



## Direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de ouvidoria

Rights of patients required in a public service ombudsman

Derechos de los pacientes requeridos en un servicio público de oidoría

Maristela Santini Martins<sup>1</sup>, Priscila Becher Goese<sup>2</sup>, Marta Martins Barrionovo<sup>2</sup>, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo<sup>3</sup>

**Objetivo:** analisar os direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de ouvidorias. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa documental. Foram analisadas 109 fichas de reclamação, advindas da rede básica, relacionadas a 12 Unidades Básicas de Saúde, localizadas no território da Supervisão Técnica de Saúde Sul. **Resultados:** agrupados em quatro categorias de direitos requeridos: acesso a bens e serviços (62,4%) sendo, acesso a exames especializados (28,7%), acesso a consultas (16,6%), encaminhamento para especialista (5,7%), encaminhamento em casos de urgência/emergência (1,3%), acompanhamento através de visita domiciliar (7,6%), garantia de medicamentos (2,5%). Qualidade dos serviços de saúde (36,9%) subdivididos em: atendimento digno, atencioso e respeitoso (26,8%), orientação/esclarecimento (9,6%), divulgação a população de programas governamentais (0,6%) e infraestrutura adequada (0,6%). **Conclusão:** os direitos que os pacientes requereram estão relacionados ao acesso, qualidade, tratamento e infraestrutura adequada.

**Descritores:** Defesa do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Direitos do Paciente.

**Objective:** analyzing the rights of patients required in a public service ombudsmen. **Methods:** an exploratory, descriptive study of documentary research. 109 complaint forms coming from the basic network were analyzed, related to 12 Basic Health Units located within the Southern Health Technical Supervision. **Results:** grouped into four categories of required rights: access to goods and services (62.4%) being, access to specialized exams (28.7%), access to consultations (16.6%), referral to a specialist (5.7%), referral for urgent/emergency cases (1.3%), monitoring through home visits (7.6%), guaranteed medications (2.5%). Quality of health services (36.9%) divided into: decent, considerate and respectful care (26.8%), guidance/clarification (9.6%), and public disclosure of government programs (0.6%) and adequate infrastructure (0.6%). **Conclusion:** the rights that patients required are related to access, quality, treatment and adequate infrastructure.

**Descriptors:** Patient Advocacy; Primary Health Care; Patient Rights.

**Objetivo:** analizar los derechos de pacientes requeridos en un servicio público de oidorías. **Métodos:** estudio exploratorio, descriptivo, del tipo investigación documental. Se analizaron 109 formularios de reclamación, procedentes de la red central, relacionados con 12 Unidades Básicas de Salud en territorio de la Supervisión Técnica de Salud del Sur. **Resultados:** agrupados en cuatro categorías de derechos exigidos: acceso a bienes y servicios (62,4%) siendo, acceso a pruebas especializadas (28,7%), acceso a las consultas (16,6%), encaminamiento a un especialista (5,7%), remisión en los casos de urgencia/emergencia (1,3%), acompañamiento a través de visitas a los hogares (7,6%), garantía de los medicamentos (2,5%). Calidad de los servicios de salud (36,9%), dividido en: atención digna y respetuosa (26,8%), orientación/clarificaciones (9,6%), divulgación pública de los programas de gobierno (0,6%) y infraestructura adecuada (0,6%). **Conclusión:** los derechos que los pacientes requirieron estuvieron relacionadas con acceso, calidad, tratamiento e infraestructura adecuada.

**Descritores:** Defensa del Paciente; Atención Primaria de Salud; Derechos del Paciente.

<sup>1</sup>Centro Universitário Adventista de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brazil.

<sup>2</sup>Centro Universitário Adventista de São Paulo. São Paulo, SP, Brazil.

<sup>3</sup>Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brazil.

Autor correspondente: Maristela Santini Martins

A/C Coordenação de Enfermagem - Estrada de Itapeperica, 5859. Jardim IAE. CEP: 05858-001. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: maristela.martins@unaspedu.br

## Introdução

No Brasil, a saúde e os direitos sociais dos cidadãos foram legalmente assegurados com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, onde foram estabelecidos os direitos básicos à liberdade de crença e consciência, saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, segurança, transporte, previdência e assistência em todas as fases da vida<sup>(1)</sup>.

Posterior à Constituição Federal, foram promulgadas leis e estabelecidas políticas que reforçam os direitos e determinam estratégias para assegurar que todos os cidadãos brasileiros possam acessá-los. O indivíduo, enquanto usuário das ações e dos serviços de saúde tem seus direitos assegurados pelas normas que se referem a todos os cidadãos e por leis e políticas específicas, que reiteram direitos já adquiridos e acrescentam outros, considerando sua condição de paciente.

O Estado de São Paulo é um dos pioneiros na aprovação de lei específica para defesa dessa população, quando foi promulgada a Lei que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e estabelece diretrizes para o atendimento e tratamento do indivíduo em todas as esferas de assistência. Assegura ao paciente o poder de decidir livremente sobre as condutas, através de um esclarecimento prévio sobre as possibilidades de métodos diagnósticos e tratamentos disponíveis, o direito de ser tratado com respeito, a privacidade e confidencialidade, entre outros<sup>(2)</sup>.

No Sistema Único de Saúde entende-se que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado e efetivo para seu problema, ao atendimento humanizado e livre de qualquer discriminação, ao atendimento que respeite a sua pessoa e seus direitos, que todo cidadão tem, também, responsabilidades

para que seu tratamento aconteça de forma adequada, podendo participar das decisões. Tais preceitos remetem ao caráter universal do Sistema Único de Saúde<sup>(3)</sup>.

Uma das formas de participação dos usuários é através dos serviços de ouvidoria que, recebe as reclamações dos usuários através de canais de comunicação destes com o Sistema Único de Saúde. Por sua vez, o serviço de ouvidoria contempla o direito do usuário de se expressar e de ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações. Dessa forma, o paciente torna-se coparticipante, desenvolvendo consciência política.

O serviço de ouvidoria é uma importante ferramenta de gestão. No setor público colabora na fiscalização do funcionamento do sistema de saúde, no ordenamento dos problemas, na identificação de áreas críticas e na intermediação das relações entre profissionais e usuários. Ainda, contribui no avanço da prática de gestão democrática e participativa<sup>(4-5)</sup>.

Quando é dada voz aos usuários é possível a identificação de problemas, sendo possível direcionar ações administrativas e de educação continuada para a equipe, com vistas a sanar esses problemas. Podendo ser, também, uma ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Compreendendo que o conteúdo das reclamações, levadas ao serviço de ouvidorias, pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde e seu atendimento colabora na satisfação dos usuários, o presente estudo tem como objetivo analisar os direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de ouvidoria.

## Método

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa documental, com coleta de dados retrospectivos. Os dados foram obtidos nas fichas do

serviço de ouvidoria da Prefeitura Municipal de São Paulo, geradas em 2013 e relacionadas a 12 Unidades Básicas de Saúde administradas por uma parceria público-privada, cuja área de abrangência atende 277.091 pessoas, cadastradas em 75 equipes de saúde da família.

A Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, que responde pela área estudada, disponibiliza um número de telefone e um e-mail para receber os contatos dos usuários. Um profissional recebe as reclamações e encaminha para o gerente das Unidades Básicas de Saúde em questão, que tem 10 dias para posicionar-se a respeito da mesma. Coleta de dados realizada entre dezembro/2013 e janeiro/2014 em horário acordado com a supervisão e com o profissional do setor, de modo que não afetasse o bom andamento do serviço.

Os dados coletados foram agrupados pela similaridade das reclamações. Posteriormente, os direitos foram analisados com base na Lei Estadual nº 10.241/99<sup>(2)</sup>. A pesquisa respeitou os aspectos éticos pertinentes e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (protocolo 378.045/2013) e da Prefeitura Municipal de São Paulo (600.858-0/2013).

## Resultados

Durante o ano de 2013 foram geradas 109 reclamações relativas às 12 Unidades Básicas de Saúde administradas pelo parceiro Programa de Saúde da Família/Centro Universitário Adventista de São Paulo, compondo uma média anual de nove casos para cada Unidade Básica de Saúde/ano, com desvio padrão de 4,7 e proporção de uma ouvidoria para cada 2542 habitantes/ano (1:2542) com mínima de três e máxima de 19 por Unidade Básica.

Para melhor apresentação, o conteúdo dos reclamos foi dividido em três grupos de direitos com

seus subgrupos, conforme demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1** - Direitos requeridos pelos usuários ao serviço de ouvidorias

Direitos reclamados	n(%)*
Acesso a bens e serviços	
Exames especializados	45(28,7)
Acesso a consultas	26(16,6)
Encaminhamento para especialista	9(5,7)
Acompanhamento – Visita domiciliar	12(7,6)
Garantia de medicamentos	4(2,5)
Urgência/emergência – recebimento/cuidado ou encaminhamento	2(1,3)
Subtotal	98(62,4)
Qualidade dos serviços de saúde	
Atendimento digno, atencioso e respeitoso	42(26,8)
Orientação/esclarecimento	15(9,6)
Divulgação a população	1(0,6)
Subtotal	58(36,9)
Infraestrutura	
Infraestrutura adequada	1(0,6)
Subtotal	1(0,6)
Total	157(100,0)

\*O n é maior que o número de ouvidorias, pois alguns pacientes requereram mais de um direito no mesmo contato

### Acesso a bens e serviços

Em relação ao acesso a bens e serviços, as situações que apareceram com maior número de reclamação são a falta de acesso a exames especializados e a obtenção de seus resultados (28,7%), tais como, colonoscopia, densitometria óssea, endoscopia, biópsias, entre outros. Foram encontrados casos em que pacientes aguardavam agendamento desses exames há mais de oito meses e que aguardavam resultados há mais de dois meses.

Segundo consta no conteúdo das reclamações os usuários enfrentam dificuldades no agendamento de consultas com profissional da área médica (15,9%),

também demonstraram insatisfação de passar em consulta com o enfermeiro com maior frequência em relação ao médico (0,6%). Os pacientes relatam que, como o Enfermeiro não prescreve a maioria dos medicamentos, quando passam em consulta com esse profissional, acabam necessitando da consulta com o médico também, para conseguirem as receitas dos medicamentos que precisam.

Os reclamantes demonstraram insatisfação relacionada aos encaminhamentos necessários, destacando-se a falta de encaminhamento para especialistas (5,7%). As especialidades foram ginecologista, pediatra, gastroenterologista, pneumologista, fonoaudiólogo, entre outros e para resolução de casos urgentes. Foram encontradas duas situações (1,3%) que demandavam intervenções cirúrgicas, mas que os pacientes não haviam recebido o encaminhamento adequado.

Quanto ao acompanhamento através da visita domiciliar, as reclamações mencionadas referem-se à não continuidade da assistência dos pacientes acamados ou impossibilitados de saírem de suas residências e ao não cumprimento da agenda programada pelo Agente Comunitário de Saúde (5,1%) e pelo médico (2,5%).

A falta de medicamentos de uso contínuo (2,5%), também está entre as queixas. Os pacientes relatam que, quando não recebem os medicamentos na Unidade Básica de Saúde, não possuem recursos financeiros para comprá-los.

### **Qualidade dos serviços de saúde**

Quanto à qualidade dos serviços de saúde, nota-se o desagrado, por parte dos usuários (24,8%), em relação à postura de alguns profissionais, que atendem de forma desrespeitosa e manifestando pouco interesse pelas necessidades do paciente.

Dentre essas necessidades há a continuidade ao atendimento, ou seja, os pacientes que necessitam de transporte especial relatam que enfrentam dificuldades no agendamento do mesmo (1,9%),

afetando o comparecimento aos serviços de saúde.

Constatou-se que o esclarecimento para o usuário não supria suas dúvidas com respeito à coleta de material para exames (1,9%), ao motivo da falta de médico (1,9%), da indisponibilidade do enfermeiro para consulta (2,5%) e à demora no atendimento devido a reuniões internas dos profissionais de saúde ou a ausência dos mesmos (1,3%).

Os usuários (1,3%) pontuaram que, na maioria das vezes, o Agente Comunitário de Saúde faz a visita domiciliar, preenche todos os papéis e vai embora, sem oferecer qualquer orientação sobre saúde à família. Também em relação a orientação, um (0,6%) usuário queixou-se que não entende as explicações feitas pelo Agente Comunitário sobre a receita médica, que isso deveria ser feita pelo próprio médico.

A falta de divulgação sobre programas do governo, como Brasil Sorridente, também foi reclamado por um usuário (0,6%).

### **Infraestrutura**

Houve um caso na ouvidoria relatando a ausência de bebedouro (0,6%), ressaltando a infraestrutura inadequada do local.

### **Discussão**

Em relação ao número de reclamações recebidas na área estudada, pode-se considerar que houve uma baixa ocorrência, quando comparado com estudo semelhante, onde a proporção relatada foi de uma ouvidoria para cada 412 habitantes/ano (1:412)<sup>(4)</sup>. Mesmo com baixo índice de reclamações, faz-se necessária uma reavaliação desses resultados, a fim de diminuir ainda mais esse índice.

O baixo número de queixas pode demonstrar a satisfação dos usuários relacionada às unidades investigadas. Um parâmetro dessa condição é o resultado do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica, onde 95,12% das equipes do Programa Saúde da Família administrado

pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo alcançaram desempenho 'muito acima da média' na avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde em 2012. Um desempenho de 42,8 pontos percentuais acima da média do Município nessa categoria.

Quanto aos direitos requeridos no serviço de ouvidorias, destacou-se a necessidade de melhorar o acesso dos usuários, especialmente aos serviços especializados e consultas.

O acesso aos bens e serviços de saúde garante ao usuário a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O acesso deve ser universal, igualitário e ordenado, começa pelos serviços de atendimento inicial e se completa com o ingresso na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade necessitada pelo usuário, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, atendendo as necessidades do usuário<sup>(3)</sup>.

No Sistema Único de Saúde, o direito ao acesso é fundamental, uma vez que, através dele, todo o atendimento acontece. Esse direito se concretiza com a entrada do usuário no sistema, com o acesso dele à consulta com especialistas e aos exames complementares e, ainda, na realização de procedimentos mais complexos<sup>(6)</sup>.

Problemas relacionados ao acesso são recorrentes em pesquisas que envolvem a Atenção Primária e são os que recebem o maior número de reclamações nos serviços de ouvidoria. A demanda reprimida para especialidades médicas, poucas vagas para realização de exames e falta de medicamentos são queixas frequentes dos usuários, corroborando com os achados nessa pesquisa<sup>(4-5,7)</sup>.

As situações, nas quais, o paciente não obtém consulta ou exame especializados, são consideradas como experiências negativas, pois não conseguiram acessar todas as tecnologias para o atendimento<sup>(7)</sup>. A supervalorização da realização de exames complementares, por parte dos pacientes, pode denotar uma visão reducionista que os mesmos têm da Estratégia Saúde da Família<sup>(8)</sup>.

Vinculado ao acesso está a acessibilidade. A

distância entre o domicílio do paciente e o local de realização da consulta e de exames especializados, que geralmente são realizados fora da Unidade Básica de Saúde, é considerada uma barreira para o acesso<sup>(9)</sup>. A acessibilidade pode ser considerada como o primeiro dispositivo na produção do cuidado, e concretiza-se, principalmente, com a atitude do trabalhador de saúde em relação ao usuário<sup>(8)</sup>. Em se tratando da Atenção Primária à Saúde, destaca-se o papel do acolhimento como facilitador do acesso às ações e serviços de saúde. O acolhimento realizado com olhar sensível e escuta qualificada promove maior satisfação do usuário e, conseqüente, diminuição das reclamações relacionadas ao serviço<sup>(10)</sup>.

Em relação ao número de consultas oferecidas, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde preconiza que cada Equipe de Saúde da Família deve cobrir uma área de até 4000 pessoas, o que ocorre na área pesquisada. O que acontece é que, havendo necessidade de encaminhamento para especialista ou exames que não são ofertados nas Unidade Básica de Saúde, há poucas vagas disponíveis no sistema de agendamento, o que retarda o atendimento.

As Equipes de Saúde da Família são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que oferecem atendimento com médicos especialistas em pediatria, ginecologia e psiquiatria. Havendo necessidade para outras áreas o paciente é inserido na lista de agendamento do Município, o que, na maioria das vezes, demora muito tempo e gera insatisfação no usuário. O mesmo acontece com os exames, quando os procedimentos solicitados não são realizados na própria Unidade Básica de Saúde, como colonoscopia, densitometria óssea, endoscopia e outros, o paciente vai para a lista de espera da sua região do Município e disputa as poucas vagas existentes com outras centenas de milhares de pacientes na mesma condição.

O longo tempo de espera retarda o diagnóstico. Isso provoca, além dos danos físicos, problemas emocionais e psicossociais para o paciente e para seus familiares. O longo caminho do paciente entre a consulta com o médico generalista, o encaminhamento

para o especialista, a realização dos exames complementares, até que a elucidação diagnóstica se complete, é percorrido repleto de ansiedade, medo, angústia, dúvida e esperança<sup>(11-12)</sup>.

Essa realidade mostra uma fragilidade na rede de atenção à saúde, bem como, as necessidades de fortalecimento da organização do Sistema Único de Saúde e do atendimento.

O acesso é um direito que garante ao indivíduo a integralidade da assistência à saúde. É necessário o acesso aos profissionais especialistas quando necessário, aos exames e a seus resultados, para que possa alcançar um diagnóstico precoce de sua condição e com isso receber um tratamento rápido e resolutivo.

O atendimento ao usuário não limita-se ao espaço físico da Unidades Básica de Saúde. Na Atenção Primária à Saúde a continuidade da assistência prestada estende-se ao domicílio. O Ministério da Saúde preconiza a visita do Agente Comunitário de Saúde mensalmente em todas as residências e do médico e enfermeiro quando se fizer pertinente.

A visita domiciliar é entendida como meio de assistência a acamados e como espaço de promoção da saúde e criação de vínculo. Na Estratégia Saúde da Família, compõe-se como ferramenta para estabelecer e fortalecer o vínculo entre a família, a comunidade e os profissionais de saúde<sup>(8)</sup>.

O recebimento dos medicamentos é assegurado a todos os pacientes, com base no direito à integralidade do atendimento. Quando não recebem o medicamento prescrito, alguns usuários optam em fazer uma petição ao poder judiciário para consegui-lo. O gasto do Ministério da Saúde com medicamentos, tem sofrido aumento significativo. A maior participação nesse gasto é dos medicamentos da atenção básica, dos programas estratégicos, tais como os antirretrovirais, e de medicamentos de dispensação excepcional, os quais são constituídos por número expressivo de fármacos protegidos por patentes, o que onera grandemente os cofres públicos<sup>(13)</sup>.

As ações voltadas para o atendimento das situações de urgência e emergência também são fatores

que devem ser vistos de maneira criteriosa. As Unidades Básicas de Saúde precisam estar prontas para receber esses casos e encaminhá-los aos serviços adequados.

O acesso adequado às ações e serviços de saúde ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde reduz o uso inapropriado de serviços de emergência<sup>(14)</sup>. Entretanto, a implantação do atendimento às situações de urgência e emergência dentro das Unidades Básicas de Saúde configura-se como desafio para a gestão local. São necessárias transformações no modelo assistencial vigente, adequação de estrutura física e insumos disponíveis na Unidade e, ainda, disponibilização de financiamento específico para tais ações<sup>(15)</sup>.

A qualidade do serviço de saúde é muito mais que atender uma consulta, realizar um procedimento, ouvir uma queixa ou realizar uma orientação. Ela envolve uma relação de respeito, de escuta, de empatia, interesse e compreensão. Ao abordar o ser humano é importante visualizá-lo com todas as suas necessidades, pois o indivíduo requer além da resolução dos problemas de saúde, sentir-se acolhido e estabelecer vínculo com o serviço, característica essencial da Atenção Primária à Saúde<sup>(16)</sup>.

A qualidade dos serviços de saúde pode ser associada à humanização que compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, assegurando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde<sup>(17)</sup>.

A humanização prevê um atendimento digno, atencioso e respeitoso a todos os usuários, bem como, seja seu dever dispensar o mesmo tratamento para os demais usuários e para a equipe que o assiste. As informações entre esses sujeitos precisam ser transmitidas de forma clara em ambas as direções: os usuários fornecendo as informações completas e necessárias para o seu diagnóstico e tratamento, e os profissionais orientando e esclarecendo as dúvidas dos usuários<sup>(2)</sup>.

A humanização pode ser vista, também, como uma proposta de articulação do bom uso de tecnolo-

gias, seja na forma de equipamentos ou do tipo relacional, associando os procedimentos e saberes, com uma proposta de escuta qualificada, diálogo aberto, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana<sup>(6)</sup>.

Quando o serviço é prestado com baixo nível de qualidade, alguns usuários associam isso ao fato de ser um serviço gratuito e ser um 'sistema para os pobres', que a desinformação, desqualificação e desinteresse de alguns profissionais são características do sistema, ferindo o princípio da equidade, universalidade e humanização<sup>(3)</sup>.

É importante ressaltar que há situações que fogem da capacidade da Unidades Básica de Saúde resolver, por exemplo, em alguns relatos nas ouvidorias o usuário não gostaria de passar em consulta com o enfermeiro, apenas com o médico; outro queixava-se de passar o filho em consulta com o médico da família, pois o paciente gostaria de ser atendido pelo pediatra; a mulher que gostaria de consultar-se apenas com o ginecologista ou, ainda, a gestante que gostaria de fazer o pré-natal com um obstetra. É direito do paciente ser atendido em todas as suas necessidades, entretanto, seus direitos e necessidades não podem ser confundidos com seus desejos.

Tais relatos reafirmam a necessidade da humanização da assistência e do fortalecimento dos vínculos na Atenção Primária à Saúde. Esse vínculo torna-se verdadeiro a partir do momento que, de um lado o usuário que se encontra necessitado de cuidados pode confiar suas fragilidades ao profissional, que por sua vez acolhe o usuário oferecendo serviços de qualidade. Esse vínculo pode ser considerado como o eixo central no processo de humanização<sup>(16, 18)</sup>.

O serviço de saúde deve, também, se organizar para favorecer durante a espera por atendimento, um ambiente limpo, protegido, ventilado, com água potável e sanitários adequados, garantindo o direito do atendimento humanizado e acolhedor.

Um estudo que avaliou a adequação das Uni-

dades Básicas de Saúde às necessidades de idosos e portadores de deficiência considerou 60% das unidades avaliadas como inadequadas para o acesso desse grupo. A presença de degraus e a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades foram uma constante. As barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde<sup>(19)</sup>.

É perceptível, entretanto, que o Sistema Único de Saúde, ao longo do tempo, tem alcançado uma cobertura notável em relação ao acesso. Entretanto, não basta garantir o acesso ao sistema público de saúde. É necessário fortalecer uma consciência política para que os usuários se tornem mais do que meros receptores das propostas governamentais. Quanto mais o planejamento desse sistema estiver flexível e integrado com a população, maior será a garantia de um serviço de saúde com qualidade e integralidade. Ressalta-se, assim, a importância da consolidação dos Conselhos de Saúde<sup>(20)</sup> e a existência de ferramentas de escuta da população, como os serviços de ouvidorias.

## Conclusão

Os direitos mais requeridos pelos usuários do Programa Saúde da Família administrado pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo referem-se ao acesso a bens e serviços de saúde, o que mostra uma fragilidade no sistema e na organização do atendimento em rede. As reclamações feitas através do serviço de ouvidoria facilitam a identificação de problemas, mostrando onde se deve dispensar atenção mais apurada.

A qualidade e a humanização dos serviços de saúde, também estão entre os direitos mais requisitados pelos usuários, apontando para uma lacuna na prática profissional.

## Agradecimento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo subsídio financeiro.

## Colaborações

Martins MS contribuiu com a concepção e escrita do projeto, análise dos resultados e revisão do artigo. Goese PB e Barrionovo MM contribuíram com a coleta, análise dos dados e escrita do artigo. Massarollo MCKB contribuiu com a concepção, revisão do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado; 1988.
2. Secretaria do Estado de São Paulo. Lei estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. São Paulo: Secretaria do Estado de São Paulo; 1999.
3. Bakes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Cienc Saude Coletiva*. 2009; 14(3):903-10.
4. Nardo LRO, Juliani CMC. Ombudsman: evaluating the access to health services. *Rev Rene*. 2012; 13(3):613-22.
5. Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ombudsmen in health care: case study of a municipal health ombudsman. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(1):134-41.
6. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010; 13(1):4-9.
7. Assis LCF, Veríssimo MLÓR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de criança na consulta de saúde. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2010; 20(2):317-29.
8. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):397-402.
9. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):451-7.
10. Nascimento PTA, Pekelman R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. *Rev APS*. 2012; 15(4):380-94.
11. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AMA, Oliveira ISB. A Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado de câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2):255-62.
12. Salimena AMO, Oliveira MTL, Paiva ACPC, Melo MCSC. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Cent-Oest Min*. 2014; 4(1):909-20.
13. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(4):674-81.
14. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(1):7-28.
15. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):170-7.
16. Medeiros FA, Araujo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica*. 2010; 12(3):402-13.
17. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1186-200.
18. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the family health program at a basic health unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64.
19. Siqueira FCVI, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2009; 14(1):39-44.
20. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011; 21(3):1121-38.