

RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DE DEMANDAS ESPONTÂNEAS (SADE) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL, 2003

PROBLEM-SOLVING CAPACITY OF THE SPONTANEOUS DEMAND SYSTEM OF THE HEALTH MINISTRY, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL, 2003

Regina Maria da Silva Antpack¹, Ana Cecília Bastos Stenzel²

RESUMO

A avaliação da satisfação dos usuários em serviços públicos de saúde é ainda uma prática muito recente. No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) criou circunstâncias favoráveis à manifestação do cidadão quanto aos serviços prestados. Em 2001, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do Sistema Único de Saúde (SAC/SUS), incorporando o Disque-Saúde, através do qual qualquer cidadão pode fazer reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios, bem como pedir informações. O Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE) é um subsistema do SAC/SUS cujo objetivo é dar andamento às solicitações dos usuários, criando um fluxo informatizado entre as três esferas de governo do SUS. O objetivo desse estudo foi analisar a resolutividade do SADE, verificando se o problema que deu origem à demanda foi resolvido, o tempo decorrido e o grau de satisfação dos usuários com o sistema. Foram identificadas as demandas concluídas no ano de 2003 (n = 123) e realizadas entrevistas telefônicas com os usuários. Dos 54 entrevistados, 48,1% consideraram que não foi resolvido o problema, 40,4% consideraram que foi resolvido, e 11,5% consideraram que foi resolvido em parte. Quanto ao tempo decorrido entre a demanda e a solução do problema, 35% dos entrevistados disseram ter levado menos de um mês, e 31% não souberam precisar. Quanto à satisfação com o sistema, 52,3% atribuíram nota entre 8,5 e 10, porém, 18,2% deram nota 0. Conclui-se que o SADE é um canal de voz do cidadão, porém, faz-se necessário que os governos federal, estadual e municipal continuem aprimorando-o, especialmente na busca de solução para os problemas relatados.

Unitermos: Qualidade em saúde, administração e planejamento em saúde, atenção à saúde.

ABSTRACT

Assessing the rate of satisfaction of health public services is a very recent practice. In Brazil, the implementation of the unified health care system (*Sistema Unico de Saúde*- SUS) program created favorable circumstances to the manifestation of citizens regarding services provided. In 2001, the Health Ministry launched the SUS information service (SAC/SUS), through which any citizen can make complaints, denunciations, requests, suggestions and praises by phone, as well as ask for information. The system of spontaneous demand information (*Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas* - SADE) is part of the SAC/SUS. It is aimed at accomplishing the user's requests and forwarding them to the adequate personnel. The main

¹ Formada em Administração de Empresas, Faculdade Porto-Alegrense de Ciências Contábeis e Administração (FAPCA), Porto Alegre, RS. Funcionária pública estadual, técnica em atividades de apoio, lotada na Auditoria Médica Estadual, Porto Alegre, RS. Responsável pelo Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE) do Ministério da Saúde.

² Mestre em Saúde Coletiva e professora colaboradora da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Correspondência: Regina Maria da Silva Antpack, Rua Crispim Machado Silveira, 42, 91530-250, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3336-5511.

goal of the present study was to analyze the solving capacity of SADE by checking if the original problem was solved, how long it took and users' satisfaction level. We identified the number of demands concluded in 2003 (n = 123) and interviewed the users by phone. Of the 54 interviewees, 48.1% said that the problem was not solved, 40.4% said it was solved, and 11.5% said that it was partially solved. As to elapsed time between the request and the problem solution, 35% said that the problem was solved in less than a month, and 31% could not precise. As to satisfaction with the system, 52.3% graded the system between 8.5 and 10, and 18.2% graded it zero. We conclude that SADE is a channel through which citizens are able to express their opinion, however, the federal, state and city governments must continue to refine it, especially in what concerns the problem-solving capacity of the system.

Key words: Quality in health care; health care administration and planning; health care support.

INTRODUÇÃO

A avaliação da satisfação dos usuários em serviços públicos é uma prática muito recente, mesmo em países onde a prestação de contas à população é prática usual. Nos países onde os sistemas de avaliação de satisfação já estão instituídos, ainda estão em início de processo, cada um deles desenvolvendo metodologias próprias adequadas às circunstâncias e características de seus serviços, não existindo ainda metodologias específicas desenvolvidas para esse tipo de pesquisa.

A necessidade de aferição da satisfação dos usuários de serviços públicos se deve às novas formas de implementar as políticas públicas e aos novos procedimentos gerenciais adotados por alguns países nos últimos anos: decorrem de uma mudança de postura dos governos que a encaram como ferramenta para definir ações para melhoria da qualidade da gestão e da qualidade dos serviços prestados. É consequência do conjunto de transformações que redesenham o papel do Estado em todo o mundo. A adoção de programas de qualidade, onde se desenvolveram teorias e práticas que servem de base às experiências voltadas para avaliação da satisfação de usuários ou consumidores de bens e serviços, até pouco tempo era iniciativa somente do setor privado. Na gestão pública, porém, não se construíram marcos teóricos capazes de orientar a realização de pesquisas de avaliação de satisfação, nem se consolidou referência metodológica comum.

A experiência de alguns países na avaliação da satisfação dos usuários de serviços públicos, apesar de recente, encontra-se em patamar mais definido e consolidado do que no Brasil. Nas sociedades desses países, os usuários dos serviços públicos conhecem seus direitos e deveres e sabem exigí-los; distinguem também, com mais nitidez, as alterações para melhor ou para pior na qualidade dos serviços prestados e no aces-

so a eles, e é maior o conhecimento dos usuários sobre a organização e o funcionamento estipulados para os serviços públicos, o que facilita as pesquisas de avaliação. No Brasil, entretanto, o simples acesso ao serviço ainda é o aspecto mais determinante na satisfação dos usuários (1).

O Sistema Único de Saúde (SUS) significou uma conquista para a maioria da população brasileira que permanecia à margem da assistência, pois o acesso aos serviços de saúde com alguma resolutividade era privilégio de poucos. A implantação do SUS foi a resposta a um processo que envolveu interesses de diversos grupos e segmentos da sociedade brasileira. A descentralização abriu, de fato, novas perspectivas para o setor, ao atribuir aos municípios a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde, tornando-os corresponsáveis por garantir o direito à saúde dos cidadãos. Embora grande parte dos municípios brasileiros não dispusesse de uma rede capaz de enfrentar a nova realidade, a maioria expandiu a sua rede para assumir o novo papel e garantir à sua população o acesso aos serviços de saúde (2).

Com a implantação do SUS, a saúde se tornou um direito do cidadão e um dever do Estado, e, como consequência, a lógica que informava o setor saúde mudou. Essa questão é importante quando se abordam as políticas sociais e sua formulação, porque implica em deixar de tratá-las como expressão de carência para atribuir-lhes o estatuto de direito: ao tornar-se um direito, foi ampliado o acesso da população aos serviços de saúde. Porém, a imagem que normalmente se veicula é de que os serviços públicos de saúde são de qualidade duvidosa – seja em função das condições de trabalho oferecidas aos profissionais da área, seja pelo baixo poder resolutivo dos serviços oferecidos (2).

A melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços públicos é vital para o desenvolvimento equilibrado

do país; para tanto, faz-se necessário estabelecer uma nova relação do poder público com a população, que possa aumentar a consciência dos direitos da cidadania, proporcionando instrumentos mais eficazes de responsabilização daqueles que detêm o poder de decisão na esfera pública (3).

No segundo semestre de 1999, foi tomada uma decisão inédita no Brasil, de encomendar uma pesquisa nacional para saber dos usuários o que eles pensavam dos serviços públicos nas áreas de Educação, Saúde e Previdência. A iniciativa foi pioneira no mundo, além de inédita, à época, também nos Estados Unidos, que encomendavam avaliação semelhante pela primeira vez. A intenção do governo federal foi de ter uma referência de percepção do usuário em relação ao serviço público que permitisse a construção de um indicador nacional médio de satisfação. Com esse trabalho, a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão deu início à criação de um Sistema Permanente de Avaliação da Satisfação dos Usuários, que tem por objetivo dar voz à população em relação aos serviços oferecidos pelo setor público em todos os níveis (3,4).

Segundo o documento oficial que divulgou a “Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos”, mais importante do que a própria pesquisa foi a ação inovadora do governo, calcada na idéia de que faz parte das obrigações dos governantes prestar contas à população com regularidade, em vez de apenas em períodos eleitorais, sendo essa prestação de contas um direito do cidadão. Dessa forma, esperava o governo federal iniciar uma relação efetiva e duradoura do setor público com a população, colocando esta nova metodologia à disposição dos governadores estaduais e prefeitos que quisessem realizar o mesmo em seus estados e municípios (4).

Na pesquisa realizada pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, foram ouvidos usuários e não-usuários, havendo uma discrepância significativa entre os dois grupos: os não-usuários fizeram uma avaliação pior dos serviços públicos do que os usuários desses serviços. Segundo interpretação dos pesquisadores, por terem em média um padrão de vida mais alto, os não-usuários consomem serviços privados e estão acostumados ao fácil acesso a bens e serviços sofisticados, sendo mais exigentes em sua avaliação. Além disso, não sendo usuários dos serviços públicos, suas avaliações refletem também as informações divulgadas através da mídia ou por terceiros, sendo uma manifestação desprovida de sustentação factual. Por outro lado, como no Brasil ainda não há a consciência de que é um direito do cidadão receber um serviço público de qua-

lidade, o simples acesso ao serviço já produz em seus usuários um nível de satisfação que não corresponde à qualidade efetiva do serviço (3).

A pesquisa constatou que os serviços públicos que obtiveram maior grau de satisfação foram os da área da Educação, em segundo lugar os da Previdência, e em último lugar os da Saúde. Nessa área, metade dos usuários entrevistados apontou a garantia de acesso como a dimensão mais importante na avaliação dos serviços, sendo o acesso a medicamentos o que mais preocupa. Em seqüência, foram apontadas a agilidade no atendimento, a qualidade no serviço, a qualidade no atendimento e, por último, as instalações físicas. Os maiores escores de satisfação foram para as campanhas que ensinam a tratar doenças, para o cuidado de médicos e enfermeiros com sua aparência, para os bons resultados no combate à dengue e à cólera e para a facilidade do acesso. O mais baixo nível de satisfação recaiu sobre a certeza de recebimento gratuito de remédios receitados, a rapidez para conseguir internação e a confiança em não contrair infecção hospitalar.

Segundo seus promotores, o resultado da primeira pesquisa sobre a qualidade dos serviços públicos deve significar para os gestores públicos apenas um parâmetro de comparação, visto que a meta governamental foi de promover e incentivar as melhorias necessárias a serem alcançadas nos próximos anos, quando será um desafio para os governos promover a melhoria nos serviços na mesma proporção em que aumentam as demandas da população (3).

Em pesquisa de satisfação dos usuários realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, a opinião manifestada sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde já havia sido na mesma direção apontada posteriormente na pesquisa nacional. A maioria dos usuários, em todas as faixas de renda, dizia-se satisfeita com os serviços, e os motivos atribuídos a essa satisfação referiam-se, principalmente, ao bom atendimento e à atenção dispensada pelos médicos. Para Junqueira & Auge, um importante índice para avaliar a qualidade da assistência é o modo como os cuidados técnicos são dispensados e recebidos, no relacionamento paciente/serviço de saúde, pois a boa relação entre os profissionais e o paciente influi positivamente no tratamento. Esses autores destacam que o processo de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz: usuários e prestadores ocupam posições diferentes no processo de prestação de serviços, as expectativas e necessidades dos dois grupos determinam de maneira diversa a qualidade do serviço, mas ambos contribuem para que os serviços sejam executados. Para eles, a qualidade dos serviços muitas vezes é conside-

rada apenas do ponto de vista do usuário: o funcionário, cliente interno da instituição, nem sempre tem suas expectativas e necessidades levadas em conta, embora o desempenho dos serviços de saúde esteja na dependência deste profissional, do seu compromisso com a organização, com a clientela, com os resultados de programas e atividades que desenvolve (2).

A implantação de ouvidorias está mais próxima do conteúdo do projeto reformador do sistema de saúde, e sua concepção contém o significado de uma forma de gerenciamento que envolve usuários e trabalhadores, oportunizando um canal que assegure aos usuários o direito de serem ouvidos e terem voz. Quando a ouvidoria é criada num clima institucional embasado na proposta reformadora, enfatiza os princípios de democratização institucional, impacta oportunizando a ampliação da voz e o efetivo envolvimento dos usuários através da análise e das respostas às reclamações, reforça as estratégias de envolvimento e de disciplinamento internas, no sentido de acolher as reclamações como forma de consulta aos usuários, sobre os problemas e a qualidade do atendimento prestado pela instituição (1).

A ouvidoria eficaz caracteriza-se pela acolhida da reclamação como forma de consulta e envolve os usuários, ouvindo-os para solucionar os problemas institucionais, incentivando-os a registrar sua reclamação e respondendo qualificadamente ao reclamante. Esta concepção de ouvidoria está identificada com os direitos individuais, é considerada um mecanismo democrático de controle da administração, de acesso à justiça e de defensoria popular, e se apóia em experiências concretas como as da Inglaterra, Estados Unidos, Espanha, França, Canadá e Brasil. Para que a ouvidoria possa atingir seus objetivos, como canal de voz do cidadão, é necessária uma estrutura na qual o responsável tenha respaldo institucional e a reclamação possa ser vista como uma questão social, e não individual, pois as reclamações apontam para relações sociais imperceptíveis aos olhos de quem as experiencia (1).

No Brasil, a implantação de ouvidorias na área de saúde ocorreu em âmbito governamental e também nas instituições de saúde privadas, especialmente os hospitais. Está associada à crise e às transformações verificadas na área na década de 90.

Alguns hospitais privados, após passarem por crises institucionais, aderiram aos programas de qualidade, onde se desenvolveram teorias e práticas que servem de base a experiências voltadas para a avaliação dos consumidores de bens e serviços. Nesse contexto, surgiu a concepção da ouvidoria como uma forma de melhorar a qualidade e ampliar a assistência, permitindo atuar de forma competitiva no mercado de convêni-

os e particulares, onde o consumidor tem a chance de escolher um serviço diferenciado. Um dos objetivos de instalação de ouvidorias hospitalares foi melhorar a gestão administrativa: antes das ouvidorias, as reclamações eram feitas à qualquer pessoa, à imprensa, ou recaíam diretamente na administração central. A opção pela ouvidoria foi uma forma encontrada para detectar problemas de funcionamento deficiente e corrigir suas causas, além de conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, buscando aprimorá-la (1).

Alguns hospitais públicos também implantaram sistemas de ouvidoria, como uma opção alternativa e política de dar voz ao usuário. Em 1990, foi instalado um serviço de ouvidoria no Hospital Fêmeina, de Porto Alegre/RS, mais tarde estendido para todo o Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao Ministério da Saúde, do qual o primeiro faz parte. Em 1992, o serviço de ouvidoria foi instalado no Hospital Universitário de Londrina/PR; em 1994, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS e também no Hospital de Clínicas de São Paulo/SP; e, em 1995, no Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte/MG. Em alguns deles, o serviço de ouvidoria parou de funcionar após curta atuação, ou sequer chegaram a ser realmente implantados, inobstante a intenção de implantação. Segundo Pereira (1), embora a implantação do sistema de ouvidoria demonstre uma preocupação com os usuários, na prática, em alguns casos, funcionou como uma estratégia para aplacar as relações dos usuários com a instituição: no Hospital Fêmeina, de Porto Alegre/RS, o agendamento da entrevista com o usuário foi usado como forma de acalmar os reclamantes, ouvindo-os e explicando os fatos ocorridos como maneira de dissuadi-los a registrar sua reclamação; no caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o sistema de ouvidoria também resultou numa estratégia de aplacação, pois as respostas dadas aos usuários eram meramente justificativas e a aplicação de dispositivos legais, não apresentando resolução aos problemas levantados pelos mesmos.

Em âmbito governamental, a década de 90 trouxe circunstâncias favoráveis às propostas de participação do cidadão sobre as atividades de prestação de serviços de saúde, assim como medidas de desburocratização. Estes princípios foram inseridos na Constituição Federal de 1988 e nas leis federais que regulamentaram a organização e funcionamento do SUS, especialmente a Lei nº 8142/90, que regulamentou o controle social (5).

Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde emitiu parecer favorável à implantação de ouvidorias no SUS, que foi incluído no Relatório Final. Nesse rela-

tório, consta que “os Conselhos e Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação”. Entre esses mecanismos, incluem-se a criação de serviços de ouvidoria e Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde e Gestores do SUS, bem como a criação das carreiras de Auditor em Saúde e de Ouvidor Público Hospitalar (5). No âmbito do governo federal, foi criado o Programa Disque-Saúde, junto ao Ministério da Saúde; nas esferas estaduais e municipais, criaram-se serviços de ouvidoria na Prefeitura de Curitiba e no Governo do Estado do Paraná (1).

O Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do Sistema Único de Saúde (SAC/SUS) foi criado pela Portaria nº 2009/GM/MS, de 30 de outubro de 2001, e refere-se a toda e qualquer demanda encaminhada pelos cidadãos brasileiros, usuários ou não do SUS, que acessam o sistema através do telefone 0800.611997 (Disque-Saúde, com discagem gratuita) para apresentar elogios, reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e pedidos de informações, tratando de interesses próprios ou de terceiros (6).

Conforme relatório de 2003 da Ouvidoria Geral, divulgado em abril de 2004, o Disque-Saúde permite acesso a 131 bancos de dados, que tratam de assuntos gerais referentes à saúde e aos programas instituídos pelo Ministério da Saúde, e tem um segmento que trata de denúncias, reclamações e sugestões no âmbito do SUS (7). É nesse segmento que se constitui o Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE), um subsistema informatizado do SAC/SUS, com fluxo de informações via internet, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de “identificar a necessidade e/ou opinião do cidadão/usuário do SUS e desenvolver os serviços, produtos e processos necessários ao seu atendimento” (7).

O acesso ao site do SADE (<http://drt2001.saude.gov.br/ouvidoria/>) é feito exclusivamente com senha fornecida pelo Ministério da Saúde para pessoas autorizadas nas secretarias estaduais e municipais de saúde, no caso de municípios habilitados na condição de “Gestão Plena do Sistema Municipal”, conforme Portaria nº 373/GM de 27 de fevereiro de 2002 – NOAS/SUS- 01/02. Cabe aos gestores estaduais e municipais dar andamento às queixas, denúncias e reclamações, acessando o sistema através de senha para registrar no banco de dados o andamento do assunto até sua conclusão.

Quando de sua criação, o SADE estava ligado ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Atualmente, faz parte do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, instituído pelo Decreto nº

4726, de 9 de junho de 2003, da Secretaria de Gestão Participativa, que teve seu funcionamento disciplinado pela Portaria Ministerial nº 1193/GM/MS, de 16 de junho de 2004 (5).

A partir da Portaria nº 1193/01-GM, o Ministério da Saúde criou em seu portal um *link* para facilitar o acesso de servidores e usuários. Na página inicial, o usuário obtém informações de quando e como usar o sistema, como realizar contato por telefone, fax ou correio eletrônico, bem como apresenta um formulário próprio para fazer denúncias e reclamações.

As demandas do SADE são classificadas pelo Ministério da Saúde em três categorias de assunto: Assistência, Financeiro e Outros, e em diversas subcategorias: aparelho auditivo, cadeira de rodas, cirurgia, cobrança a usuários do SUS, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, exames, indícios de fraude em registro de procedimento, indícios de negligência médica, má conservação da estrutura física, marcação de consultas, medicamento, posto de saúde, recursos/investimento, recusa de atendimento a paciente do SUS, saúde em geral, transplante, transporte, etc.

Quanto à sua natureza, conforme formulário, as demandas são classificadas em seis tipos: 1. Denúncia, 2. Elogio, 3. Informação, 4. Reclamação, 5. Sugestão e 6. Solicitação.

Os prazos para resposta junto ao Ministério da Saúde são fixados conforme a classificação de prioridade que recebem: 1. Urgente - 15 dias, 2. Alta - 30 dias, 3. Média - 60 dias e 4. Baixa - 90 dias, recebendo um escalonamento para resposta, ou seja, uma data pré-fixada registrada no sistema. O sistema prevê ainda três situações de providências a serem tomadas pelos gestores estaduais e municipais, que podem ser: 1. Apurar, 2. Conhecer e 3. Atender, nomeando qual destas a secretaria deve realizar. Toda e qualquer demanda deve ser respondida junto ao Ministério, até mesmo os elogios são encaminhados aos municípios correspondentes, para que a demanda seja considerada concluída junto ao sistema.

Desde a sua recepção até a conclusão junto ao Ministério da Saúde, as demandas têm as seguintes condições de *status* no SADE:

- Encaminhado: toda demanda registrada junto ao sistema e disponibilizada via internet às secretarias;
- Em análise: toda demanda que está em fase de apuração, até chegar-se à fase de conclusão no sistema;
- Concluído: registro de toda a apuração realizada e fechamento da demanda junto ao sistema.

Após a conclusão por parte dos gestores, a demanda é analisada por técnicos do Ministério da Saúde, passando ao *status* de concluídas dentro do sistema ou, quando a resposta for julgada não-conclusiva, a demanda é

reencaminhada ao gestor responsável, normalmente acompanhada de sugestões quanto aos procedimentos a serem tomados.

O presente projeto de pesquisa teve como objetivo analisar as demandas concluídas do ano de 2003, buscando identificar o grau de satisfação atingido pelo sistema junto aos usuários e avaliando o nível de satisfação dos usuários com a resolatividade das mesmas. Embora o próprio sistema tenha disponível sua estatística, esta apenas quantifica o número de demandas com *status* de concluídas, não havendo dados sobre as demandas atendidas, ou seja, aquelas em que o usuário realmente teve seu pleito atendido ou sua demanda resolvida. Esse estudo averiguou se, após sua demanda ter sido registrada como concluída junto ao Ministério da Saúde, o usuário conseguiu ou não obter êxito e, em caso negativo, por que, qual o tempo decorrido até que seu pleito tenha sido atendido e o motivo da demora. Esse estudo buscou obter dados que possam aprimorar o SADE dentro do SAC/SUS, uma vez que o mesmo se encontra em fase de adaptação.

MÉTODOS

Inicialmente, foi realizado um levantamento das demandas com *status* de concluídas no SADE, no ano de 2003, as quais totalizaram 123 demandas. Uma vez identificadas essas demandas, foi realizado contato telefônico com o usuário, no número registrado na própria demanda para contato, seguindo-se um roteiro de entrevista para coleta dos dados.

RESULTADOS

Das 123 demandas identificadas, responderam à pesquisa 54 (43,9%) usuários entrevistados, ao passo que 69 (56,1%) não responderam. Os motivos pelos quais os usuários não responderam foram os seguintes (tabela 1):

Ao serem indagados como tomaram conhecimento do SADE do Ministério da Saúde, os usuários apontaram diversas formas, com predominância dos meios de comunicação – televisão, jornais, rádio, revistas (22,2%) –, seguidos de contato com pessoas vinculadas a órgãos da saúde, familiares ou conhecidos e resposta de carta enviada ao usuário pelo Ministro da Saúde ou Presidente da República (14,8%, cada), além de outros meios (7%).

Dos oito usuários que obtiveram informações através de pessoas vinculadas a órgãos de saúde, cinco receberam informações de funcionários ou de folhetos distribuídos nos postos de saúde e Coordenadoria Regio-

nal, e três através do próprio médico que prestou atendimento. Chama a atenção o número de pessoas que ficou sabendo do Disque-Saúde através de resposta de correspondência que tiveram a iniciativa de enviar ao próprio Ministro da Saúde ou ao Presidente da República, apresentando suas queixas ou demandas.

Quanto ao problema que gerou a queixa/reclamação ou solicitação dos usuários, 48% referiram não ter tido sua demanda resolvida, 40,4% a tiveram, e 11,5% afirmaram que o problema que motivou a demanda foi resolvido “em parte”.

Quanto ao tempo decorrido entre o registro da demanda e a solução do problema, dos 29 entrevistados que consideraram ter o seu problema totalmente resolvido ou em parte, 35% levaram menos de 1 mês para ter a solução do problema, e 31% não souberam precisar ou não lembram do tempo decorrido. Os usuários que levaram mais tempo para resolver seu problema (2 anos) foram os que necessitavam de próteses e cirurgias (três entrevistados), e a demora para quem solicita outros atendimentos e medicamentos é, em média, de 3 meses.

Foi solicitado aos usuários que atribuíssem nota de 0 a 10 ao Disque-Saúde do Ministério da Saúde, quando a maioria dos entrevistados deu nota máxima ao mesmo (43,2%), e 9% entre 8,5 e 9. Ou seja, 52,3% dos graus aferidos estavam acima de 8,5. Entre os demais, 17% não quiseram opinar, e para 29,5% o grau ficou entre 0 e 5.

Solicitados a fazer comentários sobre o Disque-Saúde, apenas dois usuários não quiseram comentar. Os comentários positivos ficaram por conta dos usuários que tiveram suas demandas atendidas, havendo unanimidade inclusive entre os que não foram atendidos quanto à

Tabela 1. Motivos de não-resposta à entrevista telefônica (n = 69)

Motivos	%
Sem telefone para contato	39,1
Mensagem da companhia telefônica c/ informação de número incorreto, inexistente, não ativado ou programado para não receber chamadas	24,6
Telefone mudo, não atendendo ou usuário não se encontrava	11,6
Telefone na caixa postal, secretária eletrônica, desligado ou fora de área	10,1
Usuário não conhecido no número citado	7,2
Telefone só para recados e outros	5,9
Demanda repassada para município em Gestão Plena do Sistema de Saúde	1,5
Total	100,0

qualidade do atendimento dos atendentes do Disque-Saúde, ficando claro em várias entrevistas que suas queixas são quanto ao seu município ou à Secretaria Estadual de Saúde, e não contra o Ministério da Saúde, e que usarão novamente o sistema caso haja necessidade.

As críticas negativas ficaram a cargo dos usuários não atendidos em suas demandas, bem como alguns que levaram muito tempo para serem atendidos: colocam que não adianta ter um sistema 0800 que não funciona; que o Ministério da Saúde faz propaganda em vão; que o sistema não tem poder para atender os usuários, apenas os ouve; que faltam leis para garantir o cumprimento de seus direitos de cidadãos.

Vários usuários aproveitaram a entrevista para colher informações de como ter realmente seu pleito atendido e como proceder em caso de tentativa de cobrança irregular por internação. Alguns usuários, embora tenham feito solicitação junto ao Disque-Saúde, garantiram seu atendimento através de mandado judicial, classificando como lamentável o uso deste recurso.

CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo central desse trabalho, constata-se que menos da metade dos usuários entrevistados, os quais tiveram suas demandas registradas como concluídas no SADE, teve efetivamente resolvido o problema que motivou a demanda (48%), sendo total ou parcialmente resolvido em menos de um mês (35%).

A maioria dos entrevistados (52,3%) atribuiu nota de 8,5 a 10 ao sistema (Disque-Saúde), embora um percentual significativo (18,2%) tenha atribuído nota 0.

Os usuários que tiveram suas demandas atendidas fizeram comentários positivos sobre o Disque-Saúde, afirmando que voltariam a usá-lo novamente caso necessário. Os que não foram atendidos consideram que o sistema não funciona, que apenas “ouve” os usuários, mas não tem poder para resolver seus problemas, e que faltam leis para garantir os direitos do cidadão.

Esses comentários negativos remetem ao fato de que o SAC/SUS, criado em 2001, está ainda em fase de implantação e vem sofrendo alterações para sua melhoria. O “Carta ao Usuário” foi o primeiro sistema informatizado a ser criado, e, à época, após treinamento recebido do Ministério da Saúde, ocorreram várias discussões internas entre a Auditoria Médica Estadual e a Assessoria Jurídica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, na tentativa de normatizar os procedimentos referentes à apuração dessas demandas. Além de reuniões internas, houve também reuni-

ões com a Promotoria Pública, buscando um embasamento legal para os servidores que deveriam proceder tais apurações, nesses casos, os médicos auditores.

Preocupada em atender tais demandas, a Secretaria Estadual de Saúde, na gestão 1999-2002, criou uma comissão de servidores para estudar as ações a serem implantadas, com a finalidade de estruturar-se para atender não só as demandas oriundas do Ministério da Saúde, como também aquelas que chegavam diretamente na Auditoria Médica Estadual, sistematizando o processo de apuração das denúncias. O trabalho desta comissão teve por resposta a aprovação da Lei Estadual nº 11.867, de 17 dezembro de 2002, que criou os procedimentos administrativos do Sistema Estadual de Auditoria e as medidas aplicáveis às irregularidades ocorridas no SUS do estado do Rio Grande do Sul, bem como deu respaldo às “Rotinas Administrativas para Apuração de Denúncias de Usuários do SUS”, adotadas como regra geral para as auditorias no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

Conforme a citada Lei Estadual, todas as demandas disponibilizadas através do sistema informatizado são impressas, e aquelas que apontam irregularidades geram processos administrativos instaurados pela Auditoria Médica Estadual, sendo então encaminhadas às Coordenadorias Regionais de Saúde para serem apuradas, retornando, após, ao nível central para serem concluídas junto ao Ministério da Saúde e respondidas ao usuário.

O sistema de ouvidoria instituído no âmbito do Ministério da Saúde demonstra ser realmente um canal de voz ao cidadão, que cada vez mais reconhece seus direitos, fazendo-se necessário que tanto o Ministério da Saúde quanto as secretarias estaduais e municipais de saúde continuem desenvolvendo métodos que contribuam para o aprimoramento do mesmo, especialmente no que diz respeito à solução dos problemas que motivam a manifestação dos usuários, o que evidentemente implica na melhoria do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias* 2002;4(7):82-121.
2. Junqueira LAP, Auge AP. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos FUNDAÇÃO* 1996;1:60-78.
3. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Uma nova relação do setor público com o cidadão. Brasília: Secretaria de Gestão; 2000.
4. Brasil, Ministério do Planejamento. Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos

- usuários dos serviços públicos. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/>. Acessado em novembro de 2003.
5. Brasil. Legislação brasileira. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acessado em julho de 2004.
 6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acessado em agosto de 2004.
 7. Brasil, Ministério da Saúde, Ouvidoria Geral do SUS. Atividades do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/ouvidoria. Acessado em agosto de 2004.