início à sua inserção na Administração Pública. Esta é considerada a primeira Ouvidoria pública do país, sendo desativada após dois anos de funcionamento e voltando a funcionar em âmbito estadual no Paraná em 1991(SILVA, 2010).

A partir de então, o processo de criação de Ouvidorias passou a ser difundido por todo o país, tomando uma importância tal que as ouvidorias ultrapassaram o limite da Administração pública, sendo adotadas também por empresas privadas, com vistas a um objetivo comum, ou seja, conhecer os anseios de seus clientes/consumidores através de reclamações, sugestões e críticas, para que pudessem assim, atingir o mais elevado grau de excelência de seus serviços e/ou produtos (PACHECO, 2003).

Neste contexto, a finalidade da Ouvidoria era atuar na defesa dos direitos individuais e coletivos e contra atos e omissões ilegais ou injustos cometidos pela Administração Pública Municipal. A sua implantação pode ser vista como resposta a uma latente demanda social, produto de duas décadas de silêncio imposto pelo regime político. A abertura democrática chamava atenção para a fragilidade dos mecanismos de controle da Administração Pública brasileira e para o distanciamento resultante do regime militar que havia colocado a sociedade à margem do Estado, reforçando a necessidade de se criar instrumentos que promovessem a participação popular na gestão pública, característica do processo democrático (BASTOS, 2006).

Na Assembléia Nacional Constituinte de 1988, um anteprojeto previa a criação do



Defensor do Povo, com função de zelar pelo efetivo respeito do Estado aos direitos assegurados na Constituição, apurando abusos ou omissões de qualquer autoridade e indicando aos órgãos competentes as medidas necessárias à sua correção ou punição. Apesar da pressão exercida pela opinião pública, juntamente com o sucesso da experiência de Curitiba, a proposta foi abandonada devido às pressões exercidas pelo Ministério Público e do Tribunal de Contas da União. (BASTOS, 2006)

Apenas 16 anos após a promulgação da Constituição de 1988 é que o Congresso Nacional institucionalizou a ouvidoria no Brasil, por meio da Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Esta trata da reforma do Poder Judiciário e estabelece a criação de Ouvidorias de Justiça nos Tribunais e no Ministério Público. Como ente público, o Ouvidor Parlamentar não foi instituído na Administração Pública Brasileira (SANTOS, 2006).

As Ouvidorias são consideradas um canal de comunicação entre instituições e cidadãos, onde seu principal objetivo é representar o cidadão perante essas instituições, sejam públicas ou privadas. No Brasil, como o país ainda vive em um processo de constante fortalecimento de sua democracia, o serviço público tem se interessado em atender o cidadão de forma mais satisfatória e em criar em seus espaços canais que possibilitem uma aproximação maior com seus usuários. Ressalta-se que as ouvidorias não se limitam ao recebimento de manifestações encaminhadas pelos cidadãos, mas atuam como órgão com capacidade de se envolver em todo o processo de instauração de políticas públicas, elas direcionam seus esforços para contribuir com as instituições e oferecer informações para que possa estabelecer as melhorias necessárias para a oferta de serviços mais adequados e com qualidade aos cidadãos (SILVA, 2010).

## 1.2 OUVIDORIA NO SUS

Propriamente na área da saúde, o despertar para o objeto da ouvidoria iniciou-se a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com a proposta da reformulação do sistema de saúde brasileiro, culminando com a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988. A regulamentação se deu por meio da Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e funcionamento dos serviços correspondentes e da Lei 8142/90 que é tida como um marco histórico para a institucionalização de instrumentos de controle social (BRASIL, 2005).

Assim, as leis 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem formas de participação popular na

gestão por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

A Ouvidoria em Saúde Pública, no âmbito do SUS, é relativamente recente e surge complementarmente como um canal de comunicação direta entre usuários do sistema e comunidade, com os gestores, nas esferas federal, estadual e municipal, devendo prezar por um atendimento humanizado e acolhedor, no intuito de reorientar a Política de Saúde em nosso país. Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.193, que disciplina o funcionamento do Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde, criado com o intuito de estreitar as relações do usuário do SUS com os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2005, 2008).

A Ouvidoria atua para atender a todos, sejam cidadãos, profissionais de saúde, gestores, conselhos de saúde, empresas, entre outros. Ao receber uma manifestação, a ouvidoria procura identificar as causas, a sua procedência e os meios para solucioná-la. Age em contato direto com todas as instâncias competentes, internas ou externas à instituição. Busca a satisfação do cidadão e identifica pontos que possam viabilizar a correção de falhas, estimulando processos de melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2008).

Dessa forma, disponibiliza informações estratégicas para a tomada de decisão da administração, funcionando como elemento catalizador no processo de mudança e ajustes da organização. Deve ainda contribuir no aprimoramento de regulamentos técnicos (tendo como base a experiência adquirida no processo de mediação e atendimento às demandas), sistematizar e dinamizar os canais de comunicação e negociação entre a instituição e o cidadão, visando o desenvolvimento de uma cultura do exercício pleno da cidadania. A ouvidoria torna-se, assim, um agente de mudança social e de promoção da saúde pública e da consciência sanitária. A Ouvidoria se constitui num espaço estratégico e legítimo de comunicação entre o cidadão e os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. É fundamental que o cidadão tenha onde registrar sua denúncia, fazer sua reclamação ou pedir informações (BRASIL, 2008).

### 1.2.1 O Processo de Implantação da Ouvidoria Geral do SUS

Com o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, o Governo Federal, ancorado no conceito ampliado de saúde, na qualidade de vida e bem-estar da população, reafirma suas responsabilidades no que se refere à proteção social conforme consta no artigo 3º da Lei 8080, de 1990:

[...] Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL 1990).

Assim, para que ocorra a efetiva participação social na gestão de saúde, é necessária a criação de diferentes mecanismos de mobilização social, fortalecendo assim, a cidadania plena. Espaços de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral fortalecem a participação popular e fomentam a gestão do SUS nas três esferas do governo (BRASIL, 2008).

Com a finalidade de fortalecer a participação popular, por meio do Decreto n.º 4.726, em 9 de junho de 2003, foi criada a Ouvidoria Geral do SUS, cujo o objetivo é propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, através da criação de espaços de discussão para construção pactuada dessa política (BRASIL, 2007). Hoje, a Ouvidoria é considerada um canal direto de comunicação da população com o sistema de saúde, subsidiando a política de saúde do país, e consolidando, com isso, o controle social.

Em 2005, foi construída a Política Nacional de Ouvidoria do SUS e definida suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação. Em 2006, foram estabelecidas as competências do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), por meio do Decreto Nº 5.974 de 29 de novembro do ano referido. Vale ressaltar ainda que o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS encontra-se inserido na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Eles se complementam à medida em que há uma estrutura institucionalizada, tais como os conselhos de Saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 2008).

O DOGES é um dos departamentos ligados à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e compõe a estrutura do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Este vem promovendo espaços de discussão para construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS. Desenvolveu ainda uma ferramenta informatizada, o OuvidorSUS, regulamentado pela portaria nº 8, de 25 de maio de 2007, com o intuito de otimizar as demandas recebidas, agilizando o processo no âmbito que lhe compete, de maneira a estabelecer um fluxo virtual, rápido e sem burocracia (BRASIL, 2008).

Portanto, a Ouvidoria do SUS é um instrumento da democracia participativa, com vistas a contribuir para ampliar a participação e controle social, fortalecendo as estratégias da gestão participativa, levando em consideração as opiniões dos usuários do SUS (BRASIL,

2008).

### 1.2.2 A Ouvidoria Municipal do SUS - RECIFE

A implantação do Sistema Municipal de Ouvidoria do SUS se iniciou a partir das deliberações da VII Conferência Nacional de Saúde, em 2005. No ano seguinte houve a criação da Diretoria Geral de Regulação do Sistema do Recife (DGRS), e esta acolheu a proposta de implantar o serviço. Este momento, favorável à implantação da ouvidoria fez com que fosse sancionada a Lei 17281/2006, que instituiu a ouvidoria municipal em saúde no âmbito da administração pública (RECIFE, 2008).

Diante da necessidade de ampliar e aperfeiçoar esse processo de descentralização das Ouvidorias do SUS, o Ministério da Saúde, através do DOGES da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, realizou um curso de capacitação em Ouvidorias em maio de 2007, com ênfase no Sistema OuvidorSUS. Esta capacitação objetivou abordar questões relevantes acerca do trabalho e conduta adotada pelos profissionais que atuam no serviço de Ouvidoria do SUS, como também as equipes de saúde para que utilizem a Ouvidoria como fonte de disseminação de informação, recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta às manifestações dos cidadãos (MELO, 2009).

Vale salientar que o sistema necessita de melhoramentos para atender às expectativas e necessidade de todos os atores envolvidos nesse processo de descentralização das Ouvidorias do SUS, estando dessa forma em constante aprimoramento. Com esse sistema, as manifestações provenientes de todo o Recife podem ser encaminhadas aos órgãos competentes para serem tratadas. Através deste sistema informatizado que permite visualização em tempo real do andamento dos processos, a Ouvidoria Municipal do Recife pode acompanhar as demandas e as respostas encaminhadas para os cidadãos (BRASIL, 2006).

Para atender a todas as manifestações referentes à rede SUS municipal, houve a necessidade de aperfeiçoar o fluxo das manifestações, com o objetivo de melhorar a qualidade da resolutividade das demandas. Assim, o fluxo do sistema OuvidorSUS segue da seguinte forma: as manifestações da população que chegam à ouvidoria são inseridas no sistema OuvidorSUS. Neste momento, o sistema gera um número de protocolo. As demandas que se encontram no sistema são analisadas, tipificadas e encaminhadas pelos técnicos para os interlocutores dos órgãos responsáveis por tais manifestações. A tipificação tem como

propósito classificar as demandas de acordo com assuntos padronizados e com maior detalhamento, a fim de orientar a tomada de decisões à gestão do SUS (uma vez que as demandas chegaram ao domínio dos interlocutores, estes têm a função de acompanhar as manifestações, monitorar prazos e encaminhar as respostas à Ouvidoria utilizando como meio o Sistema do OuvidorSUS). Por fim, o cidadão, através do protocolo, tem acesso à resposta através do tele-atendimento ou por e-mail, caso a manifestação tenha sido por meio eletrônico (BRASIL, 2008).

A descentralização do sistema teve como objetivo atender às solicitações da população e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Além do fortalecimento do SUS e da defesa do direito à saúde da população, a Ouvidoria é ainda, ferramenta estratégica de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam a tomada de decisões (MELO, 2009). Seu processo de descentralização traz diversos benefícios tanto para o cidadão, quanto para a gestão.

Ao cidadão / usuário é um canal direto para o exercício da cidadania, onde expressar sua opinião quanto aos serviços prestados é ter a possibilidade de um relacionamento democrático com a gestão. O acesso é gratuito, fácil de usar, o cidadão tem uma resposta formal à sua manifestação; obtém informações a respeito dos serviços prestados e a centralização das solicitações / reclamações no atendimento.

Para a gestão, ocorre a possibilidade de um relacionamento democrático com a sociedade, a identificação das necessidades e melhor direcionamento das ações a serem realizadas; melhoria no atendimento e na qualidade dos serviços prestados; permite também avaliar o grau de satisfação da população; racionalizar e gerenciar os recursos públicos de maneira mais efetiva; fortalecer e dar maior credibilidade à imagem da instituição junto à população e ainda, um *feedback* e correção de disfunções no sistema.

### 1.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação e o monitoramento vêm ganhando importância crescente nas últimas décadas. Apesar de ser uma atividade bastante antiga, inerente ao processo de aprendizagem, a avaliação se expandiu no período pós-guerra (WORTHEN et al., 2004). Nesse período, o crescimento dos sistemas de proteção social incorporou segmentos populacionais e ações, até então não assistidos pelos programas de governo, gerando aumento nos custos e exigindo processos avaliativos que orientassem a aplicação dos recursos pelo Estado (HARTZ, 1997;

UCHIMURA).

Pode-se dizer, então, que a necessidade de se avaliar os serviços e os programas de saúde surgiu como uma consequência natural da demanda por contenção de gastos e implantação de instrumentos de monitoramento com vistas ao controle dos custos, justificável num contexto de diminuição do crescimento econômico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Além da necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação e crescente complexidade organizacional dos serviços de saúde; e necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema (CÉSAR; TANAKA, 1996; CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

A área de avaliação de programas e serviços de saúde começou a se desenvolver nos anos 60 e era baseada unicamente nos efeitos produzidos. Este tipo de avaliação apoiava-se no modelo da *caixa-preta*, na qual a intervenção seria impermeável à influência das características do contexto. Como observou McLaughlin (1985), esta abordagem é amparada em uma concepção simplista das condições de implantação das intervenções e é pouco condizente com a realidade de execução, pois não considera o papel desempenhado por um conjunto de variáveis que não a intervenção (características dos atores, da organização, etc.) na determinação dos efeitos observados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Segundo Figueiró et al. (2004) a avaliação é fundamental para a compreensão das ações realizadas e dos resultados obtidos no campo da atenção à saúde, permitindo a verificação da execução e da qualidade das ações. Além de ser um importante instrumento para a tomada de decisões, a avaliação orienta a correção, reorganização, reestruturação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos e de novas práticas nos serviços de saúde (FREESE et al., 2005).

Vieira da Silva(2005) caracterizou a avaliação em saúde como um campo de conhecimento marcado por uma diversidade conceitual e terminológica, uma pluralidade metodológica e por uma multiplicidade de questões consideradas pertinentes. O termo avaliação reúne diversas atividades, cujo espectro varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até uma pesquisa avaliativa. Sendo que as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização,

como políticas, programas e serviços ou sistemas.

As definições de avaliação são numerosas. No entanto, o presente estudo optou pela definição de Contandriopoulos et al. (1997, p. 34) devido ao seu caráter simples e abrangente. Esses autores definem avaliação como “[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. A intervenção é um conjunto de meios organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços e para modificar uma situação problemática. O significado do “julgamento” pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

Hartz (1999) chama a atenção ao fato de que além de permitir um julgamento de valor, a avaliação também objetiva garantir a implantação prática das políticas ou o funcionamento dos serviços. Contrandriopoulos (2006) acrescenta ainda que, as informações produzidas contribuem no julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões.

Sendo assim, a Ouvidoria em Saúde se caracteriza como uma intervenção, pois se trata de um serviço com objetivos e metas bem definidos, que utiliza recursos humanos, financeiros, materiais e simbólicos.

### 1.3.1 Avaliação Normativa

A partir da definição de Contrandriopoulos et al. (1997) identifica-se o objetivo básico da avaliação que é o de produzir julgamento de valor. Segundo esses autores, o julgamento poderá ser feito a partir de uma avaliação normativa ou de uma pesquisa avaliativa.

À avaliação normativa cabe a noção mais tradicional de avaliação, sob a idéia de se julgar o cumprimento de normas prévias do plano. Donabedian (1988) descreve a condução desta avaliação em três eixos: a avaliação de estrutura (recursos empregados e organização), de processo (os serviços ou os bens produzidos) e de resultado (objetivos atingidos), estejam eles implícitos no desejo de avaliar, ou explicitados em metodologias mais trabalhadas.

Neste caso, os critérios e normas são indicadores do bom e do bem, derivados dos resultados de pesquisa ou fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas ou de *experts* na área, que se apóiam no postulado de uma relação entre o respeito aos critérios e os efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

Pode-se, ainda, medir o Grau de Implantação (GI) de uma intervenção. Segundo Denis e Champagne (1997), o grau de implantação é a “[...] contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa na produção dos efeitos [...]”. Para realização desta atividade é necessário que seja especificado os componentes da intervenção; identificado as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisado a variação na implantação em função das características contextuais.

### 1.3.2 Pesquisa Avaliativa

A pesquisa avaliativa busca julgar a realidade observada, como intervenção que se deu, valendo-se de critérios técnico-científicos para tal (SCHRAIBER, 1997). Na forma de um julgamento *ex-post*, a pesquisa avaliativa produz conhecimento novo sobre uma dada realidade. A pesquisa avaliativa se ocupa de conhecer especificamente um objeto, que é a intervenção social, emitindo um julgamento de valor sobre o objeto da avaliação.

Este tipo de avaliação é utilizado para analisar a pertinência – *análise estratégica*, os fundamentos teóricos – *análise lógica*, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, além de examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e o contexto no qual está situada – *análise de implantação*, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias dessas análises (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

#### 1.3.2.1 Análise de Implantação

A análise da implantação consiste em medir a influência que pode ter a variação no GI de uma intervenção nos seus efeitos como também em apreciar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está implantada sobre os efeitos da intervenção (CONTRANDIOPOULOS, 1997).

O interesse pelos problemas ligados à implantação das intervenções surgiu dos limites existentes nas avaliações tipo “caixa preta”. Neste tipo de avaliação, duramente criticada por algumas correntes da avaliação, parte do pressuposto de que existe uma relação estreita entre o cumprimento das normas e os efeitos da intervenção, desconsiderando existir interferências de elementos contextuais durante o processo de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A valorização de um conjunto de fatores que, em graus variados, influenciam a



implantação de programas em seus vários componentes, veio enriquecer e possibilitar compreender porque as práticas sociais têm desempenhos distintos em contextos igualmente distintos. A partir daí, passou-se a valorizar os elementos explicativos dos resultados, das redes sistêmicas que se estabelecem quando da implantação dos programas, as variações dos meios e a percepção dos usuários e trabalhadores. Em última análise, passou-se a considerar o porquê e como os programas funcionam, observando-se a passagem entre o arcabouço teórico do programa, sua implantação e seus efeitos (MEDINA et al., 2005).

Denis e Champagne (1997) propuseram uma tipologia para análise de implantação que aborda três componentes básicos: a análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção – Componente 1; a análise das variações da implantação na eficácia da intervenção – Componente 2; e a análise da interação entre o contexto e a intervenção nos efeitos observados – Componente 3.

Segundo Hartz (1997):

[...] A importância de se avaliar a implantação de uma intervenção revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade do seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

O primeiro componente procura entender melhor as variações observadas em nível da implantação, definindo os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada. Neste caso, a variável dependente é o GI e a preditora são os fatores contextuais. O segundo componente busca analisar a influência do grau de implantação da intervenção. Aqui, a variável dependente são os efeitos observados após a introdução da intervenção e a variável preditora é o próprio GI. O terceiro e último tipo de análise da implantação, por sua vez, combina as variáveis preditoras GI e contexto, analisando a influência desta interação nos efeitos observados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A análise do contexto é etapa fundamental, principalmente no seu primeiro e terceiro componentes (BODSTEIN, 2002). Denis e Champagne (1997) relatam que vários modelos conceituais têm sido utilizados para estudar a influência do contexto na implantação das intervenções. De maneira geral, estes modelos podem ser agrupados em cinco perspectivas: racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural e político.

Diante da variedade de abordagens, Denis e Champagne (1997) citam que cada um dos referidos modelos apresenta limitações, o que os fizeram propor um novo modelo

denominado político-contingente. Segundo este modelo, o processo de implantação deve ser abordado a partir de uma perspectiva política. Deve-se, contudo, levar em consideração características estruturais que influenciam no processo de implantação das intervenções.

Bodstein (2002) enfatiza que a análise do contexto é fundamental para se alcançar uma compreensão global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção. Além disso, também influencia na distância entre o planejado e o executado.

Tanaka e Melo (2004) chamam atenção ao fato de que a análise do contexto deve ser considerada não apenas na fase inicial da avaliação, mas como parte integrante dos achados e permitirá um melhor entendimento sobre grande parte das explicações encontradas. Enfatizam que muitas avaliações que não consideram o contexto em que é realizada produzem resultados binários de causa e efeito, o que permite um julgamento bastante direcionado, prescritivo e com características punitivas.

## 2 JUSTIFICATIVA

### **Considere que a Ouvidoria:**

- a) é uma nova estratégia de fortalecimento da participação popular;
- b) um novo espaço de informação e de escuta;
- c) ferramenta estratégica de promoção da cidadania em saúde;
- d) produtora de informações que subsidiam a tomada de decisões;
- e) tem como uma das meta da política de gestão estratégica e participativa, sua expansão e descentralização para estados e municípios;
- f) seu projeto piloto nacional (Recife), no que se refere às descentralizações das Ouvidorias Municipais, está em efetivo funcionamento;
- g) a importância da avaliação para melhoria na organização das ações da Ouvidoria em saúde e no planejamento de ações futuras.

### **Este estudo se justifica pela:**

- a) necessidade de se avaliar a implantação da Ouvidoria em saúde no nível municipal, visando sua implementação e aperfeiçoamento;
- b) ausência de estudos que avaliem a implantação da Ouvidoria em Saúde;
- c) possibilidade de contribuir na reorganização da Ouvidoria em Saúde no nível Municipal
- d) possibilidade de subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde do Recife sobre a propriedade de seu sistema de Ouvidoria, possibilitando correções ou manutenção de rumo correto;
- e) municiar o Ministério da Saúde sobre experiências municipais que seguem o seu modelo e são bem sucedidas.

### **Desta forma, a presente pesquisa pretende responder as seguintes questões:**

- a) qual o grau de implantação alcançado pela Ouvidoria em Saúde do Recife, considerando a avaliação de estrutura e de processo de suas atividades?
- b) em que contexto a Ouvidoria foi criada e está funcionando?
- c) o grau de implantação da Ouvidoria em Saúde é condicionado pelo contexto político e estrutural, no nível municipal?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Avaliar a implantação da Ouvidoria em Saúde no município do Recife.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Avaliar o grau de implantação da estrutura e do processo de trabalho da Ouvidoria em Saúde no município do Recife;
- b) Analisar o contexto de implantação da Ouvidoria em Saúde no município do Recife.
- c) Analisar a influência do contexto político e estrutural do município no grau de implantação da Ouvidoria em Saúde.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no serviço de Ouvidoria em Saúde do município do Recife. A escolha de tal município levou em consideração o fato de ter sido projeto piloto nacional, no que se refere a descentralização do Sistema OuvidorSUS no nível municipal.

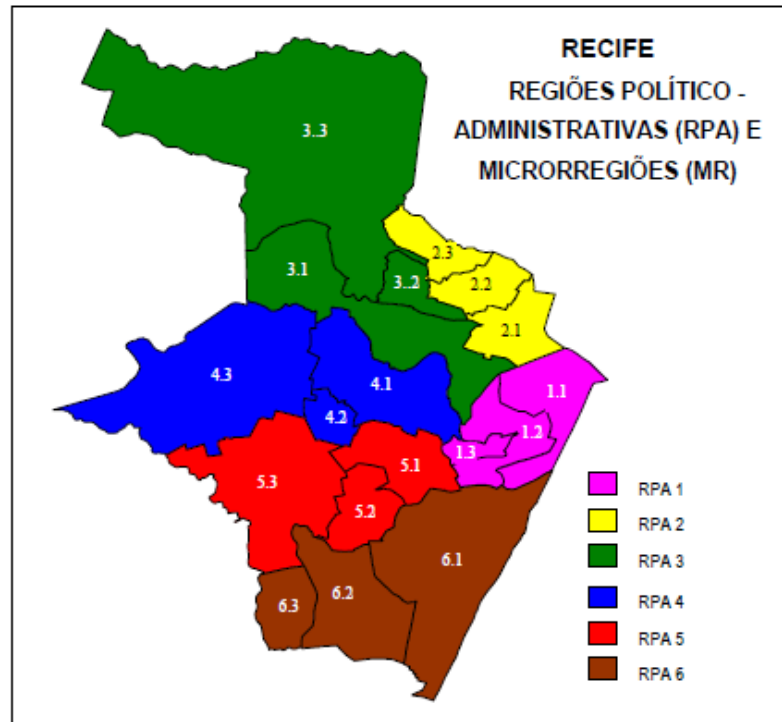
O município apresenta diferenças provocadas pelo quadro sócio-econômico que se consolidou ao longo de sua história. Estas diferenças são marcadas por profundas desigualdades em especial no interior dos bairros, salvo algumas exceções, onde a pobreza é mais generalizada, formando aglomerado popular mais homogêneo. Dessa forma, algumas áreas serão responsáveis pelos piores indicadores de morbi-mortalidade e de pobreza (RECIFE, 2006).

Apesar do quadro de pobreza predominante, é visível as desigualdades entre os diversos estratos da sociedade. Logo, o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade torna-se imprescindível para o enfrentamento dos diversos problemas acometidos pela população, auxiliando na definição de prioridades e adição de estratégias específicas.

Logo, o desafio da gestão municipal consiste em minimizar estas diferenças, com o intuito de melhorar as condições de vida da população através da oferta de serviços públicos que garantam a inclusão social.

O município do Recife é subdividido em 94 bairros e dividido espacialmente em 6 Regiões–Políticas-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. No caso da saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário(DS) (Figura 1).

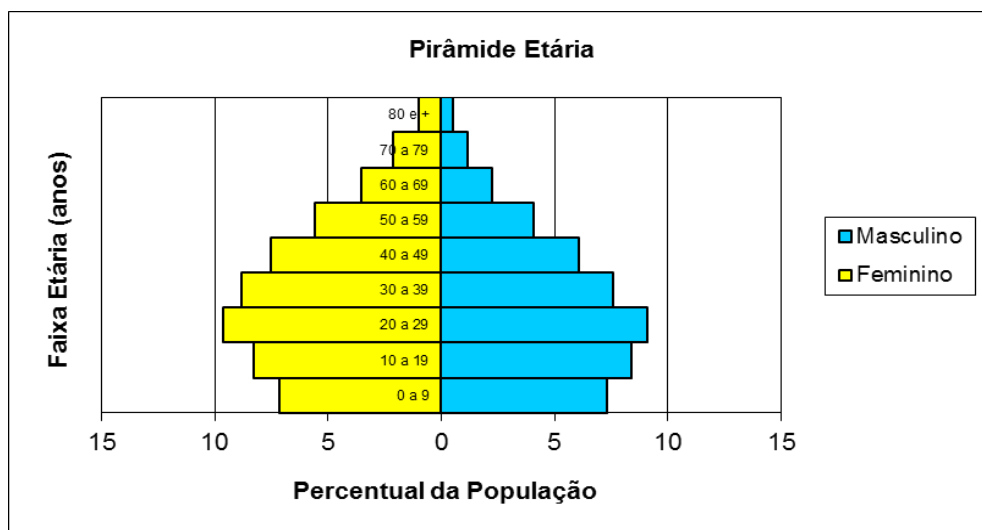
Figura 1- Mapa do Recife segundo Regiões Políticas Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR)



Fonte: Recife (2006).

Segundo estimativas do Censo IBGE (2000) para o ano de 2009, o Recife apresenta uma população de aproximadamente 1.561.663 habitantes, sendo 724.712 do sexo masculino e 836.951 do feminino. Outra característica demográfica importante é o elevado percentual de indivíduos em faixas etárias mais jovens e a tendência de estreitamento da base da pirâmide etária, indicativo do processo de envelhecimento populacional pelo qual vem passando sua população (Figura 2).

Figura 2-Pirâmide etária do Recife, 2009



Fonte: Brasil (2009).

## 4.2 DESENHO DE ESTUDO

A pesquisa avaliativa de caso único, incorporando a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e de processo de trabalho para identificar o GI e a análise de implantação do tipo 1, que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.

### 4.2.1 Avaliação do Grau de Implantação

Construção do modelo lógico- Segundo Medina et al (2004), o modelo lógico é uma representação esquemática dos componentes e da forma de operacionalização do programa, considerando a seqüência lógica dos eventos. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa (HARTZ, 1999). Dessa forma, a apresentação e discussão do modelo lógico permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Além de otimizar o tempo disponível, os recursos destinados ao estudo e a definição dos indicadores a serem utilizados (MEDINA et al., 2004).

Baseado nas abordagens conceituais foi construído o modelo lógico da Ouvidoria em Saúde municipal (figura 3). Para tal, foi utilizado os seguintes documentos:

- a) Guia de Orientações Básicas para implantação de ouvidorias do SUS (BRASIL, 2010);
- b) Portaria n° 8, de 25 de maio de 2007 (BRASIL, 2007);
- c) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (Portaria GM/MS n° 3.027/2007) (BRASIL, 2008)
- d) Decreto Presidencial n°6.680/2009
- e) Pacto de gestão do SUS (BRASIL, 2006)
- f) Carta dos direitos dos usuários do SUS
- g) Decretos n° 4.726/2003 e n°6.860/2009
- h) Leis 8080/90 e 8142/90

i) Constituição Federal de 1988

A construção do modelo lógico partiu da identificação do problema que gerou a necessidade de implantação de uma ouvidoria (insipiente participação popular para a melhoria dos serviços da saúde). Após essa etapa, apontou-se a intervenção a ser avaliada (ouvidoria em saúde como canal democrático de informação e de escuta da população em geral), identificou-se seus componentes (sistema OuvidorSUS, rede de ouvidoria, gestão da informação e por fim, a disseminação e divulgação da ouvidoria). Para cada componente foi especificado a estrutura necessária (espaço físico, localização, acessibilidade, recursos materiais, recursos humanos e normatização) e o processo adequado (ações a serem realizadas), visando resultados a curto e médio prazo que levariam a longo prazo fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa no SUS. O modelo lógico completo encontra-se no Apêndice A, e o resumido na figura 3.

*Construção da matriz de análise do Grau de Implantação* – A partir do Modelo Lógico foi construído a matriz para a avaliação da estrutura e do processo (MEDINA et al., 2005). Esta contém as categorias e sub-categorias de análise, os objetivos de sua implantação, indicadores, normas e critérios preconizados para a realização das ações de rotina da ouvidoria no nível municipal. Pode-se afirmar ainda que essa matriz foi construída para refletir o que é idealizado em relação às ações a serem desenvolvidas pela Ouvidoria (Quadro 1 e 2).

- a) Avaliação da estrutura compreende um dos componentes da avaliação normativa. Segundo Contrandiopoulos et al. (1997, p.35) consiste em “...saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados”. Esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas. Desta forma, foi avaliada a estrutura física, a qualificação dos recursos humanos e a existência de equipamentos quanto às normas preconizadas.
- b) Avaliação do processo é outro componente da avaliação normativa. Consiste em:
 

[...] saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados (CONTRANDIOPOULOS et al. , 1997, p.36).
- c) Determinação do grau de implantação – Com base na avaliação de estrutura e de processo foi estimado o grau de implantação. Para isso, foi utilizado o sistema de



escores, a partir do método proposto por Felisberto (2001), que permite classificar a rede de Ouvidoria em saúde do Município do Recife em distintos níveis de implantação.

#### 4.2.2 Análise de Contexto

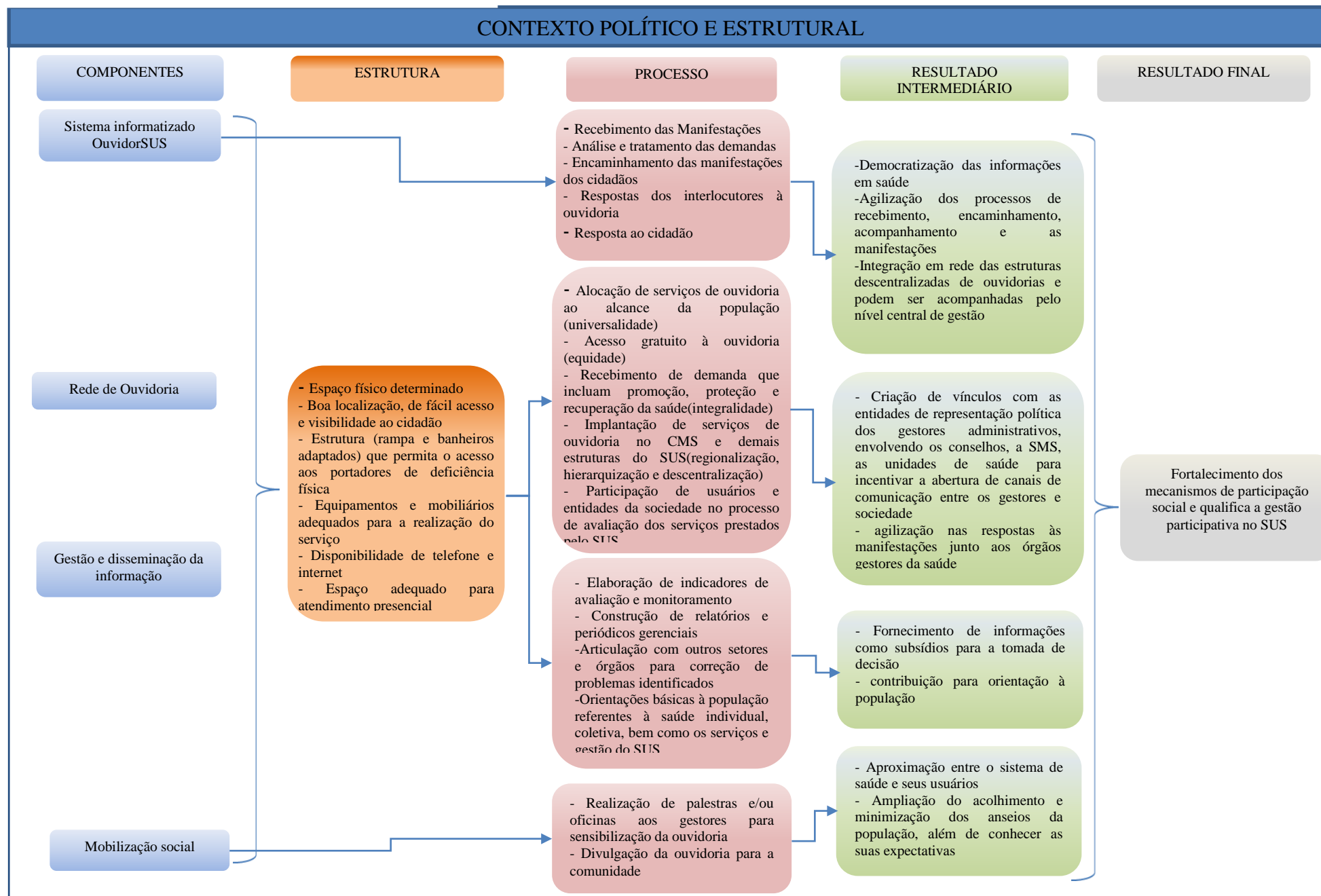
Com o intuito de compreender as diferenças no Grau de Implantação, foram analisados alguns elementos do contexto nas dimensões político-estrutural e que podem ter influenciado o grau de Implantação da Ouvidoria.

[...] os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67).

[...] Segundo este modelo, o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p.67).

Construção da Matriz de Análise do Contexto – Foi construído matrizes para a análise do contexto político (Quadro 3, 4 e 5) e estrutural (6 e 7). Estas são constituídas de categorias e subcategorias de análise, os critérios para avaliação de cada categoria, a forma de coleta das informações e o julgamento da possível interferência destas variáveis no grau de implantação das ações da Ouvidoria em Saúde.

- a) Análise da dimensão política – as matrizes foram elaboradas a partir de intenções e atitudes dos atores, aos movimentos feitos por eles no sentido de favorecer ou dificultar a implantação da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p.67).
- b) Análise da dimensão estrutural – as matrizes foram elaboradas a partir dos atributos dos gestores e organizacionais que apontem para a superação de uma estrutura que funcione de forma mecânica (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p.67).



Fonte: Autora

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A equipe de Ouvidoria Municipal do SUS - Recife é composta por um coordenador, três assessores técnicos, dois supervisores, oito tele-atendentes e vinte e três interlocutores. No caso dos interlocutores, por se tratar da sub-rede de ouvidoria, ficam distribuídos nos diversos departamentos da secretaria de saúde: doze nas diretorias, oito nos distrito sanitário e três nas maternidades municipais.

Ao considerar que a finalidade da análise de implantação é conhecer o cenário onde a intervenção está implantada, e que este deve oferecer diferentes níveis de explicação do fenômeno observado, foram escolhidos como informantes chaves os atores envolvidos diretamente com o serviço:

a) Secretário Municipal de Saúde – ator fundamental, responsável pela condução da política de saúde municipal de cuja vontade política depende a execução do programa;

b) Ouvidor ou Coordenador da Ouvidoria em Saúde – Responsável direto pela ouvidoria com atribuição de gerar e disseminar informação, além de divulgar o papel da ouvidoria tanto para a população quanto para os gestores, estreitando assim as relações entre o usuário e a gestão do SUS.

c) Técnico da ouvidoria em saúde – tem o papel de receber manifestações, analisar e tratar ou tipificar as demandas, encaminhar aos órgãos responsáveis e fornecer resposta ao cidadão; além de auxiliar na gestão da informação através do Sistema OuvidorSUS

### 4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta dos dados para avaliar o Grau de Implantação, foi utilizado um questionário semi-estruturado aplicados ao coordenador da ouvidoria construído a partir de critérios e normas para o sistema de ouvidoria do SUS, sendo este subsidiado pelo modelo lógico.

Para análise do contexto foram realizadas entrevistas com informantes chaves (Secretário de Saúde, Ouvidor ou Coordenador da Ouvidoria e técnico da ouvidoria). Além das entrevistas foram analisados o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão, Relatórios da Ouvidoria e documentos oficiais que tratam da normatização das Ouvidorias do SUS.

É importante salientar que as entrevistas são de grande contribuição, na medida em que permitem esmiuçar questões junto a informantes chaves do objeto estudado. Segundo Minayo

(2000) as entrevistas podem fornecer duas modalidades de informações: uma referente a dados “objetivos” que poderiam também ser adquiridos em outras fontes como bancos de dados, documentos, sistemas de informações etc. – o que permite fazer um contraponto com os dados coletados via análise documental - e outra referente a dados “subjetivos”, tais como opiniões, atitudes, crenças e valores dos entrevistados.

Para o presente estudo, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas, que segundo Minayo (2004), é um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”, visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

#### 4.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

No plano de análise estão discriminados os procedimentos adotados para a avaliação do grau de implantação e a análise do contexto.

##### 4.5.1 Medição e avaliação do grau de implantação da Ouvidoria em Saúde no município do Recife

Para avaliação do GI da estrutura e do processo, e para a definição do grau de implantação do serviço foi utilizado um sistema de escores. Este sistema de escores permitiu a identificação de dificuldades na rede de Ouvidoria Municipal.

O grau de implantação da Ouvidoria em Saúde é um indicador sintético que será definido a partir da ponderação das suas dimensões (estrutura e processo). É importante salientar que o peso do processo foi maior do que a estrutura por considerá-lo de maior importância para a realização das ações da ouvidoria. Esse sistema atribui, para cada aspecto da *estrutura* e do *processo* de realização das ações, uma pontuação específica com o objetivo de chegar a uma pontuação máxima final que resultará no grau de implantação da Ouvidoria em Saúde. Foram avaliados 56 itens, sendo que 29 se referem à estrutura e 27 ao processo de trabalho (Quadro 2).

O cálculo para escores da ouvidoria:

- a) **Estrutura:** Escore = Somatório da pontuação dos indicadores de estrutura.
- b) **Processo:** Escore = Somatório da pontuação dos indicadores de processo.
- c) **Escore final** = Escore do processo x 6 + Escore da estrutura x 4 / 10

Para a construção do sistema de escores foi atribuído para cada indicador uma pontuação definida de forma arbitrária. A partir destas pontuações máximas descritas na matriz de medidas e da pontuação obtida pela ouvidoria em saúde, foi calculado por meio de uma regra de três simples o grau de implantação. Este foi classificado em quatro situações arbitrariamente definidas, tendo sido definido também cores para identificação visual do grau de implantação:

Verde de 90 a 100% implantada - excelente

Amarelo de 70 a 89% implantada - satisfatória

Laranja de 50 a 69% implantada - insatisfatória

Vermelho crítica < 50% implantada - crítica

Quadro 1 – Matriz de medidas com a dimensão de **estrutura** com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação (Continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
ESTRUTURA	Espaço Físico	Existência de espaço físico determinado com divisória para atendimento presencial e espaço para palestras e oficinas	Pelo menos 1 espaço	1 espaço: 1 ponto 0 espaço: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
	Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão	Existência de sinalizações da localização da Ouvidoria	Placas/cartazes indicado a localização	3 placas: 1 ponto 2 placas: 0,5 pontos 0 placas: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave
		Distância da parada de ônibus até a ouvidoria	Distância máxima de 300m	Até 300 m: 1 ponto Mais de 300m: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
	Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados)	Existência de rampa	Pelo menos 1 rampa	1 rampa: 1 ponto 0 rampa: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Existência de banheiros adaptados	Pelo menos 1 banheiro adaptado	1 banheiro adaptado: 1 ponto 0 banheiro adaptado: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
	Equipamentos	Número de computadores com internet	Pelo menos 4 comput. Internet + 1 por interlocutor	4comput.e 1 por interlocutor: 1 ponto 2comp.e/ou falta comp por interlocutor : 0,5 pontos 0 comp.: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de impressoras	Pelo menos 1 impressora	1 impressora: 1 ponto 0 impressora: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de telefones exclusivos	Pelo menos 1 telefone	1 telefone: 1 ponto 0 telefone: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de fax	Pelo menos 1 fax	1 fax/scaner: 1 ponto 0 fax: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
	Mobiliários	Número de mesas/escrivania com cadeiras giratórias	Pelo menos 4 mesas/escrivania com cadeiras giratórias + 1 por interlocutor	4 mesa com cadeira e 1 por interlocutor: 1 ponto 2 mesas c/cadeira e/ou falta para interlocutores:0,5 pontos 0 mesa c/ cadeira: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de armários	Pelo menos 1 armário	1 armário: 1 ponto 0 armário: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
	Material de Expediente	Existência de material de expediente	Suprimento de papel, tinta de impressora, pen drive.	Suprimento: 1 ponto Não suprimento: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave
	Veículo	Disponibilidade de veículo	1 carro para verificação da manifestação/interlocutor	Carro/ interlocutor: 1 ponto Falta carro para interlocutor: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave

Quadro 1 – Matriz de medidas com a dimensão de **estrutura** com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação (Conclusão)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
ESTRUTURA	Recursos Humanos	Existência de ouvidor	1 Ouvidor	1 Ouvidor: 1 ponto 0 ouvidor: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Existência de Coordenador	Pelo menos 1 coordenador	1 coordenador: 1 ponto 0 coordenador: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de Técnicos	Pelo menos 2 técnicos	2 técnicos: 1 ponto 1 técnico: 0,5 ponto 0 técnico: 0 ponto	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de teleatendentes	Pelo menos 4 teleatendentes	4 teleatendentes: 1 ponto 2 teleatendentes: 0,5 pontos 0 atendentes: 0 pontos	Observação; entrevista ao informante chave
		Número de Interlocutores	Pelo menos 6 interlocutores	6 interlocutores: 1 ponto 3 interlocutores: 0,5 pontos 0 interlocutores: 0 pontos	Entrevista ao informante chave
	Cobertura de habilitação profissional no Sistema OuvidorSUS	Existência de Ouvidor Treinado	Ouvidor treinado	Ouvidor treinado: 1 ponto não treinado: 0 pontos	Entrevista ao informante chave
		% coordenador treinado	100% dos coordenadores treinados	Coord. treinado: 1 ponto Coord não treinado: 0 ponto	Entrevista ao informante chave
		% de técnicos treinados	100% dos técnicos treinados	Técnicos treinados: 1 ponto Não treinados: 0 pontos	Entrevista ao informante chave
		% de teleatendentes treinados	100% dos teleatendentes treinados	Teleatend. treinados: 1 ponto Não treinados: 0 pontos	Entrevista ao informante chave
		% de interlocutores treinados	100% dos interlocutores treinados	Interloc. treinados: 1 ponto Não treinado: 0 pontos	Entrevista ao informante chave
	Instrumento normativo de regulamentação	Existência de instrumento normativo que regulamente a Ouvidoria	Instrumento normativo	normatização: 1 ponto não normatização: 0 ponto	Entrevista ao informante chave
	Capacitação para produção de informação	N de profissionais capacitados para produção de informação	Pelo menos 1 profissional capacitado	1 profis. capacitado: 1 ponto 0 profis. capacitado: 0 ponto	Entrevista com o informante chave
	Material	Existência de material para confecção de relatórios, periódicos, materiais informativos	Suprimento de papel, tinta de impressora, CD	Material : 1 ponto Falta de material: 0 ponto	Entrevista com o informante chave

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho

Quadro 2 – Matriz de medidas com a dimensão de **processo** com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação (continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PROCESSO	Sistema Informatizado OuvidorSUS	Recebimento das Manifestações	% de manifestações recebidas por caixas de sugestões/mês	3% de manifestações por caixas de sugestões	3% por caixas de sugestões: 1 ponto <3% e >0% : 0,5 pontos 0%: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			Manifestações recebidas por cartas/mês	Existência de manifestações por cartas	Há manifestação por carta: 1 ponto Não há manifestação por cartas: 0 ponto	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			Manifestações recebidas por correspondência oficial/mês	Há manifestações por correspondência oficial	Há manifestação por correspondência oficial: 1 ponto Não há correspondência oficial: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			Manifestações recebidas por fax/mês	Há manifestações por fax	Há manifestação por fax: 1 ponto Não há manifestação por fax: 0 ponto	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			% de manifestações recebidas por internet/mês	5% de manifestações por internet	5% por internet: 1 ponto <5% e >0%: 0,5 pontos 0 por internet: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			% de manifestações recebidas por telefone/mês	80% de manifestações por telefone	80% por telefone: 1 ponto <80% e >59%: 0,5 pontos <60%: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria
			% de manifestações recebidas por forma presencial/mês	10% de manifestações por forma presencial	10% presencial: 1 ponto <10% e > 0%: 0,5 ponto 0%: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria
		Análise e tratamento das demandas	% de demandas analisadas (tipificadas) e encaminhadas	90% das demandas tipificadas e encaminhadas	90% tipificado/encaminhada: 1 ponto < 90% e > 40% : 0,5 ponto <0%: 0 pontos	Sistema OuvidorSUS; entrevista com informante chave
		Respostas dos Interlocutos à Ouvidoria	% de demandas concluídas	70% das demandas concluídas	70% concluída: 1 ponto <70% e > 49%: 0,5 pontos 49% até 0%: 0 pontos	Sistema OuvidorSUS; entrevista com informante chave
		Fechamento da demanda/Resposta ao cidadão	% de demandas fechadas	90% de demandas fechadas	90 % fechadas: 1 ponto <90% e > 49%: 0,5 pontos 49% até 0: 0 pontos	Sistema OuvidorSUS; entrevista com informante chave



Quadro 2 – Matriz de medidas com a dimensão de **processo** com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação

(Continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PROCESSO	Rede de Ouvidoria	Ouvidoria ao alcance da população - universal	Nº Serviços(acesso) de ouvidoria/Distrito Sanitário	pelo menos 1 serviço em cada Distrito Sanitário	1 serviço por DS: 1 ponto Falta serviço em algum DS: 0 pontos	Relatório de Gestão; entrevista com o informante chave
		Acesso gratuito à Ouvidoria - equidade	Nº de meios de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria	pelo menos 1 acesso à ouvidoria gratuito	1 acesso gratuito: 1 ponto 0 acesso gratuito: 0 pontos	Relatório de Gestão; entrevista com o informante chave
		Demandas que incluem promoção, proteção e recuperação da saúde –	Existência de manifestações referentes à promoção da saúde	Pelo menos 1 manifestação sobre promoção da saúde	1 demanda de promoção: 1 ponto O demandas de promoção: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria; entrevista com informante chave
			Existência de manifestações referentes à proteção	Pelo menos 1 manifestação sobre proteção	1 demanda de proteção: 1 ponto O demandas de proteção: 0 pontos 0 a 10	Relatório Gerencial da Ouvidoria; entrevista com informante chave
			Existência de manifestações referentes à recuperação da saúde	Pelo menos 1 manifestação sobre	1 demanda de recuperação: 1 ponto O demandas de recuperação: 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria; entrevista com informante chave
		Extensão da Ouvidoria para o CMS e demais estruturas do SUS - regionalização, hierarquização e descentralização	% de diretorias da SMS com interlocutores	recuperação da saúde	100% das diretorias com interlocutores: 1 ponto <100% e >49%: 0,5 pontos <50% até 0: 0 ponto	Relatório de Gestão; entrevista com informante chave
			% de DS da SMS com interlocutores	100% dos DS da SMS com interlocutores	100% dos distritos com interlocutores: 1 ponto <100% e >49%: 0,5 pontos <50% até 0: 0 ponto	Relatório de Gestão; entrevista com informante chave
			Existência de articulação com o CMS	Algum tipo de articulação	Há articulação com o CMS: 1 ponto Não há articulação com o CMS: 0 ponto	Relatório de Gestão; entrevista com informante chave

Quadro 2 – Matriz de medidas com a dimensão de **processo** com: componentes, critérios avaliados, nota e fonte de verificação (conclusão)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PROCESSO	Gestão e disseminação da Informação	Participação de usuários na avaliação dos serviços do SUS	Existência de estímulo à participação de usuários no processo de avaliação dos serviços do SUS	Algum tipo de estímulo realizado	Existência de estímulo: 1 ponto Ausência de estímulo: 0 ponto	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
		Indicadores de avaliação e monitoramento	Existência de Indicadores elaborados de Avaliação e Monitoramento	Pelo menos 3 indicador	3 indicadores: 1 ponto 1 a 2 indicadores: 0,5 ponto 0 indicadores : 0 pontos	Relatório Gerencial da Ouvidoria; entrevista com informante chave
		Relatórios e periódicos gerenciais	N relatórios e/ou periódicos anuais, temáticos e segmentados	Pelo menos 2 relatórios ao ano	2 relatórios: 1 ponto 1 relatório: 0,5 pontos 0 relatórios: 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
		Articulação com outros órgão/setores	Nº e tipo de órgãos articulados para a correção de problemas identificados, mediante reclamações, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde	Todos órgãos competentes	Existência de articulação para correção de problemas: 1 ponto Inexistência de articulação: 0 pontos	Entrevista com o informante chave
		Produção de material informativo e formativo	Nº e tipo de material formativo e informativo produzido que divulgue orientações básicas sobre saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS	Folderes, cartazes e cartilhas produzidas	Existência de material formativo: 1 ponto Inexistência de material: 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
	Mobilização Social	Conhecimento do papel da ouvidoria	Nº de palestras e/ou oficinas para os departamentos da SMS	Pelo menos 1 palestra e/ou oficina para gestores	1 palestra e/ou oficina para gestores: 1 ponto Inexistência de palestra e/ou oficina: 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
			Nº de palestras e/ou oficinas para os Distritos Sanitários da SMS	Pelo menos 1 palestra e/ou oficina para gestores	1 palestra e/ou oficina para gestores dos DS: 1 ponto Inexistência de palestra e/ou oficina : 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
			Nº de palestras e/ou oficinas para os estabelecimento de saúde	Pelo menos 1 palestra e/ou oficina para gestores	1 palestra e/ou oficina para gestores dos estabel: 1 ponto Inexistência de palestra e/ou oficina: 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
		Divulgação da Ouvidoria	Nº e tipo de atividades realizadas, voltadas para a disseminação da ouvidoria	Pelo menos 3 meio de divulgação da ouvidoria	3 meios de divulgação da Ouvidoria: 1 ponto 1 a 2 meios de divulgação: 0,5 pontos 0 meio de divulgação: 0 pontos	Entrevista com o informante chave; relatório de gestão
	<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO DO PROCESSO</b>					<b>0 a 27</b>

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho

#### 4.5.2 Plano de Análise do Contexto

Para análise do contexto, as questões foram construídas a partir das categorias analíticas do modelo político e contingente, proposta por Hartz (1997), como se segue:

##### 4.5.2.1 *Análise da dimensão política*

Segundo Denis e Champagne (1997), na perspectiva política, o contexto favorável à implantação depende da abordagem de três fatores:

[...] de um suporte importante dado à intervenção pelos agentes de implantação; do exercício, por estes, de um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; e de uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetos que ali estão associados.

No que se refere às dificuldades relacionadas à implantação de uma intervenção, os referidos autores afirmam que:

[...] não dependem de uma ineficácia do processo de planejamento ou do sistema de controle, mas sim de interesses particulares dos atores influentes na organização.

Para verificar a influência no grau de implantação, foi analisado a dimensão política sobre os aspectos a seguir:

- a) As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?
- b) Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?
- c) Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?

A partir destes aspectos, foram elaboradas matrizes (Quadros 4, 5 e 6) voltadas para os distintos níveis de atuação dos atores do estudo, sendo composta por: gestor, ouvidor/coordenador e técnico municipal de saúde. Nestas matrizes, além das categorias e subcategorias de análise, foram inseridas também os critérios que foram avaliados em cada categoria e o julgamento da possível interferência destas variáveis no grau de implantação das ações da ouvidoria em saúde.

Quadro 3 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do secretário de saúde-Gestor I

<b>CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>	<b>INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CRITÉRIOS</b>	<b>JULGAMENTO</b>
<b>POLÍTICA</b>	As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?	O gestor dá suporte à implantação da intervenção?	Existência de ações realizadas pelo gestor que contribuem para implantação das ações da ouvidoria	Existência de ações - gestão dá suporte - contexto favorece implantação
	Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	O gestor exerce controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção?	Gestor conhece a importância da ouvidoria para a gestão e o controle social	Gestor conhece a importância para a gestão e o controle social - contexto favorece a implantação
			Gestor conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria: - local e classificação das manifestações - nível da satisfação do usuário	Gestor conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria -exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Gestor participa do planejamento das ações da Ouvidoria junto com a equipe	gestor participa do planejamento - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
	Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Há coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o gestor dá à intervenção e os objetivos que estão associados?	O gestor considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS	Gestor considera ouvidoria como prioridade - motivos coerentes - contexto favorece a implantação

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do coordenador - Gestor II

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	JULGAMENTO
<b>POLÍTICA</b>	As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?	O coordenador dá suporte à implantação da intervenção?	Existência de ações realizadas pelo Coordenador que contribuem para implantação da Ouvidoria	Existência de ações - Coordenador dá suporte - contexto favorece a implantação
	Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	O coordenador exerce um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção?	Conhece a importância para a gestão e o controle social (sabe que não se limita a encaminhar e responder demandas)	Coordenador conhece o importância para a gestão e o controle social-exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria: -local e classificação das manifestações; -nível da satisfação do usuário	Coordenador conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Realiza parceria com o Conselho Municipal de Saúde	realiza parceria com o conselho - exerce controle na organização - o contexto favorece a implantação
			Reúne-se com a sub rede	Coordenador se reúne com a sub-rede - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Participa da construção de documentos como Plano municipal de Saúde, Plano Pluri Anual, plano de ações e metas	Coordenador participa da construção de documentos - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Planeja ações juntamente com o gestor, com os técnicos/interlocutores	Coordenador participa do planejamento - exerce controle da organização - controle favorece a implantação
	Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Há coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o coordenador dá à intervenção e os objetivos que estão associados?	Coordenador considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS	Coordenador considera ouvidoria como prioridade - motivos coerentes - contexto favorece a implantação

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 5 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do técnico

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	JULGAMENTO
POLÍTICA	As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?	Os Técnicos dão suporte à implantação da intervenção?	Existência de ações realizadas pelo técnico que contribuem para a implantação da ouvidoria	Existência de ações - técnico dá suporte - contexto favorece a implantação
	Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	Os técnicos exercem um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção?	O técnico conhece a importância para a gestão e controle social (sabe que não se limita a encaminhar e responder demandas)	Técnico conhece a importância para a gestão e o controle social - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Técnico conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria: -local e classificação das manifestações; -nível da satisfação do usuário	Técnico conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
			Técnico participa do planejamento das ações juntamente com o gestor e com o coordenador	Técnico participa do planejamento - exerce controle da organização - controle favorece a implantação
			Participa da construção de documentos como Plano municipal de Saúde, Plano Pluri Anual, plano de ações e metas	Técnico participa da construção de documentos - exerce controle na organização - contexto favorece a implantação
	Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Há coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o técnico dá à intervenção e os objetivos que estão associados?	Técnico considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS; - Técnico trabalha com Ouvidoria porque gosta e acredita no serviço	técnico considera ouvidoria prioridade - motivos coerentes - contexto favorece implantação

Fonte: Elaborado pela autora

#### *4.5.2.2 Análise da dimensão estrutural*

A análise da perspectiva estrutural foi baseada na abordagem de Denis e Champagne (1997), onde as organizações que implantam uma intervenção em um contexto favorável se distinguem das outras por uma série de características referentes aos atributos organizacionais, contexto organizacional (características do ambiente) e aos atributos dos gestores.

Para a realização deste trabalho foi considerado os atributos que contribuem para a superação de estruturas rígidas que colaboram para a adaptação de mudanças.

##### *4.5.2.2.1 Atributos dos gestores*

Para avaliar os atributos dos gestores como fator influente no grau de implantação da ouvidoria em saúde, foi averiguado três aspectos importantes:

- a) Se a formação do gestor/gerente contribui para uma efetiva implantação da ouvidoria em saúde
- b) Se as atitudes dos mesmos apontam para uma inovação
- c) Se sua orientação é cosmopolita ou local.

Para analisar a influência estrutural no grau de implantação, foi elaborada uma matriz (quadro 7), que contém os critérios de análises, os parâmetros definidos para cada uma delas e o julgamento sobre a possível influência que esta categoria tem no grau de implantação da ouvidoria.

Quadro 6 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto estrutural segundo as características dos gestores

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	SUBCATEGORIAS	PARÂMETROS		JULGAMENTO	
			ATRIBUTOS DO GESTOR	ATRIBUTOS DO COORDENADOR	GESTOR	COORDENADOR
<b>CONTEXTO ESTRUTURAL</b>	As características dos <b>gestores</b> favorecem a implantação de uma intervenção?	Perfil profissional	Ter formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós-graduação/aperfeiçoamento etc. em planejamento e gestão; já recebeu treinamento sobre Ouvidoria em saúde		Perfil profissional favorável a implantação - contexto favorece a implantação	
		Atenção prestada à inovação	Sempre investe no setor da Ouvidoria em Saúde	Procura sempre inovar os meios de disseminação de divulgação e informação	Perfil inovador - contexto favorece a implantação	
			Acha que a ouvidoria deve ampliar seus meios de comunicação com a população			
		Orientação Cosmopolita ou local	Incentiva a comunicação entre os setores quando se trata de Ouvidoria	Já procurou outros setores para realizar as ações de Ouvidoria	Orientação cosmopolita - contexto favorece a implantação	
			Acha importante trabalhar em parceria com o CMS	Já trabalhou em parceria com o CMS?		

Fonte: Elaborado pela autora



#### 4.5.2.2.2 *Atributos organizacionais*

Foram verificados aspectos da estrutura organizacional que detectam a superação de uma estrutura que funcione de forma mecânica. Estes aspectos auxiliam na implantação da ouvidoria em saúde.

Para avaliar os atributos organizacionais como fator influente no grau de implantação da ouvidoria em saúde, foi averiguado o seguinte aspecto: se as características da organização favorecem a implantação de uma intervenção.

Para melhor análise dos atributos organizacionais, da dimensão estrutural, assim como também sua influência no grau de implantação, foi elaborada uma matriz (quadro 8), que contém os critérios de análises, os parâmetros definidos para cada uma delas e o julgamento sobre a possível influência que esta categoria tem no grau de implantação da ouvidoria.

Quadro 7 - Matriz contendo a categoria e subcategoria de análise, para análise do contexto estrutural segundo as características organizacionais

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	SUBCATEGORIAS	PARÂMETROS	JULGAMENTO
<b>CONTEXTO ESTRUTURAL</b>	As características da <b>organização</b> favorecem a implantação de uma intervenção?	Tamanho (autonomia técnico-gerencial e financeira) - Governança	O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização das ações da Ouvidoria	Município adquire os recursos e executa integralmente as atividades - contexto favorece a implantação
			O município realiza integralmente as ações da Ouvidoria com técnicos e tecnologias próprias	
			A estrutura de recursos humanos e materiais do município favorece o funcionamento da Ouvidoria (GI superior a 70 %)	
		Centralização	Tomada de decisão descentralizada da autoridade do secretário	Tomada de decisão descentralizada e planejamento participativo - contexto favorece a implantação
			Planejamento participativo das ações da Ouvidoria	
		Formalização do comportamento	O Plano Municipal de Saúde/Relatório de Gestão contempla ações da Ouvidoria	Plano contempla ações da Ouvidoria e existe organograma - contexto favorece implantação
			Existência de organograma que contemple a Coordenação da Ouvidoria	
		Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação	Avaliações periódicas das atividades da ouvidoria em Saúde	Ouvidoria contemplado no Plano Municipal de saúde/Relatório de gestão - contexto favorece a implantação
			Monitoramento das ações da Ouvidoria	Há monitoramento/avaliação - contexto favorece a implantação
		Nível de especialização	Coordenador com formação em saúde pública e planejamento e gestão da Ouvidoria; Demais profissionais com cursos na sua área específica	Profissionais habilitados e realizando outras atividades além daquelas atribuídas - contexto favorece a implantação
			Os profissionais só realizam as atividades que lhe são atribuídas	

Fonte: Elaborado pela autora

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Para o cumprimento das normas, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e aprovado na data 15 de junho de 2011, com registro 21/11. Atendendo às normas éticas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, resguardando o princípio de proteção e respeito à dignidade dos sujeitos da pesquisa, conforme estabelecido a partir de Nuremberg, em 1947.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Para realização da avaliação do grau de implantação do serviço da Ouvidoria foi realizado a avaliação da dimensão estrutural e da dimensão do processo nos quatro componente: Sistema Informatizado OuvidorSUS, Rede de Ouvidoria, Gestão e Disseminação da Informação e Mobilização Social.

#### 6.1.1 Avaliação da Dimensão da Estrutura

A avaliação da estrutura consistiu na pontuação atingida de cada um de seus critérios e indicador considerados necessários para realizar as ações dos quatro componentes da Ouvidoria, e em seguida foi levada em consideração a pontuação total atingida, que representou o grau de implantação da dimensão estrutural.

O serviço da Ouvidoria em saúde do Recife apresenta uma estrutura física adequado ao funcionamento do sistema OuvidorSUS: um espaço físico, com divisória para a realização de atendimento presencial e para realização de oficinas ou palestras, boa localização e de fácil acesso, apesar de pouco sinalizado; existência de rampa para o acesso igualitário; mobiliários e equipamentos em quantidades satisfatórias para o desempenho das atividades; suprimento de material de expediente com regularidade. Apesar de não ter atingido a pontuação total, e estrutura foi considerada favorável.

A equipe é composta por um ouvidor, embora o mesmo acumule função na diretoria de planejamento, um coordenador, três assessores, dois técnicos, vinte e três interlocutores e seis teleatendentes. Toda a equipe encontra-se habilitada para a utilização do sistema OuvidorSUS, para tal foram realizados capacitações de acordo com as funções desempenhadas por cada integrante.

No caso dos interlocutores, estes compõem a rede de ouvidoria, que representa a extensão em toda a secretaria de saúde do Recife, ficando distribuídos da seguinte forma: doze nos departamentos da secretaria de saúde, oito nos distritos sanitários e três nas maternidades municipais. Vale salientar que esta rede de ouvidoria apresenta equipamentos e mobiliários de trabalho suficientes para a execução de suas funções, deixando a desejar apenas a disponibilidade de veículos.

Em relação à gestão de informação, o serviço da Ouvidoria em Saúde tem hoje três pessoas capacitadas pelo Ministério da Saúde para a realização de tal função, sendo a coordenadora e os assessores. Este treinamento facilitou a execução do manuseio de dados dos sistemas que geram informações de maneira complementar ao OuvidorSUS. Estas informações costumam ser consolidadas através de relatórios e boletins informativos, não faltando material para a confecção das mesmas.





Outro aspecto importante foi a existência de um material normativo que regulamenta a Ouvidoria em saúde no município do Recife, lei 17.281 de 22 de dezembro de 2006. Neste quesito o sistema recebeu máxima pontuação, demonstrando ótimas condições para realização das ações de controle social (BRASIL, 2006).

Somando-se os pontos atingidos por cada critério e indicador, tem-se que o grau de implantação da dimensão estrutura atingiu 24,5 dos 28 pontos, alcançando um percentual de 87,5%. O grau de implantação da estrutura foi, portanto, satisfatória (Quadro 8).

Quadro 8 – Pontuação atingida por cada critério da dimensão estrutura e seu grau de implantação

<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
Espaço Físico	Existência de espaço físico determinado com divisória para atendimento presencial e espaço para palestras e oficinas	2	2
Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão	Existência de sinalizações da localização da Ouvidoria; Distância da parada de ônibus até a ouvidoria	2	1,5
Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados)	Existência de rampa; Existência de banheiros adaptados	2	1
Equipamentos	Número de computadores com internet; Número de impressoras; Número de telefones exclusivos; Número de fax	5	4
Mobiliários	Número de mesas/escrivania com cadeiras giratórias; Número de armários	3	3
Material de Expediente	Existência de material de expediente	1	1
Recursos Humanos	Existência de ouvidor; Existência de Coordenador; Número de Técnicos; Número de teleatendentes; Número de Interlocutores	4	4
Cobertura de habilitação profissional no Sistema OuvidorSUS	Existência de Ouvidor Treinado; % coordenador treinado; % de técnicos treinados; % de teleatendentes treinados; % de interlocutores treinados	5	5
Instrumento normativo de regulamentação	Existência de instrumento normativo que regulamentize a Ouvidoria	1	1
Veículo	Disponibilidade de veículo	1	0
Capacitação para produção de informação	N de profissionais capacitados para produção de informação	1	1
Material	Existência de material para confecção de relatórios, periódicos, materiais informativos	1	1
<b>Grau de Implantação da Estrutura</b>		<b>28 (100%)</b>	<b>24,5(87,5%)</b>

Fonte: Elaborado pela Autora

Legenda: G.I.  excelente  satisfatória  insatisfatória  crítica

## 6.1.2 Avaliação da Dimensão Processo

A avaliação do processo foi realizada em duas etapas: a primeira consistiu no Grau de Implantação de cada um de seus componentes (sistema informatizado OuvidorSUS, rede de ouvidoria, gestão e disseminação da informação e divulgação da ouvidoria) e a segunda levou em consideração a pontuação total atingida pela dimensão, que representou o grau de implantação da dimensão processo.

### 6.1.2.1 Avaliação do componente Sistema Informatizado OuvidorSUS

No componente ‘*Sistema Informatizado OuvidorSUS*’, avaliou-se o percurso das manifestações que chegam à ouvidoria em saúde e se transformam em demandas. Inicialmente estas manifestações recebem um tratamento para depois serem inseridas no referido sistema.

O primeiro passo é a inserção da manifestação no sistema, de maneira que o trajeto da demanda pelo sistema possa ser dado continuidade. Esta etapa depende unicamente da equipe interna da ouvidoria, para ser mais preciso dos atendentes, e dos possíveis meios de acesso para a população, motivo pelo qual foi considerado como critério a frequência das diversas formas de recebimento. De acordo com os dados do último relatório semestral, janeiro à junho de 2011, referente ao momento de coleta de dados, foi visto que há poucas ou nenhuma demandas recebidas de forma presencial, internet e fax, motivo pelo qual não atingiu a pontuação máxima.

O segundo passo é a análise e tratamento das demandas, consiste em tipificar em assuntos e sub-assuntos, as demandas já classificadas, seguindo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Esta etapa também depende unicamente da equipe da ouvidoria, mais especificamente do técnico, motivo pelo qual foi considerada como pontuação máxima a tipificação de 100% das demandas novas. A ouvidoria conseguiu pontuação máxima neste critério. Vale salientar que, no momento em que a tipificação é finalizada ela já deve ser encaminhada para a área técnica de competência.

A etapa seguinte é a respostas dos interlocutores de cada área técnica, etapa fundamental para a agilidade da resposta ao cidadão e repercussão na credibilidade do serviço e conseqüentemente da gestão. Neste critério o resultado foi *insatisfatório*, atingindo apenas 20,99% das respostas no período de um mês. Por este motivo sua pontuação foi zerada.

Por fim, depois de respondido a demanda pelo interlocutor, os técnicos do setor devem





analisar se a resposta contempla a manifestação. Caso o resultado seja positivo a providência será fechar no sistema e dar o retorno ao cidadão, caso contrário a demanda deverá ser reenviada de maneira justificada. Neste critério foi atingido pontuação máxima, pois 95,65% das demandas respondidas tinham sido fechadas no período de um mês.

Diante da pontuação atingida em todos os critérios e indicadores trabalhados no componente Sistema Informatizado OuvidorSUS da dimensão processo, pode-se afirmar que o mesmo alcançou um grau de implantação de 60%, caracterizando-se como *insatisfatória* (Quadro 9).

Quadro 09 - Pontuação atingida por cada critério do sistema informatizado OuvidorSUS da dimensão processo e seu grau de implantação.

<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
Recebimento das Manifestações	% de manifestações recebidas por caixas de sugestões/mês	1	1
	Manifestações recebidas por cartas/mês	1	1
	Manifestações recebidas por correspondência oficial/mês	1	1
	Manifestações recebidas por fax/mês	1	0
	% de manifestações recebidas por internet/mês	1	0
	% de manifestações recebidas por telefone/mês	1	1
	% de manifestações recebidas por forma presencial/mês	1	0
Análise e tratamento das demandas	% de demandas analisadas (tipificadas) e encaminhadas	1	1
Respostas dos Interlocutos à Ouvidoria	% de demandas concluídas	1	0
Fechamento da demanda/Resposta ao cidadão	% de demandas fechadas	1	1
<b>Grau de Implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS</b>		<b>10 (100%)</b>	<b>6 (60%)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: G.I  excelente  satisfatória  insatisfatória  crítica

### 6.1.2.2 Avaliação do componente Rede de Ouvidoria

Na ouvidoria em saúde do município do Recife foi visto sua rede segue os princípios preconizados pelo guia de implantação da ouvidoria, que menciona características tais como: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização e descentralização.

O grau de implantação do componente *Rede de Ouvidoria* da dimensão processo obteve um resultado de 87,5%, classificando-se como *satisfatoriamente implantado*.

Neste componente foram analisadas características necessárias para uma rede de ouvidoria e foi detectado que o serviço consegue ser universal, com alcance até o cidadão, o qual consegue gerar demandas à ouvidoria através de urnas de manifestação em todas as unidades de saúde que possuem conselho de unidade. Sobre este critério, pode-se afirmar que a pontuação foi máxima.

Em relação aos acessos gratuitos da ouvidoria, também foi obtido pontuação máxima pela existência de meios alternativos gratuitos, garantindo assim a equidade da demanda. Foram citados como meios o telefone 0800, e-mails, formulário web, pessoalmente, cartas, urnas, etc.

Sobre o conteúdo das manifestações que geram demandas à ouvidoria, foi verificado, através de relatórios, que a ouvidoria em saúde abarca demandas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta magnitude resultou também na pontuação máxima.

Ao abordar questões sobre a extensão da ouvidoria, que representam características de regionalização, descentralização e hierarquização, foi visto que estes têm papel fundamental na averiguação e elaboração da resposta ao cidadão. Neste critério, não houve pontuação máxima devido a ausência de interlocutor no Conselho Municipal de Saúde, resultando num percentual de 87,5% do grau de implantação em todo o componente da rede de ouvidoria (Quadro 10).

Quadro 10 - Pontuação atingida por cada critério do componente rede de ouvidoria da dimensão processo e seu grau de implantação.

<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
Ouvidoria ao alcance da população - universal	Nº Serviços(acesso) de ouvidoria/Distrito Sanitário	1	1
Acesso gratuito à Ouvidoria - equidade	Nº de meios de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria	1	1
Demandas que incluem promoção, proteção e recuperação da saúde – integralidade	Existência de manifestações referentes à promoção da saúde	1	1
	Existência de manifestações referentes à proteção	1	1
	Existência de manifestações referentes à recuperação da saúde	1	1
Extensão da Ouvidoria para o CMS e demais estruturas do SUS - regionalização, hierarquização e descentralização	% de diretorias da SMS com interlocutores	1	1
	% de DS da SMS com interlocutores	1	1
	Existência de interlocutor no CMS	1	0
<b>Grau de Implantação da Rede de Ouvidoria</b>		<b>8 (100%)</b>	<b>7 (87,5%)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: G.I:  excelente  satisfatória  insatisfatória 



### 6.1.2.3. Avaliação do componente Gestão e Disseminação da Informação

Esse componente foi detectado a ausência de interlocutor no Conselho Municipal de Saúde, o referido serviço tem como uma das funções estimular a participação de usuários no processo de avaliação do SUS, para tal é utilizado mecanismos de fornecimento de informações ao conselho municipal de saúde, seja através de relatórios, boletins informativos, ou de capacitações e orientações.

Para melhor análise das informações foi visto, em relatórios mais recentes, a criação de indicadores, que facilitam o monitoramento semanal das demandas, os quais são: número de manifestações por destino, classificação por status da demanda, status por prazo da demanda, entre várias outras que contam nos materiais produzidos pela ouvidoria. Vale salientar que a criação destes indicadores, cujo intuito é de especificar mais as informações para a gestão, podem servir também como ferramenta de gestão na tomada de decisão.

Os materiais produzidos pela Ouvidoria costumam ter uma periodicidade, obedecendo a seguinte ordem: 1 relatório semestral, 1 relatório anual e 4 boletins trimestrais. Sobre os materiais formativos e informativos, a ouvidoria costuma confeccionar e distribuir materiais com orientações básicas sobre saúde individual e coletiva assim como também sobre serviços e gestão do SUS, tendo sido distribuídos através de cartilhas e folders em eventos e nas unidades de saúde. Estes critérios, do componente *Gestão e Disseminação*, também atingiu a pontuação máxima.





Foi verificado ainda, que o setor da ouvidoria costuma realizar articulações com gestores, técnicos e interlocutores dos demais departamentos da secretaria de saúde com finalidade de discutir soluções e encaminhamentos mediante demandas que chegam à ouvidoria contra atos ilegais ou indevidos e omissos no âmbito da saúde.

Diante da pontuação máxima atingida em todos os critérios e indicadores trabalhados no componente *Gestão e Disseminação da Informação*, o mesmo alcançou o grau de implantação de 100%, classificando-se como *excelente* (Quadro 11).

Quadro 11- Pontuação atingida por cada critério do componente gestão e disseminação da informação da dimensão processo e seu grau de implantação.

<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
Participação de usuários na avaliação dos serviços do SUS	Existência de estímulo à participação de usuários no processo de avaliação dos serviços do SUS	1	1
Indicadores de avaliação e monitoramento	Existência de Indicadores elaborados de Avaliação e Monitoramento	1	1
Relatórios e periódicos gerenciais	N relatórios e/ou periódicos anuais, temáticos e segmentados	1	1
Articulação com outros órgão/setores	Nº e tipo de órgãos articulados para a correção de problemas identificados, mediante reclamações, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde	1	1
Produção de material informativo e formativo	Nº e tipo de material formativo e informativo produzido que divulgue orientações básicas sobre saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS	1	1
<b>Grau de Implantação da Gestão e Disseminação da Informação</b>		<b>5 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>

Fonte: Autora do trabalho

Legenda: G.I  excelente  satisfatória  insatisfatória 

#### 6.1.2.4. Avaliação do componente Mobilização Social

No componente *Mobilização Social* foram analisados dois critérios referentes ao conhecimento do papel da ouvidoria e à divulgação da ouvidoria, alcançando pontuação máxima esperada e obtendo o grau de implantação de 100% (*excelente*) (Quadro 12).

Em relação ao conhecimento do papel da ouvidoria, foi visto que a ouvidoria em saúde costuma realizar palestras e/ou oficinas, tanto para os gestores quanto para os profissionais da saúde. Já foram realizados treinamentos com as diretorias da secretaria de saúde, todos os distritos sanitários e estabelecimentos de saúde, onde foram selecionados uma amostra de profissionais de PSF, Centros de Saúde e Policlínicas.

Outro aspecto abordado e indispensável para o funcionamento do serviço foi a questão da divulgação da ouvidoria. Foi verificado que o serviço vem realizando divulgações e para tal vem utilizando outbus, backbus, cartazes, adesivos, camisas, canetas, blocos e folderes como meios de disseminação (Quadro 12).

Quadro 12 - Pontuação atingida por cada critério do componente mobilização social da dimensão processo e seu grau de implantação.

Critérios	Indicador	Pontuação Máxima	Pontuação Atingida
Conhecimento do papel da ouvidoria	Nº de palestras e/ou oficinas para os departamentos da SMS	1	1
	Nº de palestras e/ou oficinas para os Distritos Sanitários da SMS	1	1
	Nº de palestras e/ou oficinas para os estabelecimento de saúde	1	1
Divulgação da Ouvidoria	Nº e tipo de atividades realizadas, voltadas para a disseminação da ouvidoria	1	1
<b>Grau de Implantação da Mobilização Social</b>		4 (100%)	4 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: G.I.  excelente  satisfatória  insatisfatória 





#### 6.1.2.5. Grau de Implantação da dimensão processo

Somando-se os pontos atingidos por cada componente, tem-se que o grau de implantação da dimensão processo foi, portanto, satisfatório com 81,48% de implantação (Quadro 13).

Quadro 13 – Pontuação atingida por cada componente da dimensão processo

Dimensão	Componente	Grau de Implantação
Processo	Sistema Informatizado OuvidorSUS	60%
	Rede de Ouvidoria	87,5%
	Gestão e Disseminação da Informação	100%
	Mobilização Social	100%
<b>Grau de Implantação da Ouvidoria</b>		<b>81,48%</b>

Fonte: Autora do trabalho

Legenda: G.I.  excelente  satisfatória  insatisfatória 

#### 6.1.3. Grau de Implantação da Dimensão Unitária – Serviço de Ouvidoria Municipal do Sistema de Ouvidoria

Verifica-se que o GI da dimensão unitária da Ouvidoria em Saúde foi de 83,9%,

classificada como *satisfatoriamente implantado*. Para melhor visualização o quadro 14 demonstra tanto grau de implantação das dimensões estrutura e processo do serviço em estudo quanto o cálculo realizado para obtenção do grau de implantação das dimensões unificadas da Ouvidoria em Saúde.

Quadro 14 – Grau de Implantação da Ouvidoria e suas dimensões

Dimensão	Componente	Grau de Implantação	
Estrutura	-	87,5%	87,5%
Processo	Sistema Informatizado OuvidorSUS	60%	81,5%
	Rede de Ouvidoria	87,5%	
	Gestão e Disseminação da Informação	100%	
	Mobilização Profissional	100%	
<b>Grau de Implantação da Ouvidoria (Estrutura X 4 + Processo X 6/10)</b>		$(87,5 \times 4) + (81,5 \times 6) / 10 = 83,9\%$	

G.I.:  excelente  satisfatória  insatisfatória  crítica

## 6.2 ANÁLISE DE CONTEXTO

### 6.2.1 Análise da dimensão política

No Município do Recife, a gestão da secretaria de saúde vem apoiando a implantação da Ouvidoria em Saúde desde sua inauguração, em 2008. Este apoio se dá pela estruturação dos recursos humanos, apresentando uma quantidade de profissionais que suprem as necessidades do setor e de sua sub rede. Além do mais, a secretaria apresenta programações que favorecem a execução de ações como existência de uma agenda de educação permanente, seminários, oficinas para os serviços de saúde, dentre outras que têm sido importantes para dar suporte ao processo de implantação da Ouvidoria em Saúde.

Hoje o referido serviço vem aprimorando o seu desempenho, para tal vem sendo realizados capacitações mensais sobre uma área técnica ou política de saúde do Recife para os

integrantes da equipe, especialmente com a equipe de teleatendimento e supervisores de teleatendimento, com o intuito de fortalecer as informações repassadas ao cidadão; os momentos motivacionais, realizados mensalmente com o intuito de melhorar o clima organizacional; os seminários anuais; além de articulações com outras Ouvidorias tanto da esfera municipal quanto estadual. Neste caso, considerou-se que o contexto favoreceu a implantação da Ouvidoria.

Por outro lado, a equipe que compõe o serviço de ouvidoria se limita a realização de suas atribuições. Esta característica apresentada, juntamente com a ausência das ações inovadoras faz com que este contexto não apoie a implantação da Ouvidoria em Saúde.

Em relação à importância da ouvidoria para o controle social, foram citadas: prestar esclarecimentos e informações sobre temas de saúde individual e coletiva, assim como também orientação sobre o acesso aos serviços e às ações realizadas voltadas à população. Além disso, foi mencionado ainda que além de orientar a população, a ouvidoria é uma fonte de informação capaz de apontar eventuais problemas e falhas no processo de prestação de serviços da população com a finalidade de informar à gestão, interferindo assim na tomada de decisões e providências a serem adotadas. Diante as visões expostas sobre a importância do serviço, pode-se afirmar que o contexto é favorável à implantação do serviço.

Quanto ao conhecimento das manifestações mais frequentes da Ouvidoria, os entrevistados relataram saber o teor porque o departamento elabora relatórios e faz monitoramento semanal das demandas. Foi citado que mais de 90% das atuais manifestações são reclamações recebidas por telefone, sendo que no ano de 2010 as manifestações de maior frequência foram reclamações seguidas de denúncias e solicitações. Em 2011 as solicitações predominaram em relação às denúncias, sendo essas referentes às não visitas/orientações dos agentes comunitários de saúde e agentes de saúde ambiental, em especial no que se refere ao combate à dengue. Ou seja, a maioria das reclamações são relacionadas à vigilância ambiental. Estas informações foram confirmadas pelos relatórios periódicos da ouvidoria. Além disso, os entrevistados souberam explicar o teor e a frequência das manifestações por Distrito Sanitário no período dos dois últimos anos. O contexto favoreceu a implantação da Ouvidoria em Saúde.

Outro aspecto observado é que a Ouvidoria trabalha em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, em 2011 participou da Conferência Municipal de Saúde, desde a programação do evento à divulgação do serviço. Outro fato mencionado sobre articulação com o Conselho foi a dinâmica das urnas de manifestação das unidades de saúde, onde

mensalmente seu representante, juntamente com o interlocutor do Distrito Sanitário correspondente, abrem, fazem a leitura e dão o encaminhamento para resolução para os problemas originados no momento. Também há o repasse dos relatórios e boletins informativos para conhecimento e discussão do conselho municipal de saúde. Esta parceria aponta o contexto favorável à implantação.

Em relação a sub-rede, foi percorrido que são realizadas reuniões mensais com os interlocutores da ouvidoria com a finalidade de discutir as providências a serem tomadas, as dificuldades encontradas, assim como possíveis intervenções a serem realizadas. Esses encontros apontam mais uma vez para o favorecimento do contexto à implantação.

Foi visto que, apesar da não participação do gestor com o planejamento das ações da Ouvidoria, o planejamento do serviço surge de reuniões sucessivas com o diretor do planejamento, o coordenador e os assessores da Ouvidoria. Em relação aos demais integrantes da equipe; técnicos, interlocutores e atendentes, ao final da construção do plano recebem o repasse para conhecimento e sugestões. Este planejamento parcialmente centralizado resulta em um contexto pouco favorável à implantação da Ouvidoria em Saúde.

Por fim, ficou evidenciado no decorrer das entrevistas que a ouvidoria é uma prioridade no mecanismo de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS. O serviço foi considerado como o termômetro da população, que indica realmente o que a população está visualizando como benefícios e necessidades de melhorias a serem realizadas na área da saúde do Recife, mostrando-se como um mecanismo de fortalecimento desta participação. Ainda há necessidade dos demais gestores conhecerem mais sobre a Ouvidoria em Saúde e suas contribuições. O depoimento mostra propriedade para funcionar e tornar eficaz a implantação da Ouvidoria em Saúde no Recife.

## 6.2.2 Análise da dimensão estrutural

### 6.2.2.1 Atributos dos gestores

Os gestores envolvidos na pesquisa têm graduação da área da saúde e possuem pós-graduações, *latu senso e stritu senso*, sendo esta última o Mestrado em saúde pública. Em relação ao treinamento em planejamento e gestão, não foi questionado devido ao fato das pós graduações contemplarem estas áreas. No caso da especificidade da área de Ouvidoria, um dos gestores relatou ter recebido treinamento assim que entrou no setor, tanto da equipe

antecedente quanto dos técnicos do Ministério da Saúde que costumam oferecer capacitações, treinamentos e oficinas. De um modo geral pode-se dizer que, os atributos relacionados ao perfil profissional do gestor contribuem para a implantação da Ouvidoria.

Em relação à inovação, foi verificado que a Prefeitura investe na Ouvidoria em Saúde, tanto na estrutura, descentralização e informatização, quanto em pessoal. Diante do exposto, a gestão considera o setor estruturado o suficiente para suprir as necessidades, viabilizando o trabalho da equipe.

Os gestores consideram ainda que o setor deveria ampliar os meios para possibilitar um contato mais direto com as comunidades, a fim de fortalecer a gestão participativa do SUS, não se limitando aos meios convencionais como telefones e presencial. Seguindo tal lógica, foi criada uma ouvidoria itinerante para estreitar as relações com as comunidades, associação de moradores, conselhos de saúde, aprimorando assim os canais de controle social. Essa modalidade de ouvidoria tem como sistemática a coleta de reclamações, que hoje se dá, em sua maioria, por urnas nas unidades, telefones e internet.

Atualmente a Ouvidoria utiliza como meio de divulgação, cartazes, folders, cartilhas e recentemente incrementou com *outbus* e *backbus*, sendo este último um recurso visual afixado na parte traseira do ônibus. Ao todo foram selecionados vinte e duas linhas de ônibus que percorrem a periferia da cidade. Diante do exposto, percebe-se tendência para a inovação, logo o contexto é favorável à implantação.

Sobre a comunicação intra e intersetorial, foi relatado que a ouvidoria sempre está se articulando entre os departamentos da secretaria de saúde e demais setores relacionados às intervenções da saúde. Sobre estas relações intersetoriais foram citados exemplos como articulações com a EMLURB, a COMPESA e a DRAGO, para estar interferindo em questões de saúde pública.

Dentre as manifestações elencadas pela população que levaram a necessidade de expandir as intervenções para outros órgãos, foram “boeiro”, tampas levantadas em lugares de grande circulação, criatórios urbanos, dentre outros que envolve diversos setores além da saúde. Para facilitar o mecanismo de articulação intersetorial, a Ouvidoria criou um fórum para discutir problemas que envolvem a saúde pública.

Outro aspecto observado é a parceria com o Conselho Municipal de Saúde que a Ouvidoria vem realizando. No último ano foi realizado um trabalho conjunto com os preparativos da Conferência Municipal de Saúde, da programação do evento à divulgação da Ouvidoria. Há também articulação do conselheiro da unidade de saúde com os respectivos

interlocutores e gestores no despacho das manifestações oriundas das urnas distribuídas em todas as unidades de saúde do Recife. Esta dinâmica ocorre mensalmente, momento que se reúnem para realizar a abertura das urnas e encaminhamento de possíveis resoluções dos problemas elencados. Por fim, foi visto ainda que existe um fluxo de encaminhamento das informações fornecidas periodicamente ao Conselho Municipal através de relatórios gerenciais e boletins informativos para discussão e conhecimento do grupo. Vale salientar ainda que há projetos de capacitações para os novos conselheiros sobre o papel da Ouvidoria em Saúde. Estas características favorecem a implantação da Ouvidoria em Saúde.

#### 6.2.2.2 Atributos Organizacionais

Os atributos estudados que podem influenciar a estrutura organizacional foram a centralização, formalização, cultura de planejamento, monitoramento e avaliação, especialização e a autonomia técnico-gerencial e financeira - tamanho.

Quanto às decisões verticais que afetam diretamente a Ouvidoria em Saúde, foi visto que em se tratando de decisões técnicas existe autonomia tanto do Ouvidor quanto do coordenador de realizar ações, não havendo nenhuma rejeição do secretário de saúde em relação ao planejamento do serviço. Porém, quando a questão é contratação de pessoas ocorre centralização de indicações no gabinete do secretário, geralmente a Ouvidoria fica encarregada de realizar seleção das indicações a fim de contratar o que representa a gestão, obedecendo às habilidades necessárias para desempenhar um bom papel.

O planejamento das ações da Ouvidoria, este é feito pelo Ouvidor, coordenador e assessores técnicos. Diante do exposto, o contexto favorece parcialmente a implantação da ouvidoria, pois apesar de apresentar uma tomada de decisão descentralizada o planejamento das ações não ocorre de maneira participativa entre todos os integrantes da equipe.

Não existe formalização para a organização e realização das ações de Ouvidoria, apesar do município ter instituído a ouvidoria municipal em saúde no âmbito da administração pública, pela Lei 17281/2006, o município não tem um organograma que contemple a coordenação da Ouvidoria em Saúde.

Por outro lado, o plano municipal de saúde de 2010-2013 contempla as ações da Ouvidoria, sendo estas: implantação de caixas de sugestões/reclamações nas unidades de saúde; estruturação de ouvidorias distritais; estruturação de ouvidorias nas grandes unidades.

No tocante da cultura de planejamento, monitoramento e avaliação foi mencionado a



realização de avaliações de todas as ações da Ouvidoria, como capacitação e seminário que costumam ser realizadas em momento posterior à execução. Além disto, ocorre o monitoramento das ações planejadas, e o acompanhamento quantitativo e qualitativo das demandas que chegam à Ouvidoria. Para tal, é utilizado como ferramenta de monitoramento e avaliação das demandas um software, criado pela gerência de tecnologia do Recife, e um formulário, denominado FormSUS, disponibilizado pelo Datasus, cujo objetivo é complementar as informações do sistema OuvidorSUS.

Em relação à especialização, foi visto que 100% dos profissionais foram treinados em suas funções específicas. Vale enfatizar que o serviço tem como requisito para o desempenho de suas funções um treinamento prévio de uma semana. Foi visto também que cada profissional realiza apenas as funções que são atribuídas ao seu papel.

Por fim, foi verificado a questão da autonomia técnico-gerencial e financeira da Ouvidoria em Saúde. Neste item foi visto que o referido serviço realiza suas ações com sua equipe própria não sendo necessário solicitar ajuda à GERES ou à SES\PE. Porém, em relação à estrutura e divulgação para implantação e implementação do serviço, o município ainda depende dos convênios do Ministério da Saúde, dentre eles o recurso do ParticipaSUS. Vale salientar que a avaliação do grau de Implantação da dimensão estrutura foi classificado como satisfatório. Este fato favorece parcialmente a implantação da Ouvidoria em Saúde.

### 6.2.3 Influência do contexto no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde

Em relação à influência do contexto político no Grau de Implantação da Ouvidoria, foi observado que em sua análise houve uma certa analogia entre a dimensão política e o Grau de Implantação do serviço. Essa relação é detectada nos discursos positivos apresentados pelos atores avaliados, o que foi relacionado com a classificação do Grau de Implantação da Ouvidoria em implantado satisfatoriamente.

No contexto político foi verificado que a subcategoria denominado como suporte à implantação da intervenção que teve um excelente grau de implantação interferiu na estrutura da Ouvidoria cujo grau de implantação foi satisfatório. A mesma relação positiva houve entre os motivos subjacentes que levaram os gestores a apoiarem a Ouvidoria em Saúde e a efetivação do grau de implantação do componente gestão e disseminação da informação assim como também a mobilização social, tendo os respectivos Grau de Implantação classificados como excelente.

Sobre o controle organizacional, do contexto político, foi visto que apenas implantação insatisfatória do planejamento participativo das ações interferiram de maneira negativa, tanto na implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS quanto na rede de ouvidoria. Por outro lado, as demais subcategorias (Conhecimento da importância para a gestão e o controle social, conhecimento das manifestações mais frequentes, reuniões com a subrede e parceria com o conselho municipal de saúde) que foram classificadas como implantadas excelentemente interferiram no resultado da avaliação do componente gestão e disseminação da Ouvidoria e influenciou também na questão da mobilização social.

Para melhor visualização, a figura 4 contém as subcategorias do contexto político e o Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde.

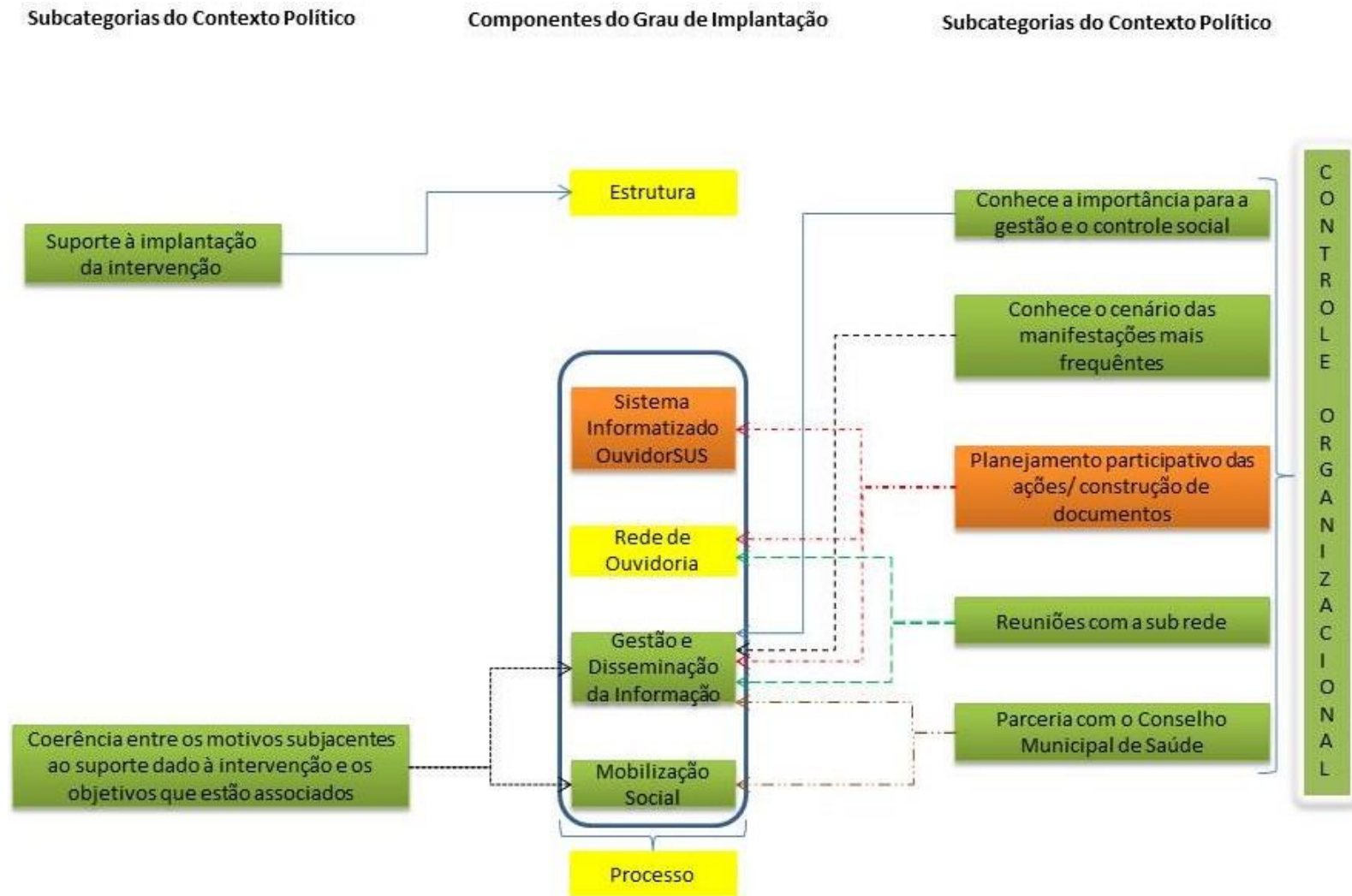
Sobre a influência do contexto estrutural no Grau de Implantação da Ouvidoria, da mesma forma que o contexto político, pôde-se observar analogia entre o contexto estrutural e o grau de implantação do serviço. Isso se explica pelo fato de ter sido apresentado mais características positivas nos atores e na organização, determinando que o grau de implantação da Ouvidoria fosse classificado como implantado satisfatoriamente.

As subcategorias do contexto estrutural foram divididas em características dos gestores e organizacionais. Em relação aos gestores os dados mostraram que o perfil profissional e a orientação cosmopolita ou local influenciaram positivamente o grau de implantação dos componentes rede de ouvidoria e gestão e disseminação da informação. Semelhantemente, a atenção às inovações favorecem além da mobilização social a gestão e disseminação da informação.

No tocante das características organizacionais foi detectado algumas influências negativas do contexto referente à autonomia técnico-gerencial e financeira, a centralização e formalização do comportamento resultando em uma implantação insatisfatória do componente Sistema Informatizado OuvidorSUS, sendo este componente onde houve mais impacto. As demais características como a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação e o nível de especialização vem repercutindo para manter o grau de implantação excelente de dois componentes do processo da Ouvidoria em Saúde e satisfatório nos demais componentes do serviço, deixando a desejar apenas o componente Sistema Informatizado OuvidorSUS que também sofre influência negativa de outra subcategoria do mesmo grupo como mencionado mais acima.

A figura 5 contém as subcategorias considerados no contexto estrutural e sua possível influência no Grau de Implantação da Ouvidoria.

Figura 4 – Influência do contexto político no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde.

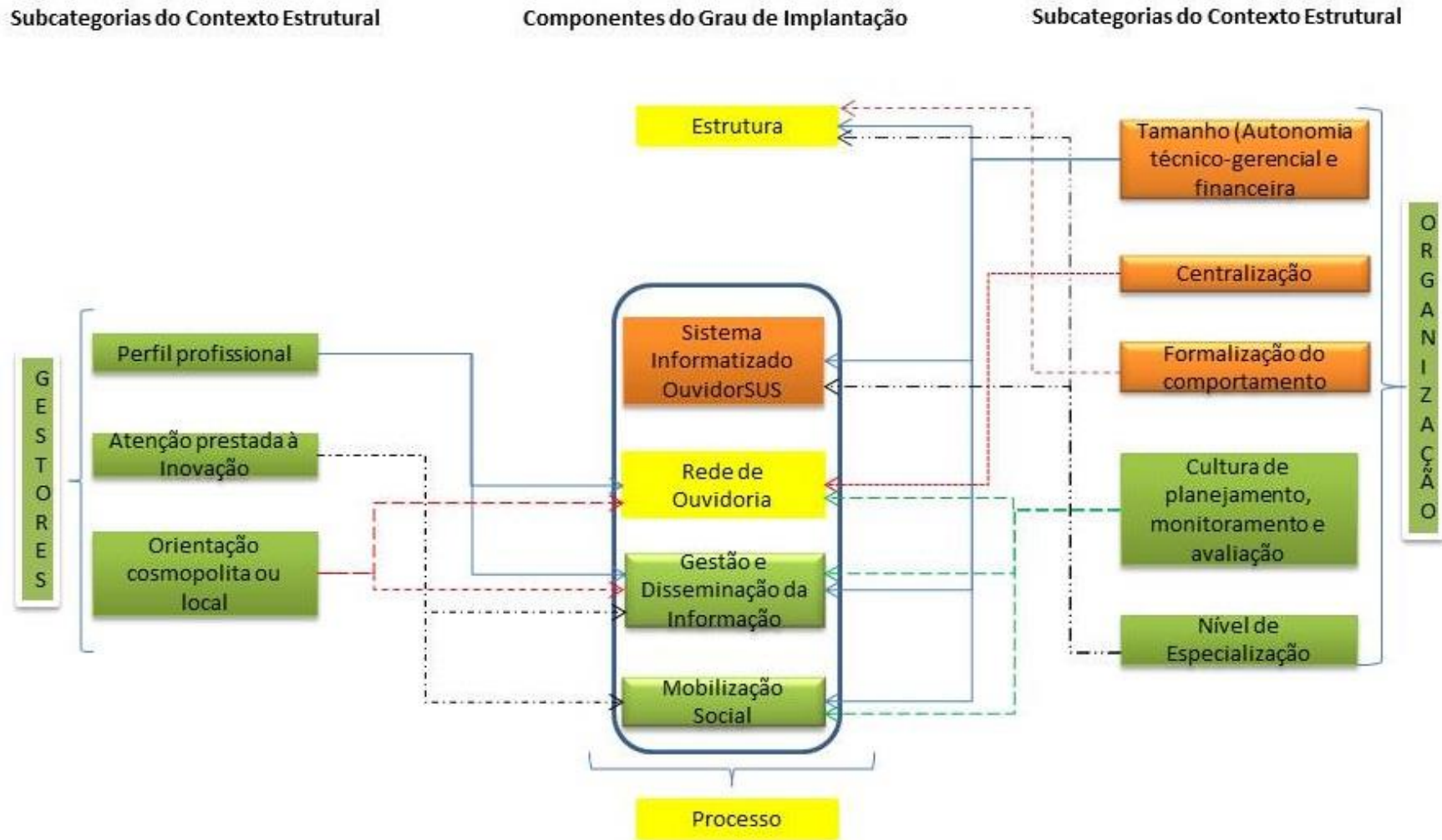


Fonte: Elaborado pela autora

G.I.: ■ excelente ■ satisfatória ■ insatisfatória ■ crítica

G.I.: ■ excelente ■ satisfatória ■ insatisfatória ■ crítica

Figura 5 – Influência do contexto estrutural no Grau de Implantação da Ouvidoria em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora

G.I.: ■ excelente ■ satisfatória ■ insatisfatória ■ crítica

## 7 DISCUSSÃO

A Ouvidoria do SUS é um instrumento da democracia participativa, com vistas a contribuir para ampliar a participação e controle social, fortalecendo as estratégias da gestão participativa, levando em consideração as opiniões dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Com o intuito de promover a descentralização das ouvidorias, o DOGES, em parceria com a Prefeitura do Recife, implantaram o Projeto Piloto da Ouvidoria Municipal de Saúde. Esta descentralização tem por objetivo atender as solicitações da população e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (MELO, 2009).

Hoje, após quatro anos de implantado o projeto piloto nacional há a necessidade do conhecimento das medidas que foram efetivamente implantadas e aquelas que encontram algum tipo de entrave ao seu funcionamento. A verificação desse distanciamento permite o aprimoramento do serviço de Ouvidoria em Saúde, promovendo uma maior efetivação na promoção de cidadania e produção de informações. Nesse sentido, a avaliação e o monitoramento em saúde se apresentam como importantes ferramentas para melhoria da qualidade do serviço prestado e no planejamento das ações futuras, uma vez que permite identificar os limites e as potencialidades do serviço que está sendo avaliado (UCHIMURA; BOSI, 2002; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Na literatura não foram identificados estudos que abordam a avaliação da Ouvidoria em Saúde em qualquer esfera administrativa, considerando-se o contexto. Evidenciando a carência de informações a respeito de um serviço novo que possibilite subsidiar o planejamento de ações considerando as especificidades locais.

Esse estudo avaliou o grau de implantação da Ouvidoria em Saúde no município do Recife e a influência do contexto político e estrutural. Os resultados apresentados mostraram os principais entraves na execução dessas ações, além de apontar alguns elementos do contexto político e estrutural e suas possíveis relações com as ações desenvolvidas por este serviço.

A verificação da adequação dos recursos empregados e sua organização, foi contemplada com a avaliação normativa, em sua exigência de obediência a critérios e normas pré-existentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Ao mesmo tempo atende à necessidade da construção da teoria do serviço, requisito essencial à análise de implantação (HARTZ et al. 1997), ao especificar os componentes que irão contribuir para a determinação do grau de implantação, elemento essencial à discussão do quadro conceitual aqui adotado,

além de contribuir com a validade do conteúdo da avaliação.

Assim, verifica-se que a dimensão estrutura atingiu o grau de implantação de 87,5%, sendo classificado como implantado de maneira satisfatória. Os critérios que deixaram a desejar foram variáveis que não influenciam diretamente a funcionalidade do serviço, exceto a ausência de veículos para os interlocutores, além da rotatividade profissional dos mesmos, interferindo diretamente na qualidade e/ou agilidade das respostas das demandas.

Sobre a estruturação da ouvidoria, o Ministério da Saúde preconiza que para o bom funcionamento do referido serviço é necessário que haja um mínimo de recursos, onde a montagem de cada um dependerá das condições e necessidades locais. Dentre os requisitos elencados estão: a estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos e fluxo de trabalho (BRASIL, 2010).

No caso dos interlocutores, é imprescindível que haja uma estrutura adequada, para que não seja prejudicado a qualidade e agilidade das respostas ao cidadão, pois segundo o DOGES é de responsabilidade do interlocutor compartilhar compromissos com os cidadãos. Sendo assim, faz-se necessário que a rede tenha conhecimento do processo de trabalho da Ouvidoria, das atribuições da Ouvidoria, das particularidades das demandas sigilosas e em anonimato, da ética envolvida no tratamento da manifestação do cidadão visto que essa poderá tratar de assuntos relativos a colegas de trabalho ou do próprio interlocutor. (BRASIL, 2006).

Vale salientar que fica a cargo da sub-rede as responsabilidades e competências em resolver problemas; fluxos voltados para a agilidade do processo, sem desrespeitar a estrutura e o funcionamento dos órgãos participantes; promoção de compreensão e receptividade em relação à Ouvidoria; andamento aos processos inerentes a uma Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2006; MELLO, 2009).

Sobre a dimensão processo, da mesma forma, esses critérios e normas devem ser comparados com os “serviços” ou “bens produzidos” no sentido de saber se estes são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na avaliação em foco ficou evidenciado algumas fragilidades no componente sistema informatizado OuvidorSUS, especialmente no que se refere à pouca divulgação dos meios de acesso ao serviço e às respostas dos interlocutores no sistema referido, decorrente da estrutura deficiente mencionada, podendo repercutir na credibilidade da ouvidoria.

As Ouvidorias configuram-se num espaço onde a sociedade busca integração com a gestão de forma célebre, responsiva e ética, certo que será ouvida e sua manifestação

registrada, na busca da construção de um padrão de atenção ao cidadão que sofre um mal e procura o acolhimento através da escuta humanizada e a acessibilidade com resolutividade satisfatória, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (MORAES, et. al, 2010) .

As manifestações da população que chegam à ouvidoria são inseridas no sistema OuvidorSUS. As demandas que se encontram no sistema são analisadas, tipificadas e encaminhadas pelos técnicos para os interlocutores dos órgãos responsáveis por tais manifestações. Uma vez que as demandas chegam ao domínio dos interlocutores, estes têm a função de acompanhar as manifestações, monitorar prazos e encaminhar as respostas à Ouvidoria utilizando como meio o Sistema do OuvidorSUS. Por fim, o cidadão, através do protocolo tem acesso a resposta através do tele-atendimento ou por e-mail caso a manifestação tenha sido por meio eletrônico (BRASIL, 2008).

Atualmente a Ouvidoria em Saúde do Recife apresenta seis meios distintos de recebimento de manifestações, destes os mais utilizados, segundo relatórios gerenciais, são por meios de internet e telefone, representado juntos um total de 98,09%. Essa elevada predominância representa a pouca divulgação dos demais meios de acesso ao serviço. Esse ponto pode ser mais trabalhado na rotina de divulgação do serviço, mas não implica em um desempenho desfavorável ao serviço.

No componente da rede de ouvidoria a fragilidade percebida foi a ausência de um interlocutor no Conselho Municipal de Saúde, deixando um pouco a desejar esta integração que também representa mais uma opção de controle social.

A participação concreta dos cidadãos no exercício do controle social das políticas públicas reforça as discussões sobre a importância dos mecanismos de democracia direta e participativa no âmbito do sistema político, como fio condutor para avanços necessários à democracia (BRASIL, 2010b).

É interessante ressaltar que as ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, possibilitando afirmar, dentre seus princípios, a participação da comunidade, onde compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde (BRASIL, 2010). Diante do exposto fica explicado o motivo da não pontuação máxima no critério referente à extensão da ouvidoria do componente mencionado acima.

Nos demais componentes analisados, gestão e disseminação de informação e divulgação da Ouvidoria, o processo classificou-se com um grau de implantação de 100%,

excelente. Este resultado é decorrente tanto da estrutura favorável quanto da história do município do Recife ter sido projeto piloto nacional, fazendo com que ao longo de seu trajeto tenha ocorrido vários incentivos do Ministério da Saúde.

Quando se afirmou a saúde como um direito de cidadania, na VIII Conferência Nacional de Saúde, emergiu o discurso, hoje amplamente reconhecido, do direito à informação, à educação, e à comunicação, como inerentes ao direito à saúde (BRASIL 2010b).

Sobre a relação de informação e comunicação, a Ouvidoria do SUS tem a função de desempenhar o papel de: espaço de cidadania, informando o indivíduo que a procura; mediação de acesso aos serviços, orientando sobre as portas de entrada do sistema e as atribuições de cada esfera de gestão; instrumento de gestão, comunicando a ouvidoria com a gestão (BRASIL, 2010b).

Um dos objetivos deste estudo foi relacionar o grau de implantação com o contexto organizacional local. A partir de métodos e análises, procurou-se verificar se o grau de implantação do serviço de ouvidoria em saúde no Recife é condicionado por fatores contextuais, às perspectivas dos atores envolvidos e as características estruturais que podem ou não favorecer o processo de implantação.

A análise de contexto político demonstrou influência da decisão política e da adesão dos gestores no bom funcionamento do serviço. Os entrevistados demonstraram conhecimento sobre as manifestações da ouvidoria em saúde e a importância do seu papel para o controle social e uma gestão participativa. Além disto, foi visto que o planejamento das ações é construído de maneira descentralizada e pouco participativa.

Estes aspectos demonstram que há um bom controle sobre a organização e há adesão à proposta da Ouvidoria. Esta adesão pode ser visualizada a partir do momento em que dão suporte à implantação da intervenção e apresentam uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que dão à intervenção mais os objetivos que ali estão associados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Em suma, para o modelo político, as dificuldades impostas à implantação de uma intervenção dependem dos interesses dos atores influentes na organização e não de uma eficácia no processo de planejamento (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Na análise do contexto estrutural foi verificado se a organização em questão tem um contexto favorável à implantação da Ouvidoria em Saúde, e para tal foi estudado características referentes a atributos dos gestores e organizacionais, sendo estas: formalização



do comportamento; centralização; cultura de planejamento, monitoramento e avaliação; especialização e tamanho (autonomia gerencial e política).

Em relação aos atributos dos gestores foi visto que possuem um perfil profissional que favorecem a implantação das ações, apresentam características de inovação dos meios de disseminação, divulgação e informação da ouvidoria, conhece a contribuição do serviço para a gestão e o controle social, além de ter uma orientação cosmopolita, a partir do momento em que há uma articulação intra e intersetorial. Estas características favorecem a implantação da ouvidoria em saúde.

Sobre os atributos organizacionais, observou-se que o planejamento participativo ocorre de maneira parcial, ou seja, não contempla toda a equipe apenas uma parcela. De acordo com Habermas (2000), o tipo de planejamento adotado pelo grupo revela a racionalidade que os mesmos imprimem às suas ações. O autor afirma que o planejamento deve ser comunicativo, através de estabelecimento de um diálogo com o outro para compartilhar uma interpretação sobre a situação e construir consensualmente um propósito comum.

Quanto à formalização do comportamento, observou-se que o Plano Municipal de Saúde contempla as ações propostas pela ouvidoria, apesar de nem todos os integrantes da equipe ter acesso à sua preparação, se restringindo ao ouvidor, coordenador e assessores. O organograma da secretaria não contempla a ouvidoria em saúde o que permitiria aos componentes saber exatamente quais suas responsabilidades, suas funções e a quem devem se reportar. Sem possibilidade de visualizar estas relações funcionais, se perdem os fluxos de autoridade e responsabilidade e as funções organizacionais da ouvidoria (MINTZBERG, 1995).

Sobre o planejamento foi possível evidenciar o monitoramento e avaliação das ações. Segundo Vilasbôas (2008) e Arretche (2005), as práticas estruturadas de planejamento implica na existência de ações de programação, monitoramento e avaliação das ações. Na coleta de dados foi visto que o serviço costuma utilizar o FormSUS, disponibilizado pelo Datasus, e um *software*, criado pela gerência de tecnologia do Recife, para complementar as informações do OuvidorSUS e realização de avaliação e monitoramento das demandas.

Quanto ao atributo tamanho, observa-se que os municípios possuem seus próprios técnicos, porém, em relação à estrutura e divulgação da ouvidoria em saúde, o município ainda depende dos convênios do Ministério da Saúde, dentre eles o recurso do ParticipaSUS. Com isso pode-se dizer que há dependência dos recursos Federais.

No tocante da especialização foi visto que os profissionais têm suas atribuições definidas e os mesmo se restringem a executá-las da melhor forma o possível. Vale salientar que a especialização permite que se aumente a perícia, a eficiência e a qualidade do trabalho, por outro lado também pode prejudicar a criatividade dos trabalhadores (CHIAVENATO, 1997).

Pode-se dizer que o contexto influenciou o grau de implantação da ouvidoria em saúde no município do Recife. Seu grau de implantação foi satisfatório. Observa-se que o contexto político, sob a perspectiva do serviço, mostrou intenções e movimentos positivos. Da mesma forma, o contexto estrutural revelou a presença de atributos favoráveis à implantação da ouvidoria. Estes atributos estiveram relacionados à orientação cosmopolita e inovadora do setor, além da postura descentralizada do gestor municipal.

Em relação à influência do contexto político no grau de implantação do serviço da Ouvidoria em Saúde, foi visto que a subcategoria suporte a implantação da intervenção interferiu positivamente o componente referente à estrutura da intervenção. Isto ocorre devido ao momento político vivido pelo município em estudo, cujas características favorecem a efetivação de uma gestão estratégica e participativa. Outro aspecto é o incentivo financeiro do Ministério da Saúde, via ParticipaSUS, para implantação e implementação das Ouvidorias do SUS, no qual são doados equipamentos, capacitações e verbas para divulgação e seminários em Ouvidorias.

Sobre a coerência entre os motivos que apoiaram a intervenção e seus objetivos associados juntamente com a parceria do Conselho Municipal de Saúde, pode-se afirmar que há relações com o excelente grau de implantação dos componentes gestão e disseminação da informação e mobilização social do processo da Ouvidoria em Saúde. Esta associação se justifica pela visualização da propostas da Ouvidoria, a partir do momento em que há coerência entre os motivos que levam a apoiar a intervenção e os que estão associados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

No caso das subcategorias que envolvem o controle organizacional, do contexto político, todos interferiram no excelente grau de implantação no componente gestão e disseminação da informação referente ao processo. No caso do componente sistema informatizado OuvidorSUS, foi verificado que o planejamento participativo das ações contribuiu negativamente na insatisfação de seu grau de implantação e no componente rede de ouvidoria.

Esta relação negativa se deve à centralização de um pequeno grupo na hora de

planejar, fazendo que a maioria dos executante sejam excluído do processo. planejamento deve ser comunicativo, através de estabelecimento de um diálogo com o outro para compartilhar uma interpretação sobre a situação e construir consensualmente um propósito comum. Vale salientar que o planejamento deve ser comunicativo, através de estabelecimento de um diálogo com o outro para compartilhar uma interpretação sobre a situação e construir consensualmente um propósito comum (HABERMAS, 2000).

As demais subcategorias referentes do contexto político, como reuniões com a subrede e parcerias com o conselho municipal de saúde, influenciaram positivamente a maioria dos componentes do processo do serviço de ouvidoria. Isto se deve ao fato de que as articulações e trocas realizadas entre os integrantes da equipe e o controle social resultam em um eficaz controle organizacional sob o serviço em questão.

Sobre a influência do contexto estrutural no grau de implantação do serviço da Ouvidoria em Saúde, foi visto que as subcategorias relacionadas com os atributos dos gestores influenciaram positivamente o grau de implantação da maioria dos componentes do processo da Ouvidoria em Saúde. Estas características são responsáveis pela qualidade do funcionamento da rede de Ouvidoria, havendo o incentivo de articulações com intuito de fornecer respostas mais ágeis à população, repercutindo numa maior credibilidade do serviço.

Além disso, há interferência no grau de implantação da gestão e disseminação da informação, onde a formação e a visão da importância do serviço para a gestão e o controle social vai repercutir diretamente na disseminação das informações geradas pelo serviço em questão. Vale salientar ainda que, as características inovadoras do serviço e as articulações em busca de uma resolutividade também são decorrentes das características dos gestores.

Em relação à influência do contexto estrutural no grau de implantação do serviço da ouvidoria em saúde, observou-se que as subcategorias relacionadas aos atributos organizacionais também influenciaram a implantação do serviço em questão. No caso do componente estrutura, sua implantação satisfatória foi resultante das seguintes subcategorias: Tamanho, formalização do comportamento e nível de especialização.

Esta relação se deve pelas características presentes em uma gestão com autonomia técnico-gerencial e financeira, pela existência de documentos oficiais tanto de regulamentação do serviço quanto de planejamento e especificação com qualificação de cada profissional que compõe a equipe. Esse conjunto faz com que não só o componente estrutura sofra influência, mas alguns componentes do processo também.

As demais subcategorias organizacionais também estão relacionadas com a

implantação de alguns subcomponentes do processo. Dentre elas a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação, apresentando uma grande relação com o processo do serviço, em especial o funcionamento articulado e descentralizado da rede de ouvidoria, a disseminação de informações como divulgação e gestão da mesma, e a mobilização social.

## 8 CONCLUSÕES

O presente estudo identificou um grau de implantação satisfatório para a dimensão estrutura no município do Recife. A Ouvidoria municipal possui um bom número de profissionais suficiente para a realização das suas ações, valendo salientar que todos foram capacitados para desempenhar suas funções.

Foi verificado que a dimensão processo também obteve um grau de implantação satisfatório. A análise desta dimensão evidenciou falhas nas poucas respostas dos departamentos através dos interlocutores resultantes de acúmulos de cargos associados com a falta de veículos para averiguação das demandas, o que comprometeu agilidade da resposta ao cidadão e correções de disfunções. Apesar disto, observou-se a realização de ações da ouvidoria que reforçam a participação popular para uma gestão mais participativa.

A análise de contexto político permitiu fazer considerações a respeito do processo de descentralização do sistema OuvidorSUS. Em geral, todos os atores, por conhecerem bem o cenário das manifestações mais frequentes da ouvidoria, a importância da ouvidoria para a gestão e o controle social, por alguns serem estimulados a planejarem as ações e por participarem da construção de instrumentos de gestão, mostraram tendência a continuar realizando as ações da ouvidoria em saúde de forma descentralizada e articulada com outros setores.

A análise de contexto estrutural, considerando os atributos do gestor, revelou técnicos com perfil profissional que favorece a implantação da ouvidoria, porém os mesmos se resumem a realizar as atividades que lhe são atribuídas. No contexto estrutural, considerando os atributos organizacionais, apenas a formalização foi considerada como um indicador desfavorável. Isso se deve à inexistência da ouvidoria em saúde no organograma da secretaria de saúde do município.

Este trabalho verificou que o contexto influenciou no grau de implantação da ouvidoria, a medida em que foram identificados intenções, movimentos e atributos favoráveis à realização das ações, coincidindo com o grau de implantação de 87,5%. A análise destas variáveis permitiu compreender alguns aspectos políticos e estruturais que influenciaram na realização das ações da ouvidoria. Dentre os principais facilitadores pode-se citar: o conhecimento dos atores sobre o cenário das manifestações da ouvidoria, sobre a importância do serviço para o controle social e para a gestão participativa, o planejamento ligeiramente participativo e articulação intersetorial na realização das ações e a boa estrutura.

## 9 RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados apresentados, recomenda-se algumas medidas no sentido de fortalecer a Ouvidoria em Saúde nas instâncias municipais:

- a) Disponibilização de veículos para os interlocutores averiguarem as demandas e agilizarem as respostas ao cidadão;
- b) Intensificar o trabalho de divulgação à população sobre todos os meios de acesso ao serviço;
- c) Aumentar a parceria com o Conselho Municipal de Saúde colocando um interlocutor nesta instância;
- d) Envolver toda a equipe da Ouvidoria no planejamento das ações e no processo de construção dos instrumentos de gestão, resultando em um planejamento mais participativo;
- e) Acrescentar a Ouvidoria em Saúde no Organograma da Secretaria de Saúde, pois apesar de não mostrar os relacionamentos informais, retrata fielmente a divisão do trabalho e exibe de forma clara quais posição existem na organização, como estão agrupadas e como a autoridade formal;
- f) Financiamento próprio de incentivo à implementação do serviço de Ouvidoria em saúde;
- g) Fortalecimentos dos vínculos empregatícios dos funcionários ligados direta e indiretamente à Ouvidoria, evitando o acúmulo de funções e por consequência a rotatividade profissionais;
- h) Divulgar mais o papel da Ouvidoria para os demais gestores intra e intersetoriais.

## REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. cap. 1, p. 285- 306.
- BASTOS, M.A. **A Ouvidoria Pública no Paraná**. 2006. Monografia (Curso de Especialização) – UNIBRASIL, Curitiba. Disponível em <<http://www.abonacional.org.br/Monografia.pdf>> Acesso em: 20 set. 2010.
- BODESTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Oficina de Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18056-18059.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 30 dez. 1990.
- BRASIL. **Lei 10.294, de 20 de abril de 1999**. Lei de Proteção e Defesa do Usuário do Serviço Público do estado de São Paulo. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <[http://www.corregedoria.sp.gov.br/adm/App\\_Cadastro/Uploads/Visualizar.aspx?id=75](http://www.corregedoria.sp.gov.br/adm/App_Cadastro/Uploads/Visualizar.aspx?id=75)>. Acesso em: 20 set. 2010.
- BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Lei 17.281, de 22 de dezembro de 2006**. Que instituiu a ouvidoria municipal em saúde no âmbito da administração pública. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/255736/lei-17281-06>>. Acesso em: 20 de set. 2010.
- BRASIL. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Glossário temático: ouvidoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Falando de Ouvidoria: Experiências e Reflexões**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Portaria nº 1.193, 16 de junho de 2004.** Disciplina o funcionamento do Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1193.htm>>. Acesso em: 20 set. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007.** Dispõe sobre a regulamentação do Sistema OuvidorSUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008\\_25\\_05\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html)>. Acesso em: 20 de set. 2010.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 559-570, 1996.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.

CONTRANDIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DENIS, J.; CHAMPANHE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 3, p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 6, p. 127-142.

FREESE E. et al. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S. et al. **Abordagem ecossistêmica em saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 32-38.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa.** Madrid: Taurus, 2000.

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 1, p. 19-28.



HARTZ, Z. M. A. Institucionalizing the evaluation of health programs and polices in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

MCLAUGHLIN, M. W. Implementation realities and evaluation design. In: SHORTLAND, R. L.; MARK, M. M. **Social Science and Social Policy**. Beverly Hills: Sage, 1985. p. 96-120.

MEDINA, M. G. et al Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. cap. 1, p. 41 – 64.

MELO, C. G. **Análise do Tele-atendimento da Ouvidoria Municipal do SUS-Recife**. 2009. Monografia (Residência em Saúde Pública) – Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

MENDES, J. F. **O Ombudsman e o Leitor**. Belo Horizonte: O Lutador, 2002.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 304 p.

MORAES, D. C. P. et. al. **Ouvidorias como dispositivos de gestão participativa de políticas públicas: sua história e experiência no Pará**. Painel apresentado no III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010.

PACHECO, M.V.F. **Ouvidoria e saúde pública**. 2003. Monografia, Faculdade de Ciências da Administração da Universidade de Pernambuco, Recife, 2003.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2006.

ROLDÃO, A. J. V. **O Perfil Profissional de ombudsman nas instituições do Brasil**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade de La Habana, Havana, 1999.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SANTOS, W. R. **Ouvidoria Novas Relações de Consumo e o Aperfeiçoamento da Cidadania no Brasil: A experiência da Caixa Econômica Federal**, Rio de Janeiro 2006. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Bens Culturais e Projetos Sociais) - Fundação Getúlio Vargas, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:

<<http://virtualbib.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2136/CPDOC2006WashingtonRobertodosSantos.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 7 de out. 2011

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 9-15.

SILVA, M. V. **A Comunicação nas instâncias de controle social no SUS: O diálogo entre as Ouvidoria em Saúde e o Conselho Distrital de Saúde na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro**. 2010. Monografia (Especialização em Comunicação e Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SPINETTI, S. R. **A ouvidoria nos três níveis de gestão da saúde**. São Paulo: [s.n.], 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCATO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p. 121-136.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov/dez. 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 1, p. 15-40.

VILASBÔAS, A.L.Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008

VISMONA, E.L. **A Ouvidoria no Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Ouvidores: Imprensa Oficial do Estado do São Paulo, 2001.

**APÊNDICE A - Modelo lógico proposto para a ouvidoria no âmbito municipal**

PROBLEMA	INTERVENÇÃO	COMPONENTE	OBJETIVOS DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL (IMPACTO)
Insuficiente participação popular e as deficiências no atendimento do SUS	Ouvidoria em saúde - canal democrático de informação e de escuta da população em geral para melhor qualificar a gestão do SUS.	<b>Sistema informatizado OuvidorSUS</b>	Possibilitar a troca de informações entre os órgãos responsáveis pela gestão do SUS, para adoção de medidas cabíveis diante das manifestações recebidas	Espaço físico, inclusive para atendimento presencial de fácil localização e com acessibilidade	- Recebimento das Manifestações (caixa de sugestão, cartas, correspondência oficial, fax, internet, telefone, forma presencial)	Nº manifestações recebidas por forma de recebimento/ mês	*Democratização das informações em saúde	Fortalecimento dos mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS
				Equipe capacitada para utilização do Sistema OuvidorSUS	- Análise e tratamento das demandas (acompanhamento)	% de demandas atendidas e analisadas/mês	*Agilização do processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento, e resposta das manifestações	
				- Instrumento normativo de criação/regulamentação	Encaminhamento das manifestações dos cidadãos para outras secretarias de saúde dentro do seu estado, hospitais de sua gestão e internamente, departamentos da Ouvidoria	% de manifestações encaminhadas/mês	*Integração em rede das estruturas descentralizadas de ouvidorias e podem ser acompanhadas pelo nível central de gestão	
				Disponibilidade de telefone internet	Resposta dos interlocutores(setores da secretaria e outros órgão) à ouvidoria	% de manifestações concluídas/mês		
				Equipamentos e mobiliários	- Resposta ao cidadão	% de manifestações fechadas/mês		

continuação

PROBLEMA	INTERVENÇÃO	COMPONENTE	OBJETIVOS DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL (IMPACTO)
Deficiências no atendimento do SUS	Ouvidoria em saúde - canal democrático de informação e de escuta da população em geral para melhor qualificar a gestão do SUS.	<b>Rede de Ouvidoria</b>	Promover articulação com as áreas responsáveis para resolução das demandas	Espaço físico, inclusive para atendimento presencial e de fácil localização e acessibilidade	Alocação de serviços de Ouvidoria ao alcance da população - universalidade	X Serviços(acesso) de ouvidoria/Distrito Sanitário	*Criação de vínculos com as entidades de representação política dos gestores administrativos, envolvendo os conselhos, a SMS, unidades de saúde para incentivar a abertura de canais de comunicação entre gestores e sociedade  *Agilização na resposta às suas manifestações junto aos órgãos gestores de saúde	Fortalecimento dos mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS
				Equipe capacitada para utilização do Sistema OuvidorSUS	Acesso gratuito à Ouvidoria - equidade	Pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria		
				- Instrumento normativo de criação/regulamentação	Recebimento de demandas que incluam promoção, proteção e recuperação da saúde - integralidade	Manifestações recebidas relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde		
				Disponibilidade de telefone internet	Implantação de serviços de Ouvidoria no CMS e demais estruturas do SUS, agilizando o fluxo de trabalho - regionalização, hierarquização e descentralização.	% interlocutores/rede municipal de saúde e CMS		
				Equipamentos e mobiliários	Participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS	Participação de usuários na avaliação dos serviços em saúde		

conclui

PROBLEMA	INTERVENÇÃO	COMPONENTE	OBJETIVOS DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL (IMPACTO)
Insipiente participação popular para a melhoria dos serviços da saúde	Ouvidoria em saúde - canal democrático de informação e de escuta da população em geral para melhor qualificar a gestão do SUS	<b>Gestão e disseminação da informação</b>	Disponibilizar informação correta, a um custo suportável, no tempo oportuno, em lugar apropriado, para tomada de decisão mais acertada	Espaço físico, inclusive com atendimento presencial e de fácil localização e acessibilidade	Elaboração de indicadores de Avaliação e Monitoramento do Sistema de Informação adotado pela Ouvidoria	Indicadores elaborados de Avaliação e Monitoramento	*Fornecimento de informações como subsídios para a tomada de decisão  * contribuição para orientação à população	Fortalece os mecanismos de participação social e qualifica a gestão participativa no SUS
				Equipe capacitada para utilização do Sistema OuvidorSUS - Instrumento normativo de criação/regulamentação	Construção de relatórios e periódicos gerenciais, temáticos e segmentados	X relatórios e/ou periódicos anuais, cuja análise, conteúdo e linguagem ajustados ao contexto e objetivos do destinatário		
				Disponibilidade de telefone internet	Articulação com outros setores e órgãos para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente a Secretaria de Saúde, no âmbito da saúde	X e tipo de órgãos articulados para a correção de problemas		
				Equipamentos e mobiliários	Orientações básicas à população relativas à saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS	População esclarecida sobre saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS		
		<b>Mobilização social</b>	Promover o estreitamento entre a gestão e o cidadão	Palestras e oficinas na SMS ou estabelecimentos de saúde para sensibilização do papel da Ouvidoria	Gestores e profissionais de saúde conscientes das atribuições da ouvidoria e dispostos a colaborar	*Aproximação entre o sistema de saúde e seus usuários		
				Instrumento normativo de criação/regulamentação	Divulgação do serviço da Ouvidoria para a comunidade	Comunidade esclarecida sobre o papel e meios de acesso à Ouvidoria  *Ampliação do acolhimento e minimização dos anseios da população, além de conhecer as suas expectativas		

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE  
IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA NO ÂMBITO MUNICIPAL**

**COMPONENTES DE ESTRUTURA**

**SISTEMA OUVIDORSUS**

*Espaço Físico*

1. O Município tem um espaço físico determinado só para o funcionamento da Ouvidoria em Saúde?  
( ) Sim ( ) Não
  
2. No espaço onde funciona a Ouvidoria existe um espaço exclusivo para atendimento presencial?  
( ) Sim ( ) Não

*Localização*

3. Existem sinalizações ou placas que indiquem onde se localiza a Ouvidoria?  
( ) Sim ( ) Não
  
4. Qual a distância da parada de ônibus mais próxima?  
( ) até 300m ( ) mais 300m

*Acessibilidade Geográfica*

5. Existem rampas que propiciem o fácil acesso para as pessoas com necessidades especiais?  
( ) Sim ( ) Não
  
6. Existem banheiros adaptados que propiciem o fácil acesso para as pessoas com necessidades especiais?

Sim    Não

*Equipamentos*

7. A Ouvidoria possui computadores?

Sim    Não

Se sim, quantos?

---

8. A Ouvidoria tem impressoras?

Sim    Não

Se sim, quantas?

---

9. A Ouvidoria tem telefones exclusivos?

Sim    Não

Se sim, quantos?

---

10. A Ouvidoria tem Fax?

Sim    Não

Se sim, quantos?

---

*Mobiliário*

11. A Ouvidoria tem mesas/escrivania?

Sim    Não

Se sim, quantos?

---

12. A Ouvidoria tem cadeiras giratórias?

Sim    Não

Se sim, quantos?

---

13. A Ouvidoria tem armários?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos?

---

#### *Material de Expediente*

14. A Ouvidoria é abastecida com material de expediente?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, a quantidade satisfaz as suas necessidades?

---

#### *Recursos Humanos*

15. O Município possui como profissionais trabalhando na Ouvidoria:

Ouvidor: ( ) Sim ( ) Não

Coordenadores: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Técnicos: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Teleatendentes: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

#### *Cobertura de Habilitação Profissional*

16. Profissionais treinados no Sistema OuvidorSUS:

Ouvidor: ( ) Sim ( ) Não

Coordenadores: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Técnicos: ( ) Sim ( ) Não



Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Teleatendentes: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

### *Normatização*

17. Existência de instrumento normativo que regulamenta a Ouvidoria no Município:

( ) Sim ( ) Não

Quais?

---



---

### REDE DE OUVIDORIA

#### *Recursos Humanos*

18. A ouvidoria tem interlocutores trabalhando para sua rede?

( ) Sim ( ) Não

Se sim quantos? \_\_\_\_\_

#### *Habilitação*

19. Profissionais da rede (interlocutores) são capacitados no sistema OuvidorSUS

( ) Sim ( ) Não

Se sim quantos? \_\_\_\_\_

#### *Equipamentos*

20. A rede de ouvidoria(interlocutores) possui computadores?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos?

---

*Mobiliários*

21. A rede de ouvidoria (interlocutores) tem mesas/escrivania?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos?

\_\_\_\_\_

22. A rede de ouvidoria (interlocutores) tem cadeiras giratórias?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

*Veículos*

23. A rede de ouvidoria (interlocutores) tem carro a disposição para verificação das manifestações?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

GESTÃO DA INFORMAÇÃO*Capacitação*

24. Existe profissional da ouvidoria capacitados para produzir informação?

( ) Sim ( ) Não

Se sim quantos? \_\_\_\_\_

*Material*

25. Existe fornecimento de material para confecção de relatórios, periódicos e materiais informativos?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, a quantidade é suficiente? \_\_\_\_\_

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL***Espaço Físico*

26. Existe algum espaço físico para realização de palestras e oficinas?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**COMPONENTES DE PROCESSO****SISTEMA INFORMATIZADO OUVIDORSUS***Recebimento das Manifestações*

1. Quantidade de manifestações recebidas:

\_\_\_\_\_ por caixas de sugestões/mês

\_\_\_\_\_ por carta/mês

\_\_\_\_\_ correspondência oficial/mês

\_\_\_\_\_ fax/mês

\_\_\_\_\_ internet/mês

\_\_\_\_\_ telefone/mês

\_\_\_\_\_ forma presencial/mês

\_\_\_\_\_ Total de manifestações/ mês

*Demandas*

2. Trâmites da demanda pelo sistema OuvidorSUS:

\_\_\_\_\_ tipificadas

\_\_\_\_\_ encaminhadas

\_\_\_\_\_ concluídas

\_\_\_\_\_ fechadas

**REDE DE OUVIDORIA**

*Ouvidoria ao alcance da população – universal*

3. Existe alguma forma do cidadão se manifestar, gerando demanda, através de algum serviço de ouvidoria local (no Distrito Sanitário, Unidade de Saúde...)

( ) Sim ( ) Não

Se sim, de que forma, onde e quantos serviços estão disponíveis no município?

---

---

*Acesso gratuito à ouvidoria – equidade*

4. Existem meios de acesso gratuito ao serviço de ouvidoria?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais?

---

---

*Demandas que incluem promoção, proteção e recuperação da saúde-integralidade*

5. A ouvidoria costuma receber manifestações referentes à:

a. Promoção da saúde? ( ) Sim ( ) Não

b. Prevenção de doenças? ( ) Sim ( ) Não

c. Recuperação da saúde? ( ) Sim ( ) Não

*Extensão da ouvidoria – regionalização, hierarquização e descentralização*

6. Existem interlocutores da ouvidoria nos departamentos da SMS?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos e quais departamentos têm interlocutores?

---

---

7. Existem interlocutores da ouvidoria nos distritos sanitários?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos e quais distritos têm interlocutores?

---

---

8. Existem interlocutores da ouvidoria nos conselhos municipais de saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos interlocutores? \_\_\_\_\_

*Participação de usuários na avaliação dos serviços do SUS*

9. Existe algum estímulo à participação de usuários no processo de avaliação dos serviços do SUS?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, que tipo de estímulo?

---

---

GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DISSEMINAÇÃO

*Indicadores de avaliação e monitoramento*

10. Existe algum tipo de indicador criado para avaliação e monitoramento?

( ) Sim ( ) Não

Se sim quanto e/ou quais?

---

---

*Relatórios e periódicos gerenciais*

11. A Ouvidoria produz relatórios e/ou periódicos temáticos e segmentados?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos e quais por ano?

---

---

*Articulação com outros setores/órgão*

12. A ouvidoria costuma realizar algum tipo de articulação para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente a SMS, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas articulações e com que tipo de setores?

---

---

*Produção de material formativo e informativo*

13. A ouvidoria produz algum tipo de material formativo e/ou informativo que divulgue orientações básicas sobre saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, que material e quantos por ano?

---

---

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL**

*Conhecimento do papel da ouvidoria*

14. A ouvidoria costuma realizar palestras e/ou oficinas para divulgar o papel da ouvidoria para os gestores?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual foi o público alvo?

( ) Departamentos da SMS. Quais? \_\_\_\_\_

- ( ) Distritos Sanitários. Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) Estabelecimentos de saúde. Quais? \_\_\_\_\_

*Divulgação da ouvidoria*

15. A ouvidoria já realizou alguma atividade para divulgar seus serviços para a população?

- ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais os meios utilizados para divulgação?

---

---

## **APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL**

### **Roteiro para entrevista guiada com o Secretário de Saúde**

- 1) Atributos do secretário:
  - a. O Sr. tem formação superior?
  - b. O Sr. tem pós-graduação e/ou aperfeiçoamento em saúde pública ou áreas afins?
  - c. O Sr. já recebeu algum treinamento ou tem especialização sobre planejamento em gestão?
  - d. O Sr. já teve algum treinamento sobre ouvidoria?
  
- 2) Atenção prestada á inovação:
  - a. O Sr. costuma investir no setor da ouvidoria em saúde (capacitação, estruturação...)?
  - b. O Sr. acha que a ouvidoria deve ampliar seus meios de comunicação com a população ou deve manter os meios de acesso?
  
- 3) Orientação cosmopolita ou local
  - a. O Sr. incentiva a comunicação entre os setores quando se trata de Ouvidoria?
  - b. O Sr. acha importante trabalhar em parceria com o CMS
  
- 4) Quais as ações realizadas pela SMS (contratação de pessoal, compra de equipamentos...) que contribuíram para implantação das ações da ouvidoria?
- 5) Qual a importância da ouvidoria para a gestão e o controle social?
- 6) O Sr. conhece o cenário das manifestações mais freqüentes da Ouvidoria (local e classificação das manifestações, nível da satisfação do usuário...)?
- 7) O Sr. normalmente participa do planejamento das ações da Ouvidoria junto com a equipe?
- 8) O Sr. considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS?
  
- 9) Tamanho (autonomia técnico-gerencial e financeira)
  - a) O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização das ações da Ouvidoria, ou recebe material de outra instância (SES, MS...)?



- b) O município realiza integralmente as ações da Ouvidoria com técnicos e tecnologias próprias ou necessita de apoio de outras instâncias?

10) Centralização:

- a) A tomada de decisão é centrada na autoridade do secretário?
- b) O planejamento das ações de ouvidoria se dá de forma participativa entre todos envolvidos diretamente no funcionamento da ouvidoria (secretário, ouvidor, coordenador, técnico...)

11) Formalização:

- a) As ações da ouvidoria são contempladas pelo plano municipal de saúde?
- b) O organograma da SMS contempla a coordenação da ouvidoria?

12) Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação:

- a) Há avaliações periódicas das atividades da ouvidoria em Saúde
- b) Há um monitoramento das ações da Ouvidoria?

13) Nível de especialização:

- a) O coordenador tem formação em saúde pública e planejamento e gestão da Ouvidoria?
- b) Os profissionais da ouvidoria têm treinamento na sua área específica?
- c) Os profissionais só realizam as atividades que lhe são atribuídas?

## **APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL**

### **Roteiro para entrevista guiada com o Ouvidor ou Coordenador da Ouvidoria**

- 1) Atributos do coordenador:
  - a. O(A) Sr(a). tem formação superior?
  - b. O(A) Sr(a). tem pós-graduação e/ou aperfeiçoamento em saúde pública ou áreas afins?
  - c. O(A) Sr(a). já recebeu algum treinamento ou tem especialização sobre planejamento em gestão?
  - d. O(A) Sr(a). já teve algum treinamento sobre ouvidoria?
  
- 2) Atenção prestada á inovação:
  - a. O(A) Sr(a). sempre procura inovar os meios de disseminação de divulgação e informação?
  - b. O(A) Sr(a). acha que a ouvidoria deve ampliar seus meios de comunicação com a população ou deve manter os meios de acesso?
  - c. O secretário incentiva de alguma forma a sua formação?
  
- 3) Orientação cosmopolita ou local
  - a. O(A) Sr(a). já se comunicou com outros setores para realizar as ações da ouvidoria?
  - b. O(A) Sr(a). já trabalhou em parceria com o CMS?
  
- 4) Houve alguma ação realizada pelo Coordenador (capacitação da equipe, reuniões periódicas ...) que contribuiu para um melhor funcionamento das ações da Ouvidoria?
- 5) O(A) Sr(a). conhece a importância da ouvidoria para a gestão e o controle social (sabe que não se limita a encaminhar e responder demandas)?
- 6) O(A) Sr(a). conhece o cenário das manifestações mais frequentes da ouvidoria (sabe o local e classificação das manifestações, nível da satisfação do usuário)?
- 7) O(A) Sr(a). realiza algum tipo de parceria com o Conselho Municipal de Saúde?
- 8) O(A) Sr(a). costuma se reunir com a subrede?
- 9) O(A) Sr(a). participa da elaboração de documentos como Plano municipal de Saúde, Plano Plurianual, plano de ações e metas?

10) O(A) Sr(a). planeja as ações juntamente com o gestor, com os técnicos/interlocutores?

11) O(A) Sr(a). considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS?

12) Tamanho (autonomia técnico-gerencial e financeira)

a) O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização das ações da Ouvidoria, ou recebe material de outra instância (SES, MS...)?

b) O município realiza integralmente as ações da Ouvidoria com técnicos e tecnologias próprias ou necessita de apoio de outras instâncias?

13) Centralização:

c) A tomada de decisão é centrada na autoridade do secretário?

d) O planejamento das ações de ouvidoria se dá de forma participativa entre todos envolvidos diretamente no funcionamento da ouvidoria (secretário, ouvidor, coordenador, técnico...)

14) Formalização:

c) As ações da ouvidoria são contempladas pelo plano municipal de saúde?

d) O organograma da SMS contempla a coordenação da ouvidoria?

15) Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação:

e) Há avaliações periódicas das atividades da ouvidoria em Saúde

f) Há um monitoramento das ações da Ouvidoria?

16) Nível de especialização:

d) O coordenador tem formação em saúde pública e planejamento e gestão da Ouvidoria?

e) Os profissionais da ouvidoria têm treinamento na sua área específica?

f) Os profissionais só realizam as atividades que lhe são atribuídas?

## **APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO**

### **Roteiro para entrevista guiada com o técnico da ouvidoria**

- 17) Houve alguma ação realizada pelo técnico que contribuiu para um melhor funcionamento da ouvidoria?
- 18) Você conhece a importância da ouvidoria para a gestão e controle social (sabe que não se limita a encaminhar e responder demandas)?
- 19) Você conhece o cenário das manifestações mais frequentes da Ouvidoria (sabe o local e classificação das manifestações mais frequentes, o nível da satisfação do usuário)?
- 20) Você participa do planejamento das ações juntamente com o gestor e com o coordenador?
- 21) Você participa da construção de documentos como Plano municipal de Saúde, Plano Pluri Anual, plano de ações e metas?
- 22) Você considera que a ouvidoria é uma prioridade para o fortalecimento de mecanismos de participação social e qualificação da gestão participativa no SUS?
- 23) Você trabalha com ouvidoria porque gosta e acredita no serviço?

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da pesquisa:** “Avaliação da ouvidoria em saúde do município do Recife”.

**Instituições participantes da pesquisa:**

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ -Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM - Departamento de Saúde Coletiva – NESC.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que aceito participar do estudo científico, sobre a avaliação da implantação da ouvidoria em saúde no município do Recife, na qualidade de entrevistado.

Minha participação é voluntária e eu poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Estou ciente que ao serem apresentados os resultados deste estudo, o meu nome não será identificado. E, conhecerei os resultados alcançados, em reuniões no local de trabalho e/ou através de veículos de comunicação.

Qualquer esclarecimento que eu necessite, deverei entrar em contato com o professor Petrônio José de Lima Martelli pelo Telefone: 81 2101 2603; com a mestrande Fernanda M. Bezerra de Mello Antunes pelo telefone: 81 88780038 ou dirigir-me ao NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)