



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**OUVIDORIA DO SUS E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM OLHAR DA
PESSOA IDOSA**

CAMILA CAROLINE DA SILVA

**RECIFE
2024**

CAMILA CAROLINE DA SILVA

**OUVIDORIA DO SUS E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM OLHAR DA
PESSOA IDOSA**

Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Mestrado) da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva

**RECIFE
2024**

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Camila Caroline da.

Ouvidoria do SUS e a gestão dos serviços de saúde: um olhar da pessoa idosa / Camila Caroline da Silva. - Recife, 2024.

68f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós Graduação em Gerontologia, 2024.

Orientação: Rafael da Silveira Moreira.

Coorientação: Vanessa de Lima Silva.

1. Sistema Único de Saúde; 2. Saúde do Idoso; 3. Política Pública; 4. Defesa do usuário. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Silva, Vanessa de Lima. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central
618.97

CDD

CAMILA CAROLINE DA SILVA

**OUVIDORIA DO SUS E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM OLHAR DA
PESSOA IDOSA**

Dissertação submetida à defesa pública em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Rafael da Silveira Moreira
(Orientador)

Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins
(Membro titular interno)

Dr. Hugo Moura de Albuquerque Melo
(Suplente interno)

Dr. Sidney Farias
(Membro titular externo)

Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves
(Suplente externo)

RECIFE

2024

Dedico esta dissertação aos meus pais,
Claudia, Edson e Andréia, que me
deram a vida, o apoio e o amor
incondicional. À dona Carminha, cujo
amor e cuja sabedoria inspiraram minha
luta por uma saúde mais justa para a
população idosa. Ao meu querido
marido Dudu, à minha Ceci e ao meu
Miguel, por serem amor, abrigo e
compreensão. Por fim, à minha amiga
Irene, que me fortaleceu em muitos
aspectos, entre eles com sua amizade
sincera e exemplo de resiliência.
Sigamos juntos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder força, resiliência, vontade e motivação ao longo de todo o Mestrado, permitindo-me concluir essa etapa da minha vida. Agradeço aos meus familiares, que foram fundamentais em todas as minhas conquistas e que estão sempre prontos para me ajudar.

Em especial, agradeço à minha mãe, que sempre me ensinou valores e que é capaz de atravessar os vales escuros ao meu lado, sendo sempre a luz e a calma nas tempestades. Agradeço aos meus filhos Ceci e Miguelzinho, que me dão a força necessária para nunca desistir.

À minha vozinha, que está sempre cuidando de nós lá do céu e que foi a principal responsável pela minha escolha na pós-graduação. Ao meu marido, Eduardo, por ser meu melhor amigo, por sempre me incentivar e por ajudar a realizar meus sonhos.

Agradeço a todos os preceptores que tive na residência, por terem forjado o perfil profissional que precisei para assumir a pós-graduação com que tanto sonhei. À minha professora Carla Lins, minha primeira orientadora, por sempre me guiar pelos caminhos do conhecimento e por sempre me apoiar quando preciso.

Ao meu orientador, Rafael da Silveira Moreira, que conheci ainda na residência e que despertou em mim o amor pela matemática, por ter aliado a ciência de dados à saúde coletiva e por me fazer acreditar que eu era capaz. À minha coorientadora Vanessa Silva, por toda a amorosidade que só quem é do SUS de corpo e alma é capaz de transmitir e transbordar.

Ao secretário do Programa, Manoel, por todo seu empenho, generosidade e apoio à minha turma do PPGERO, e à estagiária do programa, Aninha. Aos professores do Programa, cujo afeto e amizade tornaram essa construção coletiva uma experiência maravilhosa, apesar de muitas aulas terem sido a distância.

Por fim, agradeço às minhas melhores amigas: Dani, Ranna, Irene, Elisa, Géssica, Manu, Clarinha, Raissinha, Beth, Adriana, Louisiana, Rafael de França e Jaque, pela amizade, pelas risadas, pelos abraços e pelo apoio nos momentos difíceis.

“Somos moços ou velhos muito mais em função de como pensamos o mundo, da disponibilidade com que nos damos, curiosos, ao saber, cuja procura jamais nos cansa e cujo achado jamais nos deixa satisfeitos ou imobilizados. Somos moços ou velhos muito mais em função da vivacidade, da esperança com que estamos sempre prontos a começar tudo de novo, se o que fizemos continua a encarnar sonho nosso.”

Paulo Freire, *À sombra desta mangueira, reflexões sobre a velhice*,
2012, p. 91.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é resultado de melhorias nas condições econômicas, sociais e políticas públicas. Nos países em desenvolvimento, esse processo ocorre de forma acelerada, exacerbado por desigualdades sociais, políticas e econômicas históricas. O principal enfrentamento tem sido promover a equidade e a qualidade de vida para as pessoas idosas. Nesse sentido, fortalecer o controle social, na busca de melhores condições de acesso, promoção e assistência na saúde, tem sido a principal estratégia do Sistema Único de Saúde através da Ouvidoria do SUS que, nesse contexto, é um elo entre as três esferas de gestão e a população, promovendo visibilidade e empoderamento dos idosos no controle social. **Objetivo:** Analisar as manifestações registradas na Ouvidoria do SUS relacionadas à gestão dos serviços de saúde. **Método:** Estudo descritivo e transversal com abordagem analítica, que utilizou dados secundários da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde dos anos de 2014 a 2023, versando sobre a gestão dos serviços de saúde para a população idosa (sessenta anos ou mais), por meio das manifestações registradas no Sistema Nacional de Ouvidorias. Foi composto por 13.169 pessoas idosas. A variável dependente foi a tipologia das manifestações (denúncia, elogio, reclamação, sugestão, informação). As variáveis independentes foram: o subassunto 1, as características sociodemográficas, econômicas e os meios de comunicação. Analisaram-se as associações entre as variáveis independentes e dependentes pelas análises cruzadas do Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente (denúncia/reclamação) foram calculadas pelo modelo de regressão logística binomial. **Resultados:** As manifestações em 2014 representaram 9,4% de pessoas idosas, tendo um aumento significativo nos anos de 2020 e 2021. Entre as classificações das manifestações, as reclamações apresentaram o maior percentual, com 56,9%, contudo observou-se o aumento das tipologias de informação em 2021 e 2022. A maioria das manifestações se concentrou no subassunto 1, em recursos humanos, com 50,6% das manifestações, sendo as denúncias e elogios as que apresentaram maiores associações; 60,3% das pessoas idosas foram do sexo feminino e estiveram mais associadas com reclamações. Em relação à idade, 71% da amostra foi composta por usuários na faixa de idade de sessenta a 69 anos e uma maior associação com as denúncias. Todas as faixas etárias, exceto setenta a 79 anos, tiveram associação com elogio e maior associação com a tipologia denúncia. Pessoas autodeclaradas heterossexuais representaram 98,29% da amostra e apresentaram maior associação com reclamações. Bissexuais, gays, lésbicas, trans e travestis tiveram maior associação com denúncias; 65% foram pessoas autodeclaradas brancas e tiveram maior associação com informação e solicitações. Já pessoas pretas e indígenas tiveram uma maior associação com denúncia e pardas, com elogio. Pessoas com faixas de renda maiores tiveram maior associação com informação e elogios, enquanto rendas mais baixas, com denúncias e reclamações. Em relação à escolaridade, 40% da amostra compõem-se de pessoas de nível superior e pós, com informações, solicitações e sugestões. **Conclusão:** As ouvidorias atuam como instrumentos de avaliação potentes para o planejamento de ações, de serviços e de políticas públicas, por serem alimentadas pelas experiências dos usuários nos serviços, o que tem refletido na qualidade da assistência à saúde das pessoas idosas, com forte influência dos determinantes sociais em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde do Idoso; Política Pública; Defesa do Usuário.

Abstract

Introduction: The aging population is a result of improvements in economic conditions, social factors, and public policies. In developing countries, this process occurs rapidly, exacerbated by historical social, political, and economic inequalities. The main challenge has been to promote equity and quality of life for older adults. In this regard, strengthening social control to improve access, promotion, and assistance in health has been the primary strategy of the Unified Health System (SUS) through its Ombudsman, which acts as a link between the three levels of management and the population, enhancing visibility and empowering the elderly in social control. **Objective:** To analyze the reports recorded in the SUS Ombudsman related to the management of health services. **Method:** A descriptive and cross-sectional study with an analytical approach, using secondary data from the SUS Ombudsman from 2014 to 2023, focusing on the management of health services for the elderly (sixty years or older), based on the reports recorded in the National Ombudsman System. The sample consisted of 13,169 elderly individuals. The dependent variable was the type of reports (complaints, praise, grievances, suggestions, information). Independent variables included: subissue 1, sociodemographic and economic characteristics, and communication methods. Associations between independent and dependent variables were analyzed using Pearson's Chi-square tests with a 5% significance level. Effect measures of the factors studied on the dependent variable (complaints/grievances) were calculated using a binomial logistic regression model. **Results:** Reports in 2014 represented 9.4% of elderly individuals, with a significant increase in 2020 and 2021. Among the types of reports, complaints had the highest percentage at 56.9%, although there was an increase in information types in 2021 and 2022. Most reports were concentrated in subissue 1, concerning human resources, with 50.6% of reports, with complaints and praise showing the highest associations. 60.3% of elderly individuals were female and were more associated with complaints. Regarding age, 71% of the sample were users aged sixty to 69 years, with a higher association with complaints. All age groups, except those aged seventy to seventy-nine years, showed associations with praise and a greater association with complaints. Self-reported heterosexuals represented 98.29% of the sample and showed a higher association with complaints. Bisexuals, gays, lesbians, trans individuals, and travestis had a higher association with complaints; 65% of the sample were self-reported white individuals, showing a higher association with information and requests. Black and Indigenous people had a higher association with complaints, while brown individuals were more associated with praise. People with higher income levels were more associated with information and praise, while lower income levels were associated with complaints and grievances. Regarding education, 40% of the sample had higher education and postgraduate degrees, with a focus on information, requests, and suggestions. **Conclusion:** Ombudsman services act as powerful evaluation tools for planning actions, services, and public policies, as they are informed by users' experiences with services. This has impacted the quality of health care for older adults, with a strong influence of social determinants of health.

Keywords: Unified Health System; Health of the Elderly; Public Policy; Patient Advocacy

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead | 19 |
| Figura 2 – Linha do tempo das políticas brasileiras para a pessoa idosa | 23 |
| Figura 3 – Fluxo das manifestações dos cidadãos na Ouvidoria do SUS | 28 |
| Figura 4 – Fluxograma da tipificação realizada na amostra das manifestações: | 34 |
| Figura 5 – Mapa do Brasil: Classificação das manifestações das pessoas idosas de acordo com as regiões do país | 43 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – As tipificações de assuntos existentes na Ouvidoria do SUS | 27 |
| Quadro 2 – Classificação da variável dependente referente à tipificação das manifestações registradas na Ouvidoria-Geral do SUS | 30 |
| Quadro 3 – Variáveis independentes, após a tipificação e escolha do assunto Gestão, o subassunto 1 dentro do sistema da Ouvidoria do SUS | 31 |
| Quadro 4 – Variáveis independentes sociodemográficas pertencentes ao segundo banco da Ouvidoria do SUS | 31 |
| Quadro 5 – A forma como o usuário entra em contato com o atendimento na Ouvidoria do SUS faz parte do grupo de variáveis independentes | 33 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo as características variáveis independentes (sociodemográficas, econômicas e de meio de atendimento) da Ouvidoria do SUS entre 2014 e 2023 | 39 |
| Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo a tipificação e subassunto 1 da Ouvidoria do SUS entre 2014-2023 | 42 |
| Tabela 3 – Análise bivariada referentes ao subassunto 1, características sociodemográficas e econômicas e da variável denúncia/reclamação das pessoas idosas da amostra | 44 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Percentual das manifestações na Ouvidoria do SUS por pessoas idosas, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil | 36 |
| Gráfico 2 –Percentual da classificação das manifestações na Ouvidoria do SUS por pessoas idosas, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil | 36 |
| Gráfico 3 –Distribuição anual da classificação das manifestações na Ouvidoria do SUS, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil | 37 |

LISTA DE SIGLAS

- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- IC - Intervalo de Confiança
- IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- CF-88 - Constituição Federal de 1988
- CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
- DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF/PAC - Estratégia de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OR - *Odds Ratio*
- PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- SUS - Sistema Único de Saúde
- WHO - World Health Organization

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 18 |
| 2.1 O ENVELHECIMENTO E AS INFLUÊNCIAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE | 18 |
| 2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA | 21 |
| 2.3 GESTÃO DA SAÚDE E A OUVIDORIA DO SUS | 24 |
| 3. OBJETIVOS: | 28 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 28 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 29 |
| 4. MÉTODO | 29 |
| 4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO | 29 |
| 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 29 |
| 4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS | 29 |
| 4.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados e Armazenamento dos Dados Coletados | 29 |
| 4.4 VARIÁVEIS | 30 |
| 4.4.1 Variável Dependente | 30 |
| 4.4.2 Variáveis Independentes | 30 |
| 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS | 34 |
| 4.5.1 Unificação dos Bancos e Aprimoramento dos Dados | 34 |
| 4.5.2 Estatística Descritiva e Analítica | 35 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS | 35 |
| 5 RESULTADOS | 35 |
| 6 DISCUSSÃO | 45 |
| 7 CONCLUSÃO | 50 |
| 8 REFERÊNCIAS | 51 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 51 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial na qual o binômio envelhecimento/desenvolvimento já vem sendo observado. Por se achar a transição demográfica no patamar dos mais urgentes problemas mundiais, torna-se tema para políticas tanto nos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento (Kalache, 2008). É impulsionado por melhorias nas condições de saúde, nas políticas públicas e mediante avanços socioeconômicos.

Conforme o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, houve um aumento de 15,8% na população idosa. Esse fenômeno traz desafios significativos para diversos setores, especialmente para o sistema de saúde, que precisa estar incluído nas agendas políticas para a estruturação de fluxos, serviços e linhas de cuidado. Só assim poderá promover um envelhecimento bem-sucedido, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Schilling et al., 2022; WHO; Teixeira, 2008).

O principal desafio das políticas públicas está na compreensão de que o envelhecimento não ocorre de forma homogênea, além de ter forte influência das desigualdades promovidas pelas iniquidades geradas pela má distribuição de renda, gerando pobreza, desigualdades sociais e suas implicações na saúde (Kalache, 2008; Beauvoir, 2018). Na lógica do modelo explicativo de Dahlgren e Whitehead (1991), os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) foram utilizados a partir de 2006, após a criação da comissão dos DSS pela OMS. Só então o Brasil começou a contextualizar as ações dentro do território em que os indivíduos estão inseridos ao longo da vida. Por meio dessas relações, associaram-se as influências no processo acumulativo de iniquidades sob a ótica da oferta de qualidade de vida (Noronha, 2013; Barata, 2017; Giovanella, 2019).

A transição demográfica no Brasil é marcada pela redução da taxa de fertilidade e pelo aumento da expectativa de vida. Essa mudança demográfica, juntamente com o perfil epidemiológico cada vez mais diverso que se soma ao crescimento das doenças crônicas e degenerativas, resulta numa superposição de etapas epidemiológicas no país. Isso se deve ao fato de que as doenças infectoparasitárias não foram completamente superadas, assim como as doenças causadas por fatores externos (Rouquayrol et al., 2017). Esse cenário cria um quadro epidemiológico de tripla carga de doenças, com a necessidade urgente de adaptar o sistema de saúde para atender a população que envelhece (WHO, 2005; Cavalcanti, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, é estruturado para fornecer atenção integral e universal à população. Sua rede de atenção à saúde é organizada em níveis de complexidade crescente, desde a atenção básica até a

alta complexidade, sendo a gestão compartilhada entre os níveis federal, estadual e municipal. Nesse contexto, a atenção à pessoa idosa é uma prioridade, necessitando de cuidados específicos que envolvem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Giovanella et al., 2012; Maffioletti, 2005).

Segundo o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi-Brasil), cerca de 75% das pessoas idosas utilizam o SUS (FIOCRUZ, 2018). Nesse sistema, existem linhas de cuidado específicas, focadas na qualificação da atenção primária e na atualização dos profissionais de saúde para que tenham um olhar mais humanizado. Essas linhas de cuidado possibilitam a identificação e o monitoramento de doenças crônicas, bem como o rastreamento de agravos que afetam a autonomia e a independência das pessoas idosas, como depressão, quedas e doenças neurodegenerativas (Fittipaldi et al., 2023).

Os dispositivos disponíveis no SUS para o fortalecimento das linhas de cuidado para a pessoa idosa incluem mecanismos de empoderamento do usuário sobre sua saúde, como a caderneta da pessoa idosa, rodas de conversa, grupos de hiperdia e atividades físicas, tendo como foco a inclusão social desses indivíduos, o monitoramento e a educação em saúde, bem como a manutenção da criticidade no conhecimento de seus direitos e deveres (Mendes, 2020; Veras et al., 2022).

No controle social no SUS, os conselhos também atuam como dispositivos fundamentais para reivindicações, avaliação e gestão dos serviços oferecidos à população sob a ótica do usuário. A participação ativa das pessoas idosas na avaliação desses serviços é necessária para garantir que suas reivindicações sejam atendidas de forma adequada e digna.

Nesse sentido, a Ouvidoria do SUS emerge como um importante instrumento de gestão participativa, acolhendo as manifestações dos cidadãos, transformando dados em conhecimentos que integrarão as ações da gestão das três esferas de governo e buscando respostas para as demandas, a fim de garantir a oferta de serviços cada vez mais próximos das necessidades do território (Sá et al., 2019; Ottoni, 2019).

As manifestações na Ouvidoria do SUS oferecem um olhar direto sobre a satisfação das pessoas idosas com os serviços prestados, revelando aspectos críticos da gestão e da qualidade do cuidado. A análise dessas manifestações visa identificar fragilidades e contribuir para a formulação de políticas mais eficazes e equitativas (Santos, 2008; Fernandez, 2021).

Este estudo pretende explorar e avaliar as manifestações registradas por pessoas idosas na Ouvidoria do SUS, relacionadas à gestão dos serviços de saúde, a fim de compreender melhor as percepções, expectativas e experiências deste grupo. Isso permitirá uma maior compreensão sobre a eficácia das políticas de saúde para as pessoas idosas e contribuirá para a

melhoria contínua no SUS, garantindo que a população ao envelhecer receba cuidados de saúde de qualidade, respeito e dignidade.

Diante do exposto, a pergunta norteadora foi: como as manifestações registradas na Ouvidoria do SUS refletem a qualidade dos serviços de saúde para as pessoas idosas e quais fatores estão associados?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O ENVELHECIMENTO E AS INFLUÊNCIAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

O envelhecimento é um processo a que os indivíduos estão submetidos desde o nascimento. Com o avançar da idade, ocorrem variações físicas, psicológicas e sociais que podem influenciar significativamente na qualidade de vida das pessoas (Haddad, 2017, p. 14).

Na questão biológica do processo, destacam-se dois conceitos importantes: senescência e senilidade. A senescência refere-se ao envelhecimento natural, caracterizado por modificações graduais na funcionalidade dos indivíduos ao longo do tempo. Já a senilidade representa estágios específicos em que as manifestações patológicas desempenham um papel central, causando declínio do funcionamento dos sistemas corporais e aumentando a vulnerabilidade a doenças (Ciosak et al., 2011).

Durante a senescência, as alterações mais comuns incluem a diminuição da capacidade funcional dos órgãos e sistemas, a perda de elasticidade da pele, a redução da densidade óssea e a deterioração cognitiva. Essas mudanças são influenciadas por fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Na senilidade, surgem doenças crônicas e incapacidades que afetam a qualidade de vida, como doenças cardiovasculares, diabetes, demência e osteoartrite (Brasil, 2006). Esses processos não são homogêneos, sendo impossível prever com exatidão quando e se ocorrerão, por não existir um período cronológico específico (Cerqueira, 2019).

Após o nascimento, as variações entre indivíduos são significativas e fortemente influenciadas por fatores ambientais, individuais, sociais, econômicos e culturais. É “a velhice o resultado e o prolongamento de um processo” (Beauvoir, 2018, p. 14). Essa compreensão pode ser facilitada pelo estudo dos DSS, que incluem condições socioeconômicas, ambiente físico, redes de apoio social, educação e acesso a serviços de saúde (Figura 1) (WHO, 2005).

A análise desses fatores e de suas influências ao longo do tempo é essencial para entender como influenciam a dinâmica do envelhecimento, possibilitando o desenvolvimento de políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável (CNDSS, 2008).

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: CNDSS (2008).

Na análise da influência dos determinantes dos diferentes níveis, as condições socioeconômicas desempenham um papel fundamental no processo de envelhecimento. Idosos com maior nível de renda e estabilidade financeira tendem a ter melhor acesso a cuidados de saúde, alimentação adequada e condições de moradia mais seguras (Alcântara, 2006).

Por outro lado, aqueles que vivem em situação de pobreza enfrentam desafios significativos, como desnutrição, falta de acesso a serviços médicos e exposição a ambientes insalubres. Esses fatores contribuem para o aumento de doenças crônicas e para uma menor expectativa de vida entre os indivíduos de baixa renda (Álvares, 2017).

A renda também influencia a capacidade de adquirir alimentos nutritivos, que, alinhados a uma atividade física regular, são essenciais para a longevidade e um envelhecimento saudável (Andrade, 2013).

Ambientes urbanos que apresentam a infraestrutura inadequada, como falta de calçadas seguras e acessíveis, transporte público insuficiente e poluição, podem limitar a mobilidade e a independência das pessoas idosas (Barros, 1998).

A ausência de espaços públicos adequados para atividades físicas e sociais pode levar ao isolamento e à inatividade, fatores que contribuem para o declínio físico e mental (Bezerra,

2021) Em contrapartida, ambientes bem planejados e adaptados para a terceira idade promovem a socialização e a prática de atividades físicas, melhorando a saúde geral da população idosa (Suen et al., 2017).

As redes de apoio social têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar. O suporte de familiares, amigos e comunidades pode proporcionar um senso de pertencimento e segurança, além de ajudar a enfrentar desafios emocionais e físicos (Juliano et al., 2014).

Pessoas idosas que mantêm relações sociais fortes tendem a apresentar menores índices de depressão, ansiedade e outras doenças mentais. A participação em atividades comunitárias e sociais estimula a mente e o corpo, retardando o processo de envelhecimento. Já a solidão e o isolamento social são fatores de risco para o declínio cognitivo e a deterioração da saúde física (Oliveira et al., 2006).

A educação é um determinante importante que afeta o envelhecimento. Pessoas com maior nível educacional geralmente têm maior conhecimento sobre práticas de saúde, estilos de vida saudáveis e são mais propensas a buscar cuidados médicos preventivos. A educação pode influenciar positivamente nas oportunidades de emprego e renda ao longo da vida, o que, por sua vez, afeta a qualidade de vida na velhice. Por outro lado, a falta de educação pode limitar o acesso a informações essenciais para a manutenção da saúde, aumentando o risco de doenças e condições debilitantes (Barros, 1998).

O acesso a serviços de saúde deve ser considerado para um envelhecimento saudável. A disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde influenciam diretamente a capacidade das pessoas idosas de gerenciar condições crônicas, prevenir doenças e manter um bom estado geral de saúde. Em regiões onde os serviços de saúde são escassos ou de baixa qualidade, as pessoas idosas enfrentam barreiras significativas para receber tratamentos adequados, o que conduz ao agravamento de problemas de saúde e à redução da qualidade de vida. Políticas públicas que garantam acesso universal e equitativo aos serviços de saúde são essenciais para promover o bem-estar (Albuquerque, 2008).

A cultura e as normas sociais também influenciam o envelhecimento. Em sociedades que valorizam e respeitam as pessoas idosas, há uma maior probabilidade de que elas recebam apoio e cuidados adequados. Em culturas onde a velhice é associada à inutilidade e à dependência, essas pessoas podem enfrentar discriminação e negligência. A promoção de uma cultura de respeito e valorização dos idosos é fundamental para assegurar que sejam tratados com dignidade e tenham suas necessidades atendidas (Jardim et al., 2006)

Kalache, (2024) no *podcast* Desiguais cap. 2, tratou da existência de quatro fatores que os indivíduos devem acumular para envelhecer bem: saúde, conhecimento, capital financeiro e

capital social. Nesse mesmo episódio abordou-se a dificuldade de manter cada um desses fatores intactos ao longo da vida.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA

Para compreender a interseção entre o envelhecimento populacional e a democracia, é essencial considerar como as sociedades lidam com as desigualdades. Rousseau (1983) argumenta que a democracia verdadeira surge quando a igualdade é estabelecida no Estado, suprimindo as desigualdades sociais. Hoje, isso se reflete na busca por democracia não apenas política, mas também social, conforme Bobbio (1987); a participação social é essencial para garantir o bem-estar de todas as camadas sociais da população.

No cenário internacional, tem-se o envelhecimento populacional como um fator que amplifica as disparidades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos próprios países. Essas desigualdades têm implicações profundas, especialmente em termos de saúde e bem-estar, e desafiam os modelos políticos e sociais do presente e do futuro.

Movimentos inspirados por pensadores como Simone de Beauvoir (1970) têm promovido o enfrentamento e a inclusão de direitos para a população idosa, como na primeira assembleia sobre o envelhecimento em Viena, 1982 que trouxe à tona a pauta do envelhecimento (Nascimento, 2021).

No contexto brasileiro, assim como nos países da América Latina, o envelhecimento populacional não é apenas uma mudança demográfica, mas também um desafio fundamental para os princípios democráticos e da inclusão social. Desde a promulgação da Constituição de 1988, que estabeleceu o SUS, houve avanços significativos na garantia dos direitos à saúde para as pessoas idosas (Haddad, 2016).

No entanto, o rápido crescimento dessa faixa etária revela deficiências na implementação de políticas públicas que respondam adequadamente às suas necessidades emergentes. Os países ricos primeiro enriqueceram para depois envelhecer, enquanto os países emergentes estão envelhecendo sem enriquecer (Souza, 2017). A participação ativa das pessoas idosas na formulação das políticas públicas é essencial para fortalecer os princípios democráticos de equidade e participação cidadã. No Brasil, o SUS oferece, por meio da gestão democrática, essa possibilidade (Oliveira, 2020).

Movimentos históricos, como a mobilização por reajustes das aposentadorias durante a Constituinte e a criação de conselhos de saúde, atestam a importância da mobilização social na promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Esses esforços não apenas defendem direitos

individuais, mas também promovem a representação efetiva de todos os segmentos da sociedade nas decisões que afetam suas vidas (Haddad, 2016).

No entanto, persistem disparidades significativas, tanto entre as regiões do país quanto dentro delas. O desafio de financiar e implementar políticas que abordem as necessidades de saúde, bem-estar e inclusão social das pessoas idosas requer uma revisão constante e a adaptação das estruturas existentes. É essencial que o Brasil avance na garantia de direitos para a longevidade; a jornada rumo a uma sociedade verdadeiramente inclusiva e democrática exige esforços contínuos (Schenker, 2019).

A promoção da democracia verdadeira no contexto do envelhecimento populacional não se limita à garantia de bem-estar social, mas também envolve a garantia de direitos e a participação ativa das pessoas idosas. É fundamental reconhecer e apoiar essa participação, para unir esforços rumo ao enfrentamento dos desafios complexos que o envelhecimento populacional apresenta às estruturas sociais e políticas contemporâneas (Machado, 2007).

O SUS consta nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, porém, somente por meio da lei 8.080/90, é que se verifica a sua operacionalização. Ainda nesse mesmo ano, a lei 8.142 foi promulgada para incluir os vetos do presidente Fernando Collor à lei 8.080, referentes à participação da comunidade na gestão do SUS, bem como à inclusão das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde (Torres, 2020).

O controle social é um elemento ativo na formulação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, desempenhando um papel fundamental no processo decisório e no acompanhamento das ações do Estado (Rolim et al., 2013). Somente em 2012, pela resolução 453, houve a regulamentação das diretrizes dos conselhos de saúde.

Nas políticas voltadas à saúde da pessoa idosa, a criação dos Conselhos de Saúde, oriundos dos movimentos de aposentados e de pensionistas, dentro dos Fóruns e dos Conselhos Municipais, bem como dos sindicatos, objetivou ampliar os direitos constitucionais e políticos, reconhecendo a importância histórica das lutas e das conquistas nos âmbitos trabalhista e legislativo, em face das novas realidades impostas pelo envelhecimento e por suas complexidades (Machado, 2007). Esses conselhos visavam ampliar os direitos constitucionais e políticos das pessoas idosas, garantindo sua representação nos processos decisórios (Rolim et al., 2013; Machado, 2007).

Após a criação do SUS, o engajamento desses movimentos resultou na criação da Política Nacional do Idoso – PNI – em 1994, por meio da lei nº 8.842 (Brasil, 1996). Em 1997 foi necessário criar um plano integrado de ação governamental para operacionalizar a política e incluir ações preventivas, curativas e promocionais voltadas às políticas sociais (Brasil, 1997).

Dois anos depois, em 1999, o Ministério da Saúde anunciou a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), determinando que os órgãos relacionados à saúde promovessem a elaboração e a readequação dos planos e das atividades sob as diretrizes instituídas na política (Brasil, 1999).

Em Madri, no ano de 2002, o Plano Internacional para o Envelhecimento foi assinado pelos países membros das nações unidas e tinha como princípios básicos a participação ativa das pessoas idosas na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza e o fomento da saúde e do bem-estar na velhice (Telles; Borges, 2013).

Seguindo essas Orientações, em 2003 deu-se a aprovação do Estatuto do Idoso pela lei 10.741, elaborado com a participação maciça do controle social. Esse estatuto foi o marco no aumento da participação do estado e da sociedade ante as necessidades da população idosa, ainda que esse não tivesse deixado claro como seriam os meios de financiamento das ações. (Brasil, 2006a). O Pacto pela saúde elencou a saúde das pessoas idosas como meta prioritária e, como resposta, deu-se a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI – e seu principal propósito: a atenção integral à saúde da pessoa idosa (Figura 2).

Em 2019, a alteração do termo “Idoso” para “Pessoa Idosa” no Estatuto buscou combater a desumanização do envelhecimento, dando mais voz ativa aos idosos na formulação e fiscalização dessas políticas, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida na terceira idade (Brasil, 2019).

Figura 2 – Linha do tempo das políticas brasileiras para a pessoa idosa



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecida pela Portaria nº 4.279/2010, desempenha um papel fundamental na organização dos sistemas de saúde no Brasil, com o

objetivo de oferecer um atendimento integrado e contínuo ao longo do tempo. Essa rede conecta os diferentes níveis de cuidado – primário, secundário e terciário – a fim de garantir uma assistência abrangente e eficaz (Brasil, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de acesso e ordenadora das RAS. Com capacidade de resolubilidade de 85% das necessidades de saúde, a APS não apenas mantém um contato próximo com a comunidade, mas também realiza intervenções preventivas e de acompanhamento dos usuários no território (Brasil, 2011). Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a iniciativa Atenção Integrada ao Idoso (Icope), reforçando o cuidado centrado na pessoa idosa e não apenas na doença.

A Icope enfatiza a importância de um cuidado personalizado, adaptado às necessidades individuais e promovendo a saúde integral ao longo do tempo (OMS, 2019; 2020). A década do envelhecimento, estabelecida pela OMS para 2021-2030, enfatiza o compromisso global com políticas e práticas que melhoram a qualidade de vida das pessoas idosas. A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Raspi) no Brasil baseia-se nesses princípios, utilizando o Projeto Terapêutico Singular e a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (Ampi-AB) como guia para os fluxos de atendimento.

Essa abordagem integrada promove a colaboração entre setores, garantindo a integralidade e a longitudinalidade. No entanto, a implementação da Raspi nos estados enfrenta desafios significativos, como a persistência da fragmentação dos serviços de saúde, a escassez de recursos e a necessidade de maior capacitação dos profissionais. A fragmentação ocorre quando os serviços não estão adequadamente coesos, resultando em lacunas no atendimento e em falta de continuidade no cuidado aos idosos (Silva et al., 2020).

A insuficiência de recursos financeiros e humanos representa uma barreira crítica. Investimentos inadequados em infraestrutura e formação de profissionais capacitados limitam a capacidade do sistema de saúde de atender eficazmente à crescente demanda por serviços para a população idosa (Neri, 2007).

2.3 GESTÃO DA SAÚDE E A OUVIDORIA DO SUS

A gestão em saúde é o conhecimento aplicado no manejo das organizações. Abrange desde os espaços dos cuidados diretos, que podem ser singulares e multiprofissionais, até as instituições de saúde, que requerem a formação e a operação de redes de serviços que ofereçam assistência universal, integral, equitativa, de qualidade e eficiente para atender às necessidades de saúde da população (Boing, 2013).

Guiada por estratégias provenientes do planejamento estratégico, tático e operacional, a gestão em saúde enfrenta o desafio de construir novas formas de administração. Esse desafio inclui a promoção da participação, práticas cooperativas e interdisciplinares, nas quais trabalhadores e usuários atuam como sujeitos ativos no processo. Tendo como alicerce o arcabouço legal da lei 8.142/90, a gestão objetiva garantir a universalidade, a integralidade e a equidade, através da representatividade dos usuários tanto nos conselhos como em conferências. Nessas instâncias, os usuários representam 50% da composição, enquanto os demais membros, trabalhadores e gestores, compõem o restante (Brasil, 2003).

A integração dessas práticas é essencial para a eficácia dos serviços de saúde e a promoção de um ambiente colaborativo. Além disso, engloba uma ampla gama de atividades, desde políticas e intervenções para promover o bem-estar individual e coletivo até a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Nesse contexto, os modelos de estrutura, processo e resultado apresentados por Donabedian tornaram-se uma referência fundamental para a avaliação e a melhoria contínua dos serviços de saúde (Donabedian, 1980; Debret, 2003).

Quando eficaz, a gestão não se limita apenas à alocação adequada de recursos, mas também envolve a garantia de processos eficientes e eficazes para fornecer cuidados de qualidade. A avaliação contínua dos resultados desses cuidados é crucial para garantir melhorias constantes e adaptar as estratégias de gestão às necessidades emergentes (Estefano, 1996). Dessa forma, contribui significativamente para a sustentabilidade e a evolução dos sistemas de saúde, assegurando que eles respondam de maneira adequada às demandas da população (Almeida, 2018).

Para enfrentar os desafios do envelhecimento e das doenças crônicas, é necessário efetivar mudanças na gestão. Isso envolve o desenvolvimento de tecnologias para o gerenciamento da saúde e a adoção de um modelo de atenção baseado na clínica ampliada (Arruda, 2015). A promoção da cogestão, que integra profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma abordagem promissora para operacionalizar o cuidado de maneira colaborativa (Baptista, 2020).

Para fortalecer a comunicação entre gestores e a sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece um dispositivo eficaz: a Ouvidoria do SUS, um canal que permite que os usuários expressem suas necessidades, queixas e sugestões, contribuindo para uma gestão mais responsiva e centrada nos usuários. A Ouvidoria fortalece a transparência e a confiança entre gestores de saúde e a população; trata-se de uma ferramenta essencial para promover a gestão participativa (Donnangelo, 1976; Fernandes, 1993; Sá, 2019).

As ouvidorias atuam na promoção de espaços ativos de aproximação com usuários do SUS, sendo um dispositivo de participação social que garante sua livre expressão no que se refere às demandas e avaliações a respeito dos serviços ofertados. As atividades desempenhadas possibilitam a ampliação das reflexões políticas em saúde, contribuindo para o fortalecimento e a melhoria da capacidade gestora. Constituem um forte instrumento da gestão participativa.

Segundo Sá et al. (2019), o surgimento das ouvidorias no Brasil remonta ao período de 1996, quando uma estratégia de enfrentamento de uma epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) se tornou necessária. Nesse contexto, foi estabelecida uma linha telefônica exclusiva pela qual a população poderia obter informações sobre a doença.

Mais tarde, outro importante marco nessa área foi o “Disque Saúde”, conhecido como 136, que ainda funciona na atualidade. Dois anos depois, por meio do Decreto nº 4.194/02, surgiu o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos Usuários do SUS, tornando-se a principal ferramenta de comunicação entre os usuários e a gestão de saúde.

No ano de 2003, o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS foi instituído, na Secretaria de ações estratégicas e participativas. Desde então a Ouvidoria-Geral do SUS tem recebido manifestações dos cidadãos por meio de diversos canais, incluindo o Disque Saúde 136 (telefone gratuito), o formulário *web*, o e-mail, a carta, a correspondência oficial, o atendimento presencial e o aplicativo “Meu DigiSUS” (Peixoto et al., 2013).

Ressalta-se que o Disque Saúde 136 e as ouvidorias do SUS desempenham não apenas o papel de receber manifestações, mas também têm um importante papel na disseminação de informações em saúde para a população, abordando temas como doenças, ações e programas de saúde (Fernandez, 2016). Quando as manifestações são recebidas, os profissionais da Ouvidoria-Geral do SUS as registram e as classificam de acordo com as categorias fornecidas pelo sistema Ouvidor SUS. Com base nessa classificação, as manifestações são encaminhadas para a área técnica e/ou para a Ouvidoria pertencente à rede nacional (Moreira, 2018).

O prazo para a resposta varia de acordo com a classificação da manifestação. A resposta é enviada ao manifestante por *e-mail* ou pelo Disque 136 quando o cidadão é contatado. Esses prazos são categorizados em prioridades, como Urgente, com prazo de 15 dias para a resposta; Alta, com prazo de trinta dias; Média, com prazo de sessenta dias; e Baixa, com prazo de noventa dias para a resposta (Silva, 2016). Caso o manifestante não concorde com a resposta, ele tem a opção de solicitar a reabertura da demanda. Simultaneamente, a Ouvidoria analisa os dados e gera um Relatório Gerencial com informações que são compartilhadas entre os gestores (Silva, 2014).

O sistema Ouvidor SUS permite a classificação das manifestações dos cidadãos de acordo com várias categorias desenvolvidas em colaboração com áreas técnicas do Ministério da Saúde (Fernandes, 2016). Essas categorias abrangem uma ampla gama de *feedbacks*, incluindo insatisfações (reclamações), satisfações (elogios), necessidades de saúde da população (solicitações), indícios de irregularidades (denúncias) e propostas de melhorias (sugestões). Isso reflete a diversidade de perspectivas e de preocupações dos cidadãos em relação aos serviços de saúde (Silva, 2019). Após o registro, a correta tipificação é feita.

A tipificação gera relatórios das ouvidorias, permitindo a agregação de informações de demandas individuais para possíveis intervenções coletivas da gestão. Contribui para a uniformização de conceitos dentro da rede de ouvidorias do SUS (Silva et al., 2016). Essa tipificação acha-se de acordo com os assuntos de pertinência ao SUS e as áreas de competência. Os assuntos principais são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – As tipificações de assuntos existentes na Ouvidoria do SUS

| Assunto |
|---|
| Alimento |
| Assistência à Saúde |
| Assistência Farmacêutica |
| Financeiro |
| Ouvidoria do SUS |
| Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema Copagamento |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| Assistência Odontológica |
| Assuntos Não Pertinentes |
| Cartão SUS |
| Gestão |
| Produtos para Saúde/Correlatos |
| Programa Nacional de Controle do Tabagismo |
| Transporte |
| Comunicação |
| Conselho de Saúde |

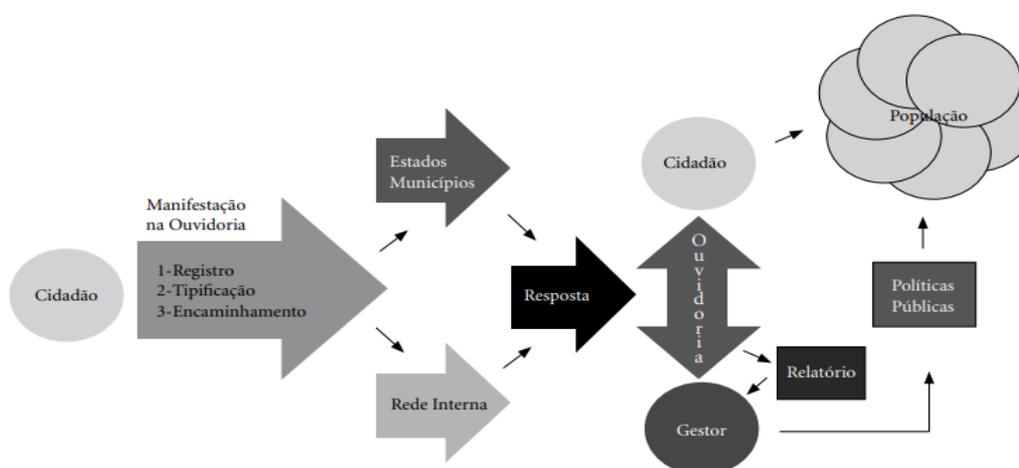
| |
|--|
| Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária |
| Orientações em saúde |
| Programa Farmácia Popular do Brasil |
| Programa Nacional de DST e Aids |
| Estratégia de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde |

Fonte: A autora, com dados da Ouvidoria do SUS (2024).

Após as tipificações, os níveis de prioridades para a resposta ao cidadão da sua demanda são elencados (Brasil, 2014). Essas informações caracterizam a Ouvidoria como um espaço não apenas para lidar com questões individuais, mas também como um veículo de disseminação de conhecimento em saúde. Isso inclui a divulgação de informações sobre medicamentos e serviços disponíveis na rede do SUS.

Assim, a Ouvidoria não apenas atua na resolução de problemas, mas também desempenha um papel importante na educação e na conscientização da população sobre questões relacionadas à saúde (Caliari, 2019).

Figura 3 – Fluxo das manifestações dos cidadãos na Ouvidoria do SUS



Fonte: Caliari et al., 2020.

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as manifestações registradas por pessoas idosas na Ouvidoria do SUS relacionadas à gestão dos serviços de saúde e aos fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as manifestações das pessoas idosas sobre a gestão na Ouvidoria do SUS;
2. Descrever as características sociodemográficas das manifestações por pessoas idosas;
3. Analisar o efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e de subassuntos 1 sobre as classificações tipificadas, como denúncia, reclamação e fatores associados.

4. MÉTODO

4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico de base populacional do Brasil.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram incluídas neste estudo as manifestações registradas e arquivadas na Ouvidoria do SUS, no período de 2014 a 2023, por pessoas idosas (sessenta anos ou mais) que tenham preenchido os campos de categorias sociodemográficas e que tenham sido selecionadas a partir da temática Gestão. O *corpus* desta pesquisa é composto por 13.169 manifestações.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Esta dissertação utilizou dois bancos de dados secundários (dados demográficos e manifestações) do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, fornecidos em Brasília, disponibilizados e selecionados, obedecendo aos critérios de inclusão, com a finalidade de assegurar a relevância e a pertinência das variáveis escolhidas em relação à gestão dos serviços.

As manifestações incluem sugestões, reclamações, denúncias, elogios e solicitações. Foram selecionadas todas as variáveis referentes ao assunto Gestão, que inclui aspectos que impactam diretamente a gestão dos serviços de saúde, como a qualidade do atendimento, a eficiência dos processos administrativos, a disponibilidade de recursos humanos e materiais e a aderência às legislações e aos direitos dos usuários.

4.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados e Armazenamento dos Dados Coletados

Os dois bancos de dados utilizados, fornecidos pela Ouvidoria do SUS, do Ministério da Saúde, por meio do *Google Drive*, foram armazenados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (versão 22.0). Esse *software* também foi utilizado para sua análise na íntegra. Separados os dados que seriam utilizados nesta pesquisa a partir dos critérios de inclusão e de exclusão, estes foram transferidos para a criação de um único banco de dados no Excel (versão 2019), que também foi utilizado para a elaboração dos gráficos. Para a confecção do mapa, o *software* na versão gratuita do Canva foi usado para a sua elaboração.

Quadro 2 – Classificação da variável dependente referente à tipificação das manifestações registradas na Ouvidoria-Geral do SUS

| Classificação | Categorização | Definição |
|----------------------|----------------------|--|
| Denúncia | 1 | Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde. |
| Elogio | 2 | Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por um serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde |
| Informação | 3 | Comunicação, orientação ou ensinamento relacionado à saúde. |
| Reclamação | 4 | Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento. |
| Solicitação | 5 | Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e serviços de saúde. |
| Sugestão | 6 | Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS. |

Fonte: A autora, com dados da Ouvidoria (2024).

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Variável Dependente

A variável dependente deste estudo corresponde à classificação das manifestações presentes na Ouvidoria do SUS (como visto no Quadro 2).

4.4.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram o Subassunto 1 (ver Quadro 3), que se refere ao conteúdo da manifestação, segunda tipificação após a escolha do assunto.

Quadro 3 – Variáveis independentes, após a tipificação e escolha do assunto Gestão. O subassunto 1 dentro do sistema da Ouvidoria do SUS

| Subassunto 1 | Descrição | Impacto na gestão |
|---------------------------------------|--|---|
| Ações e programas de saúde | Referem-se às iniciativas e às estratégias implementadas para promover a saúde pública e prevenir doenças. | Nas campanhas de vacinação, nos programas de educação em saúde, no controle de epidemias, entre outros. |
| Central de regulação | É responsável por regular o acesso dos usuários aos serviços de saúde, otimizando o uso de recursos e garantindo que as necessidades sejam atendidas de maneira eficiente. | No monitoramento do fluxo de pacientes, na distribuição adequada de recursos e na implementação de políticas para melhorar a eficiência do sistema de saúde. |
| Documentos | Referem-se à gestão de documentos e de registros relacionados aos pacientes, aos procedimentos, às políticas de saúde, entre outros. | Na organização, no armazenamento seguro e na recuperação eficiente de documentos essenciais para a prestação de serviços de saúde. |
| Estabelecimentos de Saúde | Compreendem hospitais, clínicas, postos de saúde e outros locais onde os serviços de saúde são fornecidos. | Envolvem a administração eficaz desses estabelecimentos, garantindo os recursos adequados, o gerenciamento de pessoal, a manutenção de instalações e a oferta de serviços de qualidade. |
| Legislação, direitos e deveres | São o conjunto de leis, de regulamentos e de políticas que orientam a prestação de serviços de saúde, garantindo os direitos dos pacientes e estabelecendo responsabilidades para os profissionais de saúde. | Na implementação e no cumprimento das regulamentações. Na atualização das políticas conforme necessário e na garantia de que os direitos dos pacientes sejam respeitados. |
| Recursos Humanos | São todos os profissionais de saúde, desde médicos e enfermeiros até equipes de apoio. | No recrutamento, no treinamento, na avaliação de desempenho, na alocação eficiente de pessoal e na criação de um ambiente de trabalho saudável. |
| Recursos materiais | Referem-se aos equipamentos, aos suprimentos médicos e à infraestrutura necessários para fornecer serviços de saúde | Na aquisição, na manutenção e na substituição eficientes de equipamentos, garantindo um fornecimento adequado de materiais e evitando desperdícios |

Fonte: A autora, com dados da Ouvidoria (2024).

As variáveis referentes às características sociodemográficas e econômicas e aos meios de comunicação com a Ouvidoria estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis independentes sociodemográficas pertencentes ao segundo banco da Ouvidoria do SUS

| Categorização | Definição | Classificação |
|---|---|-----------------------|
| Região do país 1. Norte 2. Sul 3. Nordeste 4. Centro-Oeste 5. Sudeste | Região do país onde a pessoa reside | Nominal |
| Sexo 1. Masculino 2. Feminino | Características biológicas e anatômicas que a pessoa apresenta, associadas ao feminino ou ao masculino. | Nominal |
| Faixa Etária 1. 60 a 69 2. 70 a 79 3. 80 a 89 4. 90 a 99 5. 100 a 109 | Agrupamento de idades no momento do registro na Ouvidoria | Quantitativa discreta |
| Raça/cor 1. Preta 2. Parda 3. Branca 4. Indígena | Como o indivíduo se identifica ou se define em relação à etnia | Nominal |
| Estado Civil 1. Casado 2. Divorciado 3. Separado 4. União Instável 5. Viúvo | Situação conjugal | Nominal |
| Trabalho 1. Aposentado 2. Desempregado 3. Não respondido 4. Outros 5. Trabalha no setor privado 6. Trabalha no setor público | Se exerce algum tipo de atividade remunerada | Nominal |
| Escolaridade 1. Analfabeto 2. Ensino Fundamental 3. Superior e Pós | Tempo de estudo do usuário | Nominal ordinal |
| Orientação Sexual 1. Bissexual 2. Gay, Transexual, Travesti, Lésbica 3. Heterossexual | Percepção que a pessoa possui de si em relação ao gênero independentemente do biológico | Nominal |

| | | |
|--|--|---------|
| 4. Não Respondido e outro | | |
| Tipo de Cidadão 1. Cidadão 2. Controle Social 3. Conveniados ou outros 4. Gestor 5. Órgãos públicos 6. Prestador de serviços 7. Profissionais de saúde | 1. Qualquer pessoa que usufrui, direta ou indiretamente, dos serviços da Ouvidoria do SUS 2. Participação de cidadãos e de entidades na atuação do SUS 3. Conveniados a órgãos públicos ou privados 4. Gestores de serviços de saúde ou de outras esferas 5. Qualquer pessoa vinculada ao setor público 6. Qualquer pessoa que realize tarefas na empresa mediante um contrato de prestação de serviços, ou seja, sem vínculo empregatício 7. Profissionais de saúde | Nominal |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A forma como o cidadão entra em contato com a Ouvidoria também foi incluída no estudo, bem como as variáveis independentes utilizadas na Ouvidoria (Quadro 5). Na recategorização, as cinco formas de comunicação da Ouvidoria com o cidadão tornaram-se dois grupos.

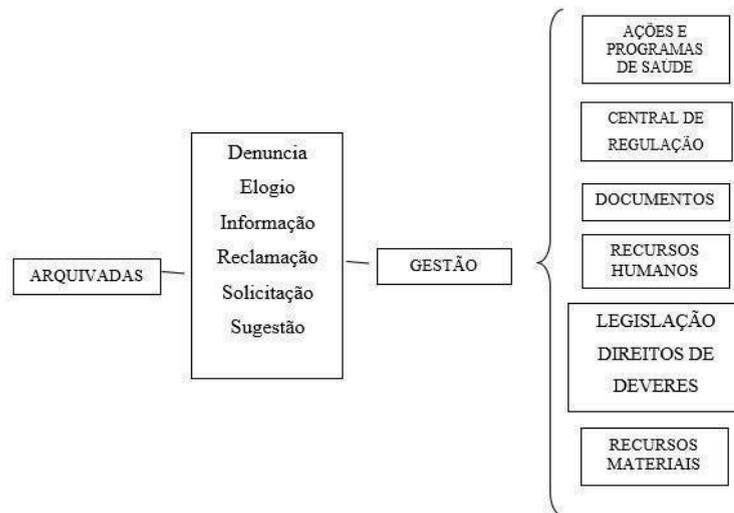
Quadro 5 – A forma como o usuário entra em contato com o atendimento na Ouvidoria do SUS faz parte do grupo de variáveis independentes

| Meios de informação | Descrição | Categorização | Recategorização |
|-----------------------|---|---------------|-----------------|
| Aplicativo E-Saúde | Aplicativo utilizado pelos usuários para uso do SUS digital | 1 | Digital |
| <i>E-mail</i> | Correio eletrônico | | |
| Formulário <i>Web</i> | Página da internet destinada a registro das manifestações | | |
| Pessoalmente | Ir diretamente ao setor responsável | 2 | Tradicional |
| Telefone | Aparelho para comunicação oral | | |
| Carta | Mecanismo manual de escrita | | |

Fonte: Elaborado pela autora, com informações do Manual da Ouvidoria do SUS (2024).

Após a seleção das variáveis dependentes (Classificação) e independentes (Subassunto 1: sociodemográficas e econômicas) que se referem à gestão, o fluxograma da tipificação do subassunto 1 foi realizado como consta na Figura 4.

Figura 4 – Fluxograma da tipificação realizada na amostra das manifestações: 1



Fonte: Elaborado pela autora, com informações do manual da Ouvidoria do SUS (2023).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.5.1 Unificação dos Bancos e Aprimoramento dos Dados

Para identificar as manifestações dos idosos sobre a gestão da Ouvidoria do SUS foi necessário unificar os bancos de características sociodemográficas e de manifestações, sendo indispensável inicialmente efetivar a ferramenta do Excel de unificação de bancos de dados por meio do número de protocolo de atendimento para a realização das associações pertinentes ao estudo. Após a unificação dos bancos, as manifestações foram selecionadas inicialmente pelo *status*, no caso, foram selecionadas aquelas já protocoladas, por se entender que o banco será mais rico se contiver informações desde 2014, e aquelas demandas que já foram atendidas.

Em seguida, foi realizada a seleção por idade. Foram selecionadas as manifestações de usuários de sessenta anos ou mais. As idades foram agrupadas em dez anos, e os estados, em regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Já a escolaridade segmentou-se em analfabetos, fundamental, médio, superior e pós.

Após a seleção e a preparação do banco de dados, criou-se um dicionário das variáveis em que a organização do banco e a categorização para a condução das análises, utilizando o

software SPSS, versão 22, foram realizadas. O SPSS foi empregado para calcular as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, bem como para explorar as associações entre elas e realizar as análises bivariadas.

Foi utilizado o Excel 2019 para a construção dos quadros e para a associação do número de protocolo da manifestação e das características sociodemográficas. Para a confecção do mapa, o Excel 2019 e o Canvas, *software online*, foram utilizados.

4.5.2 Estatística Descritiva e Analítica

Para a análise dos dados, foram utilizados o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22 e o Microsoft Excel versão 2019.

Na primeira etapa, foi realizada uma análise descritiva para examinar os percentuais de manifestações ao longo dos anos, as classificações acumuladas e a distribuição anual das classificações. Essa análise permitiu comparar os tipos de manifestação com o cenário nacional.

Em seguida, foram descritas as frequências absolutas e relativas da variável dependente "classificação", considerando as variáveis independentes. Para essa descrição, utilizou-se o teste Qui-Quadrado com um nível de significância de 5%.

Adicionalmente, foi realizada uma Análise de Resíduos Padronizados (ARP) com significância monocaudal de 2,5%. A ARP monocaudal positiva foi empregada para identificar associações significativas entre as categorias das variáveis dependentes e independentes, com valores de significância superiores a 1,96.

Por fim, uma nova variável dependente foi criada ao agrupar as categorias de classificação "denúncia/reclamação" em uma única categoria. Com essa nova variável, foram calculadas as medidas de Odds Ratio (OR) com Intervalos de Confiança de 95%, utilizando modelos de regressão logística binária múltipla. Apenas as variáveis com p-valor inferior a 0,25 no teste Qui-Quadrado foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla.

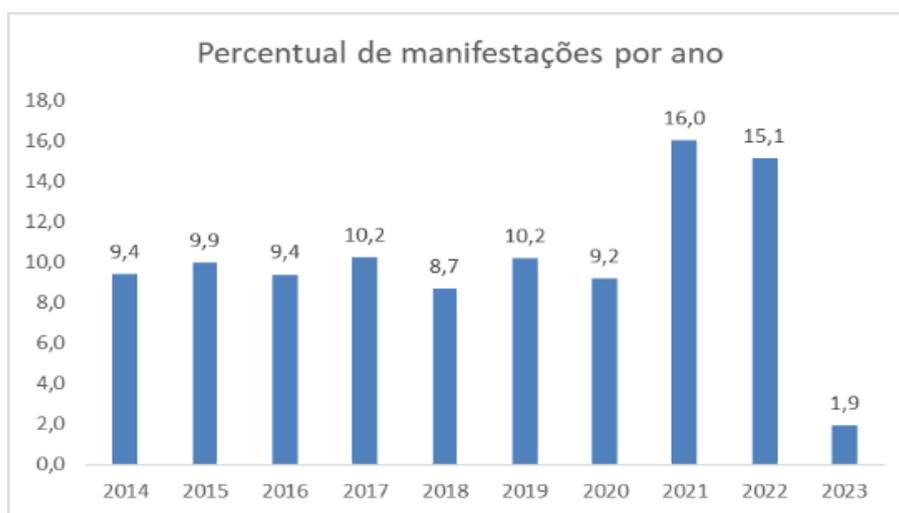
4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, registrado sob o número CAAE 74939123.0.0000.5208 (ANEXO A). Esta aprovação foi concedida em conformidade com a Resolução 466/12, que estabelece diretrizes para a condução de pesquisas envolvendo seres humanos. Garantiu-se, assim, o cumprimento rigoroso dos princípios éticos e legais aplicáveis a esse tipo de estudo.

5 RESULTADOS

Das 1.319 manifestações distribuídas ao longo dos dez anos analisados, obteve-se 9,4% das manifestações no ano de 2014, na Ouvidoria, realizadas por pessoas idosas. Houve um aumento de 0,5% em 2015, todavia, em 2016, esse número permaneceu com o valor de 2014. Em 2017, houve um aumento de 0,8%, enquanto, em 2018, ocorreu uma queda de 1,5%. Nos anos seguintes verificou-se um aumento significativo das manifestações de 6,8% (2021) e uma variação de 0,9% em 2022. Já em 2023, constatou-se uma queda brusca nas notificações de pessoas idosas: de 1,9% (Gráfico 1).

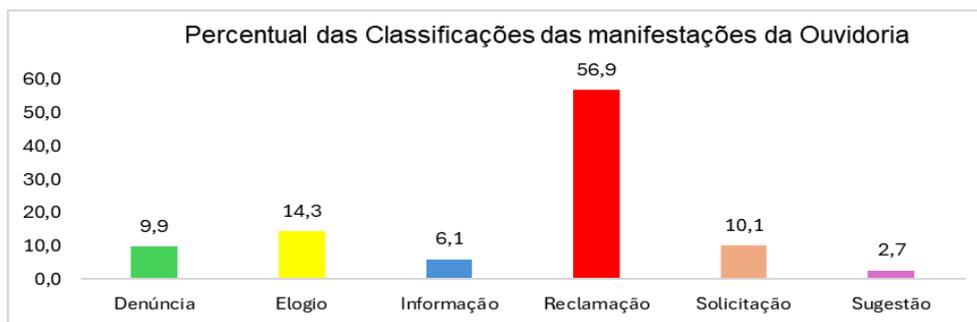
Gráfico 1 – Percentual das manifestações na Ouvidoria do SUS por pessoas idosas, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil.



Fonte: Ouvidoria do SUS, 2023.

Em relação à classificação das manifestações dentro do assunto Gestão, houve a predominância das denúncias, com 56,9% das manifestações, seguida dos elogios, com 14,3% das manifestações (Gráfico 2):

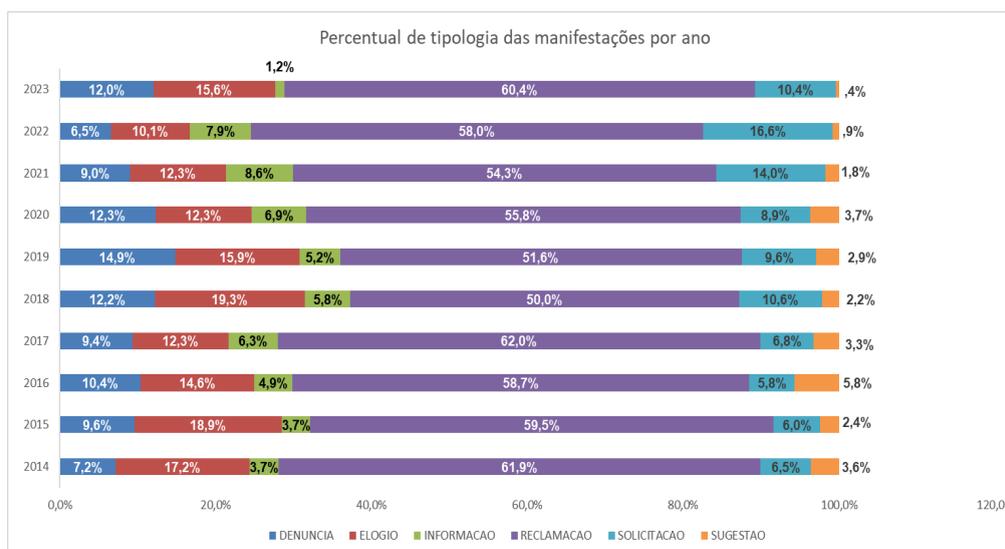
Gráfico 2 – Percentual da classificação das manifestações na Ouvidoria do SUS por pessoas idosas, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora, com informações da Ouvidoria do SUS (2023).

Na análise detalhada das classificações por ano, as reclamações foram aquelas que tiveram maiores concentrações ao longo dos anos, tendo os anos de 2014, 2017 e 2023 alcançado percentuais superiores a 60%. As solicitações tiveram pequenos aumentos ao longo dos dez anos da amostra, com seus maiores percentuais em 2021, 2022 e 2023. Em 2021 e em 2022, houve um aumento da informação e do elogio (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição anual da classificação das manifestações na Ouvidoria do SUS, referentes aos anos de 2014 a 2023, Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora (2023) com informações da Ouvidoria do SUS

Em relação ao sexo, 60,3% das manifestações partiram do sexo feminino. As manifestações em relação ao sexo feminino tiveram maior associação com elogios, porém, 52,1% das manifestações provenientes do sexo feminino foram de reclamações. Por outro lado, o sexo masculino teve maior associação com sugestões, embora a maioria de suas demandas também se concentrasse em reclamações, representando 50,9% do total (Tabela 1).

Em relação à idade, observou-se que 71% da amostra eram de usuários com idades entre sessenta e 69 anos; neste grupo, houve uma maior associação das manifestações com as denúncias. Já os usuários com idades entre setenta e 79 anos tiveram uma maior associação com elogios, enquanto aqueles nas faixas etárias de noventa a 99 anos e de cem a 109 anos tiveram uma maior associação com denúncias (Tabela 1). Todas as faixas etárias apresentaram uma maior representatividade no item reclamação, variando de 44% a 57% (Tabela 1).

Em relação à orientação sexual, os heterossexuais representaram a maioria na amostra, com 98,29%. Este grupo demonstrou associação mais significativa com a classificação reclamações. Bissexuais, gays, lésbicas, trans e travestis mostraram uma maior tendência para denúncias (Tabela 1). No entanto, entre os gays houve uma significância com sugestões, embora a maioria das manifestações estivesse relacionada a reclamações, totalizando 38,7%. Quanto às lésbicas, trans e travestis, embora tenham mostrado uma associação com elogios, uma parte substancial de suas manifestações também se deu na forma de denúncias (Tabela 1).

Em relação ao critério de raça/cor, a maioria da amostra foi composta por pessoas brancas, representando 65%. Pessoas brancas mostraram uma maior associação com informação e com solicitação, enquanto pessoas pretas e indígenas tiveram uma maior associação com denúncia; e pardas, com elogio. Independentemente da raça ou da cor, a maioria das demandas mantiveram-se concentradas em reclamações (Tabela 1).

Em relação ao estado civil dos usuários, 49% eram pessoas casadas; neste grupo, houve uma associação predominante com informação e com solicitação. Já pessoas em união estável apresentaram uma maior associação com elogios, enquanto os viúvos tiveram maior associação com denúncia e com elogio. Todas as manifestações foram unânimes em relação às reclamações (Tabela 1).

Na amostra, 40% das pessoas possuíam nível superior ou pós-graduação; nesse grupo, informações, solicitações e sugestões foram as categorias mais associadas. Já as pessoas analfabetas e aquelas com ensino fundamental e médio apresentaram uma maior associação com reclamações. As pessoas com ensino fundamental e médio tiveram associação com elogios, enquanto apenas aquelas com ensino médio tiveram associação com denúncias. Em todos os

níveis de escolaridade, a maior concentração das demandas da Ouvidoria foi em reclamações (Tabela 1).

Em relação à renda, 41% das manifestações foram de pessoas na faixa de R\$ 465,00 a R\$ 930,00. Pessoas com renda inferior a R\$ 465,00 tiveram uma maior associação com denúncias e reclamações. Já aquelas com renda entre R\$ 465,00 e R\$ 930,00 apresentaram uma maior associação com reclamações. Por outro lado, pessoas com faixas de renda maiores demonstraram maiores associações com elogios, com solicitações, com informações e com sugestões (Tabela 1).

Na análise da variável, considerando o tipo de cidadão, foi observado que 86,74% da amostra era composta por cidadãos; este grupo teve uma maior associação com o elogio. Por outro lado, no controle social, foram mais associados os itens denúncia e informação. No caso dos conveniados e de outros, a associação predominante foi com o item denúncia. Para o tipo de cidadão gestor, a associação se deu principalmente em denúncias e em informações (Quadro 4).

Já para os cidadãos de órgãos públicos, para os prestadores de serviços e para os profissionais de saúde, a associação ocorreu também em denúncias e em informações. Em todos os tipos de cidadãos, a maioria das manifestações se concentrou em reclamações (Tabela 1).

Na amostra, 67% dos participantes eram aposentados. Em relação à predominância das manifestações, a reclamação foi prevalente em todos os itens de ocupação. Os aposentados demonstraram uma maior associação com elogios e reclamações, enquanto os desempregados e os trabalhadores do setor público apresentaram maior associação com denúncias (Tabela 1).

Em relação à forma de contato com a Ouvidoria, 69% dos cidadãos optaram pelo atendimento digital. Nesse grupo, as categorias de denúncia, de informação e de solicitação apresentaram a maior associação. Já na forma tradicional de contato, houve uma maior associação com reclamação e elogio. Observou-se que a maioria das demandas em ambas as formas de contato concentrou-se em reclamações, com 56% para o atendimento digital e 59% para o tradicional (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo as características variáveis independentes (sociodemográficas, econômicas e de meio de atendimento) da Ouvidoria do SUS entre 2014 e 2023

| | | denúncia | elogio | informação | reclamação | solicitação | Sugestão | Total | Valor-p | |
|------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Sexo | n (%) | 108 (3,0) | 703 (19,6) | 99 (2,8) | 1848 (51,6) | 712 (19,9) | 111 (3,1) | 3581 (100) | | |
| Feminino | n | 65 | 459* | 51 | 1125 | 411 | 50 | 2161 | <0.001 | |
| | % linha | 3.0% | 21.2% | 2.4% | 52.1% | 19.0% | 2.3% | 100.0% | | |
| | % coluna | 60.2% | 65.3% | 51.5% | 60.9% | 57.7% | 45.0% | 60.3% | | |
| Masculino | n | 43 | 244 | 48 | 723 | 301 | 61* | 1420 | | |
| | % linha | 3.0% | 17.2% | 3.4% | 50.9% | 21.2% | 4.3% | 100.0% | | |
| | % coluna | 39.8% | 34.7% | 48.5% | 39.1% | 42.3% | 55.0% | 39.7% | | |
| Idade | n(%) | 1305(9,9) | 1888(14,3) | 800(6,1) | 7491(56,9) | 1329(10,1) | 356(2,7) | 13169(100) | | |
| 60 a 69 | n | 978* | 1331 | 576 | 5320 | 926 | 268 | 9399 | <0.001 | |
| | % linha | 10% | 14% | 6% | 57% | 10% | 3% | 100% | | |
| | % coluna | 75% | 70% | 72% | 71% | 70% | 75% | 71% | | |
| 70 a 79 | n | 221 | 446* | 181 | 1649 | 307 | 68 | 2872 | | |
| | % linha | 8% | 16% | 6% | 57% | 11% | 2% | 100% | | |
| | % coluna | 17% | 24% | 23% | 22% | 23% | 19% | 22% | | |
| 80 a 89 | n | 55 | 81 | 33 | 401 | 80 | 16 | 666 | | |
| | % linha | 8% | 12% | 5% | 60% | 12% | 2% | 100% | | |
| | % coluna | 4% | 4% | 4% | 5% | 6% | 4% | 5% | | |
| 90 a 99 | n | 20* | 10 | 6 | 70 | 9 | 1 | 116 | | |
| | % linha | 17% | 9% | 5% | 60% | 8% | 1% | 100% | | |
| | % coluna | 2% | 1% | 1% | 1% | 1% | 0% | 1% | | |
| 100 a 109 | n | 31* | 20 | 4 | 51 | 7 | 3 | 116 | | |
| | % linha | 26.7% | 17.2% | 3.4% | 44.0% | 6.0% | 2.6% | 100.0% | | |
| | % coluna | 2% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | | |
| Opção Sexual | n (%) | 746 (9%) | 1130 (13,7) | 602 (7,3) | 4723 (57,2) | 799 (9,7) | 261 (3,2) | 8261 (100%) | | |
| Bissexual | n | 12* | 6 | 3 | 26 | 4 | 3 | 54 | | <0.001 |
| | % linha | 22.2% | 11.1% | 5.6% | 48.1% | 7.4% | 5.6% | 100.0% | | |
| | % coluna | 1.6% | 0.5% | 0.5% | 0.6% | 0.5% | 1.1% | 0.7% | | |
| Gay | n | 13* | 13 | 4 | 24 | 3 | 5* | 62 | | |
| | % linha | 20.97% | 20.97% | 6.45% | 38.71% | 4.84% | 8.06% | 100.00% | | |
| | % coluna | 1.74% | 1.15% | 0.66% | 0.51% | 0.38% | 1.92% | 0.75% | | |
| Heterossexual | n | 713 | 1104 | 593 | 4666* | 791 | 253 | 8120 | | |
| | % linha | 8.78% | 13.60% | 7.30% | 57.46% | 9.74% | 3.12% | 100.00% | | |
| | % coluna | 95.58% | 97.70% | 98.50% | 98.79% | 99.00% | 96.93% | 98.29% | | |
| Lésbicas/Trans/ travestis | n | 8* | 7* | 2 | 7 | 1 | 0 | 25 | | |
| | % linha | 32.00% | 28.00% | 8.00% | 28.00% | 4.00% | 0% | 100.00% | | |
| | % coluna | 1.07% | 0.62% | 0.33% | 0.15% | 0.13% | 0% | 0.30% | | |
| Raça/Cor | n(%) | 996(9,9) | 1337(13,3) | 701(7) | 5745(57,2) | 975(9,7) | 289(2,9) | 10043(100) | | |
| Branco | n | 567 | 835 | 526* | 3681 | 690* | 211* | 6510 | <0.001 | |
| | % linha | 9% | 13% | 8% | 57% | 11% | 3% | 100% | | |
| | % coluna | 57% | 62% | 75% | 64% | 71% | 73% | 65% | | |
| Indígena | n | 43* | 34 | 16 | 135 | 26 | 3 | 257 | | |
| | % linha | 17% | 13% | 6% | 53% | 10% | 1% | 100% | | |
| | % coluna | 4% | 3% | 2% | 2% | 3% | 1% | 3% | | |
| Pardo | n | 249 | 357* | 112 | 1390 | 203 | 60 | 2371 | | |
| | % linha | 11% | 15% | 5% | 59% | 9% | 3% | 100% | | |
| | % coluna | 25% | 27% | 16% | 24% | 21% | 21% | 23% | | |
| Preto | n | 137* | 111 | 47 | 539 | 56 | 15 | 905 | | |
| | % linha | 15% | 12% | 5% | 60% | 6% | 2% | 100% | | |
| | % coluna | 14% | 8% | 7% | 9% | 6% | 5% | 9% | | |
| Estado Civil | n(%) | 1295(10,5) | 1806(14,6) | 795(6,4) | 6951(56,31) | 1156(9,4) | 344(2,8) | 12347(100) | | |
| Casado | n | 608 | 858 | 444* | 3386 | 615* | 189* | 6100 | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|------------------------|--------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|--------|
| | % linha | 10% | 14% | 7% | 56% | 10% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 47% | 48% | 56% | 49% | 53% | 55% | 49% | |
| Divorciado/ Separado | n | 186 | 287 | 132 | 1166 | 183 | 59 | 2013 | |
| | % linha | 9% | 14% | 7% | 58% | 9% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 14% | 16% | 17% | 17% | 16% | 17% | 16% | |
| Solteiro | n | 206 | 263 | 111 | 993 | 164 | 46 | 1783 | |
| | % linha | 12% | 15% | 6% | 56% | 9% | 3% | 100% | <0.001 |
| | % coluna | 16% | 15% | 14% | 14% | 14% | 13% | 14% | |
| União estável | n | 4 | 20* | 0 | 41 | 6 | 4 | 75 | |
| | % linha | 5% | 27% | 0% | 55% | 8% | 5% | 100% | |
| | % coluna | 0% | 1% | 0% | 1% | 1% | 1% | 1% | |
| Viúvo | n | 291* | 378* | 108 | 1365 | 188 | 46 | 2376 | |
| | % linha | 12% | 16% | 5% | 57% | 8% | 2% | 100% | |
| | % coluna | 22% | 21% | 14% | 20% | 16% | 13% | 19% | |
| Escolaridade | n(%) | 1294 (10,5) | 1811 (14,7) | 796 (6,4) | 6941(56,2) | 1156 (9,4) | 345 (2,8) | 12343 (100) | |
| Analfabeto | n | 112 | 108 | 25 | 610* | 60 | 8 | 923 | |
| | % linha | 12% | 12% | 3% | 66% | 7% | 1% | 100% | |
| | % coluna | 9% | 6% | 3% | 9% | 5% | 2% | 7% | |
| Fundamental | n | 229 | 561* | 71 | 1841* | 237 | 51 | 2990 | |
| | % linha | 8% | 19% | 2% | 62% | 8% | 2% | 100% | <0.001 |
| | % coluna | 18% | 31% | 9% | 27% | 21% | 15% | 24% | |
| Médio | n | 417* | 556* | 153 | 2055* | 246 | 88 | 3515 | |
| | % linha | 12% | 16% | 4% | 58% | 7% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 32% | 31% | 19% | 30% | 21% | 26% | 28% | |
| Superior e Pós | n | 536 | 586 | 547* | 2435 | 613 | 198* | 4915 | |
| | % linha | 11% | 12% | 11% | 50% | 12% | 4% | 100% | |
| | % coluna | 41% | 32% | 69% | 35% | 53% | 57% | 40% | |
| Trabalho | n(%) | 801(8,9) | 1375(15,2) | 649(7,2) | 5055(55,9) | 889(9,8) | 277(3,1) | 9046(100) | |
| Aposentado | n | 439 | 990* | 400 | 3478* | 572 | 185 | 6064 | |
| | % linha | 7% | 16% | 7% | 57% | 9% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 55% | 72% | 62% | 69% | 64% | 67% | 67% | |
| Desempregado | n | 53* | 43 | 29 | 245 | 36 | 7 | 413 | |
| | % linha | 13% | 10% | 7% | 59% | 9% | 2% | 100% | |
| | % coluna | 7% | 3% | 4% | 5% | 4% | 3% | 5% | |
| Outros | n | 83 | 126 | 39 | 444 | 92 | 24 | 808 | |
| | % linha | 10% | 16% | 5% | 55% | 11% | 3% | 100% | <0.001 |
| | % coluna | 10% | 9% | 6% | 9% | 10% | 9% | 9% | |
| Trabalha no setor privado | n | 71 | 90 | 64 | 408 | 83 | 31 | 747 | |
| | % linha | 10% | 12% | 9% | 55% | 11% | 4% | 100% | |
| | % coluna | 9% | 7% | 10% | 8% | 9% | 11% | 8% | |
| Trabalha no setor público | n | 155* | 126 | 117 | 480 | 106 | 30 | 1014 | |
| | % linha | 15% | 12% | 12% | 47% | 10% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 19% | 9% | 18% | 9% | 12% | 11% | 11% | |
| Renda | n(%) | 795(9,7) | 1037(12,7) | 577(7,1) | 4725(57,9) | 768(9,4) | 258(3,2) | 8160(100) | |
| Menos de R\$ 465,00 | n | 167* | 109 | 45 | 806* | 89 | 16 | 1232 | |
| | % linha | 14% | 9% | 4% | 65% | 7% | 1% | 100% | |
| | % coluna | 21% | 11% | 8% | 17% | 12% | 6% | 15% | |
| Entre R\$ 465,00 e R\$ 930,00 | n | 331 | 447 | 121 | 2088* | 250 | 80 | 3317 | |
| | % linha | 10% | 13% | 4% | 63% | 8% | 2% | 100% | |
| | % coluna | 42% | 43% | 21% | 44% | 33% | 31% | 41% | |
| Entre R\$ 930,00 e R\$ 2.325,00 | n | 168 | 329* | 179* | 1209 | 200 | 79 | 2164 | |
| | % linha | 8% | 15% | 8% | 56% | 9% | 4% | 100% | |
| | % coluna | 21% | 32% | 31% | 26% | 26% | 31% | 27% | <0.001 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|
| Entre R\$ 2.325,00 e R\$ 4.650,00 | n | 67 | 104 | 112* | 362 | 97* | 44* | 786 | |
| | % linha | 9% | 13% | 14% | 46% | 12% | 6% | 100% | |
| | % coluna | 8% | 10% | 19% | 8% | 13% | 17% | 10% | |
| Mais de R\$ 4.650,00 | n | 62 | 48 | 120* | 260 | 132* | 39* | 661 | |
| | % linha | 9% | 7% | 18% | 39% | 20% | 6% | 100% | |
| | % coluna | 8% | 5% | 21% | 6% | 17% | 15% | 8% | |
| Tipo de Cidadão | n(%) | 1305 (9,9) | 1888 (14,3) | 800 (6,1) | 7491 (56,9) | 1329 (10,1) | 356 (2,7) | 13169 (100) | |
| Cidadão | n | 945 | 1754* | 589 | 6724* | 1109 | 302 | 11423 | |
| | % linha | 8.27% | 15.35% | 5.16% | 58.86% | 9.71% | 2.64% | 100.00% | |
| | % coluna | 72.41% | 92.90% | 73.63% | 89.76% | 83.45% | 84.83% | 86.74% | |
| Controle Social | n | 101* | 41 | 42* | 227 | 52 | 11 | 474 | |
| | % linha | 21.31% | 8.65% | 8.86% | 47.89% | 10.97% | 2.32% | 100.00% | |
| | % coluna | 7.74% | 2.17% | 5.25% | 3.03% | 3.91% | 3.09% | 3.60% | |
| Conveniados, outros | n | 29* | 4 | 10 | 55 | 10 | 4 | 112 | |
| | % linha | 25.89% | 3.57% | 8.93% | 49.11% | 8.93% | 3.57% | 100.00% | |
| | % coluna | 2.22% | 0.21% | 1.25% | 0.73% | 0.75% | 1.12% | 0.85% | <0.001 |
| Gestor | n | 15* | 11 | 17* | 27 | 4 | 3 | 77 | |
| | % linha | 19.48% | 14.29% | 22.08% | 35.06% | 5.19% | 3.90% | 100.00% | |
| | % coluna | 1.15% | 0.58% | 2.13% | 0.36% | 0.30% | 0.84% | 0.58% | |
| Órgãos Públicos | n | 36* | 23 | 22* | 101 | 27 | 2 | 211 | |
| | % linha | 17.06% | 10.90% | 10.43% | 47.87% | 12.80% | 0.95% | 100.00% | |
| | % coluna | 2.76% | 1.22% | 2.75% | 1.35% | 2.03% | 0.56% | 1.60% | |
| Prestadores de Serviço | n | 17* | 5 | 11* | 29 | 13 | 3 | 78 | |
| | % linha | 21.79% | 6.41% | 14.10% | 37.18% | 16.67% | 3.85% | 100.00% | |
| | % coluna | 1.30% | 0.26% | 1.38% | 0.39% | 0.98% | 0.84% | 0.59% | |
| Profissional de Saúde | n | 162* | 50 | 109* | 328 | 114* | 31* | 794 | |
| | % linha | 20% | 6% | 14% | 41% | 14% | 4% | 100% | |
| Meios de Comunicação | n(%) | 1305(9,9) | 1888(14,3) | 800(6,1) | 7491(56,9) | 1329(10,1) | 356(2,7) | 13169(100) | |
| Digital | n | 1147* | 913 | 731* | 5057 | 944* | 236 | 9028 | |
| | % linha | 13% | 10% | 8% | 56% | 10% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 88% | 48% | 91% | 68% | 71% | 66% | 69% | |
| Tradicional | n | 158 | 975* | 69 | 2434* | 385 | 120 | 4141 | <0.001 |
| | % linha | 4% | 24% | 2% | 59% | 9% | 3% | 100% | |
| | % coluna | 12% | 52% | 9% | 32% | 29% | 34% | 31% | |

* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor: $p < 0,001$ e resíduo ajustado $> 1,96$.

Fonte: Elaborado pela autora, com informações da Ouvidoria do SUS (2023).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, as seguintes análises foram feitas em relação às questões relativas ao subassunto 1. A maioria das manifestações concentrou-se em Recursos Humanos, com 50,6% do total. Ações e programas de saúde foram mais frequentemente associados a elogios e a sugestões. Por sua vez, o item central de regulação apresentou uma associação predominante com informações: 57% das manifestações referentes a esse item foram de reclamações (Tabela 2).

Quanto aos documentos, estes estavam mais associados a solicitações e a informações, com as solicitações representando 42,1% do total relacionado a esse item. Em relação aos estabelecimentos de saúde, observou-se uma forte associação com denúncias, reclamações e sugestões; estas últimas representaram 44,9% do total de manifestações nesse item (Tabela 2).

No âmbito de legislação, direitos e deveres, informações e sugestões predominaram; a informação representou a maior parte desse item, com 43%. No contexto de Recursos Humanos, tanto denúncias quanto elogios apresentaram uma forte associação com esse subassunto 1: a maioria das manifestações desse item foi de elogios: 97,4% (Tabela 2). Já os recursos materiais estiveram mais associados a reclamações; a maioria das manifestações desse item também foi de reclamações, representando 81,7% do total.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo a tipificação e subassunto 1 da Ouvidoria do SUS entre 2014 e 2023

| | | denúncia | elogio | informaçã o | reclamação | solicitaçã o | sugestão | total | Valor-p |
|---|----------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Subassunto 1 | n (%) | 1305 (9,9) | 1888 (14,3) | 800 (6,1) | 7491(56,9) | 1329 (10,1) | 356 (2,7) | 13169 (100,0) | |
| Ações Programas Saúde | N | 12 | 16 | 104* | 83 | 34 | 114* | 363 | |
| | % linha | 3.3% | 4.4% | 28.7% | 22.9% | 9.4% | 31.4% | 100.0% | |
| | % coluna | 0.9% | 0.8% | 13.0% | 1.1% | 2.6% | 32.0% | 2.8% | |
| Central Regulação | N | 4 | 1 | 14* | 45 | 13 | 2 | 79 | |
| | % linha | 5.1% | 1.3% | 17.7% | 57.0% | 16.5% | 2.5% | 100.0% | |
| | % coluna | 0.3% | 0.1% | 1.8% | 0.6% | 1.0% | 0.6% | 0.6% | |
| Documentos | N | 22 | 1 | 322* | 658 | 741* | 15 | 1759 | |
| | % linha | 1.3% | .1% | 18.3% | 37.4% | 42.1% | .9% | 100.0% | |
| | % coluna | 1.7% | .1% | 40.3% | 8.8% | 55.8% | 4.2% | 13.4% | |
| Estabelecimento de Saúde | N | 407* | 30 | 155 | 2822* | 180 | 160* | 3754 | |
| | % linha | 10.8% | .8% | 4.1% | 75.2% | 4.8% | 4.3% | 100.0% | <0.001 |
| | % coluna | 31.2% | 1.6% | 19.4% | 37.7% | 13.5% | 44.9% | 28.5% | |
| Legislação, Direitos Deveres | N | 10 | 0 | 34* | 18 | 11 | 8* | 81 | |
| | % linha | 12.3% | 0.0% | 42.0% | 22.2% | 13.6% | 9.9% | 100.0% | |
| | % coluna | .8% | 0.0% | 4.3% | .2% | .8% | 2.2% | .6% | |
| Recursos Humanos | N | 815* | 1839* | 162 | 3486 | 320 | 47 | 6669 | |
| | % linha | 12.2% | 27.6% | 2.4% | 52.3% | 4.8% | .7% | 100.0% | |
| | % coluna | 62.5% | 97.4% | 20.3% | 46.5% | 24.1% | 13.2% | 50.6% | |
| Recursos Materiais | N | 35 | 1 | 9 | 379* | 30 | 10 | 464 | |
| | % linha | 7.5% | .2% | 1.9% | 81.7% | 6.5% | 2.2% | 100.0% | |
| | % coluna | 2.7% | .1% | 1.1% | 5.1% | 2.3% | 2.8% | 3.5% | |

Fonte: Elaborado pela autora, com informações da Ouvidoria do SUS (2023).

* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor: $p < 0,001$ e residuo ajustado $> 1,96$.

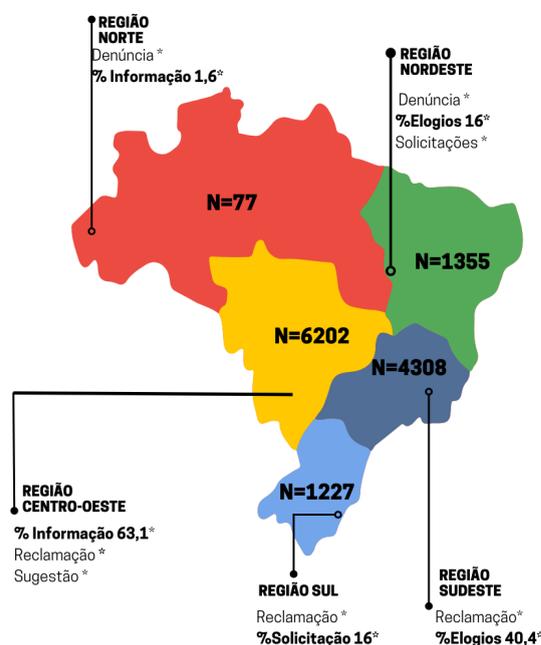
Em relação às regiões do Brasil, o Centro-Oeste apresentou o maior número de notificações na amostra, com 6.202 manifestações, representando 42,1% das demandas. Ainda, apresentou associação com as informações bem como o maior percentual das demandas da região, com 63,1%, mantendo associação com as reclamações e com as sugestões (Figura 5).

A região Nordeste apresentou maior associação com denúncias, elogios e solicitações, sendo a maior concentração das demandas da região em elogios: 16%. A região Sudeste

apresentou maior associação com reclamações e com elogios, sendo a maior concentração das demandas associadas a elogios: 40% (Figura 5).

Na região Sul, houve maior associação das variáveis reclamação e solicitação; a maioria das demandas da região foram solicitações. Na região Norte, foram observadas associações com denúncia e com informação. O quantitativo maior de manifestações foi de informações: 1,6% (Figura 5).

Figura 5 – Mapa do Brasil: Classificação das manifestações das pessoas idosas de acordo com as regiões do país



* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor: $p < 0,001$ e resíduo ajustado $> 1,96$.
Fonte: Elaborado pela autora, com informações do manual da Ouvidoria do SUS (2023).

No subassunto 1 (Tabela 3), os dados mostraram que, na central de regulação, os indivíduos têm 6,7 vezes mais chances ($OR = 6,74$; $p < 0,001$) de realizar uma denúncia ou uma reclamação, em comparação a ações e a programas de saúde. Já em documentos, a chance é de 1,8 vez ($OR = 1,8$; $p < 0,001$). Em estabelecimentos de saúde, há 15,33 vezes mais chances ($OR = 15,33$; $p < 0,001$) de se realizar uma denúncia ou uma reclamação. Quanto aos recursos humanos, a chance está em torno de 5,14 vezes ($OR = 5,14$; $p < 0,001$) de realizar uma denúncia ou reclamação. Nos recursos materiais, a chance de denúncia ou de reclamação é de 30,41 vezes ($OR = 30,41$; $p < 0,001$) (Tabela 3).

No tipo de cidadão (Tabela 3), pessoas de órgão público diminuem em 68 vezes a chance de denúncia ou de reclamação ($OR = 0,32$; $p < 0,001$), sendo considerado um fator de

proteção. Nos meios de atendimento (Tabela 3), o meio tradicional teve 1,3 vez mais chance de realizar uma denúncia/reclamação (OR = 1,3; $p < 0,001$). E em escolaridade, superior e pós-graduação foram a referência. Porém, o nível fundamental teve 1,5 vezes mais chances de realizar uma denúncia/reclamação (OR = 0,32; $p < 0,001$). Já o nível superior e pós tiveram 1,3 vez mais chances de denúncia ou de reclamação (OR = 1,33; $p < 0,001$) (Tabela 3).

As manifestações com a indicação do estado civil, divorciado e separado apresentam 1,2 vez mais chances de denúncia ou de reclamação (OR = 1,27; $p < 0,001$) (Tabela 3). Por fim, no quesito trabalho, o setor privado tem 1,3 vez mais chances de denúncias ou de reclamação (OR = 1,37; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise Múltipla referentes ao subassunto 1, características sociodemográficas e econômicas e da variável denúncia/reclamação das pessoas idosas da amostra

| Variáveis independentes | OR | IC95% | | Valor-p |
|--------------------------------|-------|-------|-------|---------|
| Subassunto 1 | | | | |
| Ações e Programas de Saúde | 1,00 | — | — | — |
| Central de Regulação | 6.74 | 3.04 | 14.94 | <0.001 |
| Documentos | 1.81 | 1.31 | 2.50 | <0.001 |
| Estabelecimentos de Saúde | 15.33 | 11.1 | 21.24 | <0.001 |
| Legislação, Direitos e Deveres | 1.05 | 0.52 | 2.08 | 0.891 |
| Recursos Humanos | 5.14 | 3.77 | 7.013 | <0.001 |
| Recursos Materiais | 30.4 | 17.53 | 52.72 | <0.001 |
| Tipo de cidadão | | | | |
| Cidadão | 0.89 | 0.67 | 1.19 | 0.442 |
| Controle Social | 1.12 | 0.63 | 2.00 | 0.697 |
| Conveniados e Outros | 0.55 | 0.29 | 1.04 | 0.065 |
| Gestor | 1.04 | 0.69 | 1.57 | 0.846 |
| Órgãos Públicos | 0.32 | 0.17 | 0.68 | <0.001 |
| Prestadores de Serviços | 0.82 | 0.65 | 1.04 | 0.096 |
| Profissionais de Saúde | 1,00 | — | — | — |
| Variáveis independentes | OR | IC95% | | Valor-p |
| Meio de Atendimento | | | | |
| Tradicional | 1.3 | 1.1 | 1.5 | <0.001 |
| Escolaridade | | | | |
| Analfabeto | 1.58 | 1.21 | 2.07 | <0.001 |
| Fundamental | 1.26 | 1.05 | 1.50 | 0.011 |
| Médio | 1.33 | 1.14 | 1.54 | <0.001 |
| Superior e Pós | 1.00 | — | — | — |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 1.00 | — | — | — |
| Divorciado/Separado | 1.27 | 1.09 | 1.49 | <0.001 |

| | | | | |
|---------------------------------|------|-------|-------|--------|
| Solteiro | 1.07 | 0.91 | 1.25 | 0.442 |
| União Estável | 0.98 | 0.48 | 2.00 | 0.955 |
| Viúvo | 1.10 | 0.95 | 1.28 | 0.218 |
| Renda | | | | |
| Menos de R\$ 464,00 | 1.31 | 1.05 | 1.65 | 0.018 |
| Entre R\$ 465,00 e R\$ 930,00 | 0.99 | 0.80 | 1.22 | 0.926 |
| Entre R\$ 930,00 e R\$ 2.325,00 | 1.03 | 0.82 | 1.31 | 0.789 |
| Mais de R\$ 4.650,00 | 1.00 | — | — | — |
| Trabalho | | | | |
| Aposentado | 1.00 | — | — | — |
| Desempregado | 1.15 | .855 | 1.561 | 0.348 |
| Outros | 1.13 | .917 | 1.387 | 0.255 |
| Setor Público | 1.37 | 1.106 | 1.686 | <0.001 |
| Setor Privado | 1.31 | 1.069 | 1.608 | <0.001 |

* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor-p < 0,001 e resíduo ajustado > 1,96. Fonte: A autora, com dados da Ouvidoria do SUS (2023).

6 DISCUSSÃO

A pesquisa explorou os dados da Ouvidoria do SUS para avaliar a gestão da saúde e discutir como diferentes contextos políticos e econômicos influenciaram significativamente na saúde da população idosa.

Em 2014, as manifestações na Ouvidoria do SUS por parte da população idosa foram escassas, refletindo uma baixa representatividade e concentrando-se principalmente em reclamações. Esse cenário ocorreu em meio a uma grave crise econômica e política no Brasil, caracterizada por instabilidade e redução de investimentos em serviços públicos (Alves; Galiza, 2022).

A partir de 2016, com a mudança de governo após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, houve um período de reformas que impactaram diretamente a saúde e o bem-estar das pessoas idosas. A Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por vinte anos, teve um impacto drástico no financiamento da saúde pública, incluindo programas destinados à população idosa (Melo et al., 2022). Além disso, reformas trabalhistas e previdenciárias geraram incertezas econômicas e reduziram os recursos disponíveis para serviços essenciais, exacerbando as dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas (Machado, 2017).

Durante o governo subsequente, de extrema direita, a partir de 2019, as políticas adotadas e a gestão da pandemia de Covid-19 impactaram significativamente as manifestações na Ouvidoria do SUS. Houve um aumento notável nas reclamações devido à baixa efetividade

nas políticas de saúde e ao agravamento das condições de vida das pessoas idosas. Restrições orçamentárias e a falta de investimentos adequados foram fatores preponderantes nas manifestações durante este período (Alves; Galiza, 2022).

Entre 2019 e 2022, o aumento da desigualdade regional e os desafios persistentes na qualidade dos serviços de saúde contribuíram para um crescimento significativo do número de manifestações. O período também foi marcado pelo uso crescente de tecnologias durante o *lockdown* para mitigar a solidão e obter informações sobre a pandemia (Tafner, 2012; Lobato, 2019).

Em 2023, observou-se um baixo número de manifestações, parcialmente devido à coleta de dados incompleta. Contudo, foi possível notar uma estabilidade nas reclamações e um leve aumento nos elogios. Este período coincidiu com o retorno de um governo progressista, após um período de polarização política.

Esta análise mostrou como os diferentes contextos políticos e econômicos exerceram impactos variados nas manifestações da Ouvidoria do SUS, refletindo mudanças nas políticas públicas, nas condições de saúde e nos desafios enfrentados pela população que envelhece.

Diversas iniciativas foram retomadas, como o incentivo a programas comunitários que tentaram preencher as lacunas deixadas por políticas federais, focados em cuidados domiciliares, apoio psicológico e atividades de integração social para pessoas idosas. Inovações em saúde, como a telemedicina, mostraram-se promissoras, especialmente durante a pandemia, e foram ferramentas valiosas no cuidado de pessoas idosas (Camarano et al., 2022).

As denúncias foram majoritárias em todos os anos, mas sugestões e informações também tiveram aumentos significativos, indicando uma maior conscientização e engajamento da população idosa em relação aos seus direitos e necessidades.

O uso dos equipamentos de saúde é majoritariamente realizado pelo público feminino. Estudos de Pinheiro et al. (2002) relatam que a maioria das condições crônicas em mulheres é mais frequente; quando se leva em conta a gravidade, os homens apresentam condições crônicas fatais. Ainda sobre a predominância feminina, a gestação e o puerpério são fatores relevantes. As manifestações das mulheres também são predominantes, e os elogios por parte dos serviços ajudam a trazer melhorias e replicação de boas práticas. Já nos homens, houve a predominância das sugestões.

Nas manifestações recebidas pelas ouvidorias, observou-se uma marcante disparidade entre o perfil sociodemográfico dos manifestantes. Pessoas autodeclaradas de raça/cor branca apresentaram uma maior presença e participação nas manifestações, o que pode ser atribuído,

em parte, ao maior acesso a meios de comunicação e a recursos que facilitam o processo de manifestação (Faustino, 2022).

Idosos pretos e pardos enfrentam desigualdades profundas na sociedade, como baixos índices de escolaridade e subempregos. Essas condições contribuem para a persistência da pobreza, minoria política e segregação social, o que exacerba as dificuldades na busca por uma qualidade de vida digna e por igualdade de oportunidades (Krug et al., 2018).

No envelhecimento enfrentam-se diversas formas de racismo, incluindo o racismo estrutural e digital. Isso reflete nas características das manifestações na Ouvidoria do SUS. Enquanto pessoas pretas apresentam uma proporção significativa de denúncias, pessoas brancas têm maior associação com elogios, solicitações e informações. Essas disparidades evidenciam a urgente necessidade de compreender melhor a identidade racial e de promover o empoderamento através do letramento racial.

Essa análise destaca como o racismo estrutural (e digital) continua a moldar experiências e oportunidades para pessoas idosas pretas e pardas, sublinhando a necessidade de políticas e ações que promovam a equidade e combatam as desigualdades sistêmicas que afetam o envelhecimento das pessoas.

Foi identificada uma relação significativa entre o nível de escolaridade dos manifestantes e o tipo de manifestação apresentada. Constatou-se que pessoas com níveis mais altos de escolaridade tendem a fazer mais solicitações do que denúncias ou reclamações, enquanto entre aqueles com níveis de escolaridade mais baixos, como analfabetos e pessoas com ensino fundamental ou médio, as denúncias e as reclamações são mais prevalentes. Além do acesso aos meios de comunicação, essa diferença sugere que o nível educacional pode influenciar a forma como os indivíduos se engajam e se manifestam em relação aos serviços de saúde (Ferraro, 2002).

A associação entre orientação sexual e os desfechos em saúde é necessária caso se queira garantir que o princípio da universalidade seja vivenciado nos dispositivos da saúde. Na Ouvidoria, verifica-se o crescimento das manifestações por orientação sexual, contudo, ainda é tímida em relação à orientação heterossexual, que representou a maioria das manifestações.

O incentivo à participação, em especial aos que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT), é de suma importância, principalmente porque a maioria das manifestações denuncia práticas discriminatórias ou reclamações nos serviços. Esse panorama faz a gestão refletir sobre quais práticas devem ser desenvolvidas nos serviços para o combate dessas atitudes (Jomar, 2013).

Na pesquisa, as pessoas idosas aposentadas foram mais representativas, mormente na tipologia de reclamação. Estudos realizados por Pinto e Nery (2017) corroboram essa tendência e evidenciam que o engajamento dos idosos é mais frequente em eventos significativos, como a aposentadoria e a viuvez.

No entanto, mesmo com essa representatividade, na presente amostra, o estado civil predominante foi o casado e a demanda mais expressiva foi por informações. Entre os diferentes grupos etários, aqueles com idades entre sessenta e 69 anos foram os que mais contribuíram com sugestões, indicando um interesse ativo na formulação de um sistema de saúde mais adequado às necessidades desses territórios específicos.

Pessoas idosas com renda na faixa de R\$ 930,00 a R\$ 2.325,00 tiveram uma representatividade significativa, refletindo um perfil cidadão diversificado. Isso ressalta a importância de a Ouvidoria abranger uma ampla gama de grupos sociais, mesmo que a tendência desse perfil de cidadão seja mais voltada para denúncias e para reclamações em relação aos prestadores de serviços. A predominância da manifestação reclamação aponta para a necessidade urgente de melhorias na prestação dos serviços oferecidos.

A análise das manifestações recebidas pelas ouvidorias revela que a gestão da saúde da pessoa idosa enfrenta uma série de desafios que impactam diretamente na qualidade e no acesso e nos cuidados de saúde para essa população. As questões mais significativas levantadas pelos usuários foram a escassez de profissionais de saúde e a falta de capacitação adequada desses profissionais para lidar com as necessidades específicas.

Essa carência compromete severamente a qualidade dos serviços prestados, dificultando o atendimento e o monitoramento das condições de saúde crônicas e complexas enfrentadas pelos idosos, como doenças cardíacas, diabetes, demência e outras síndromes geriátricas. As reclamações abordam a inadequação do tipo de atendimento prestado, destacando a necessidade de uma abordagem mais sensível e especializada para lidar com as demandas específicas dos idosos (Sorato et al., 2017; Escorsim, 2021).

Além das questões relacionadas aos recursos humanos e às políticas específicas, as manifestações também enfatizam preocupações sobre a infraestrutura adequada nos serviços de saúde voltados aos idosos. A falta de materiais e de equipamentos necessários para a continuidade dos cuidados de saúde é uma fonte frequente de reclamações, corroborando Garcia (2012), que ressalta a necessidade de investimentos nessa área.

A regulação eficaz dos serviços de saúde desempenha um papel crucial na garantia da qualidade e da equidade no atendimento, sendo responsável pela definição de normas, de monitoramento, de fiscalização e de avaliação dos serviços (Vilarins, 2012). No entanto, as

manifestações revelam que há lacunas significativas na regulação, especialmente no que diz respeito à integralidade do cuidado e ao cumprimento dos direitos da pessoa idosa (Rede HumanizaSus).

A globalização e o acesso à informação por meio da internet têm desempenhado um papel cada vez mais importante na conscientização da população sobre seus direitos e no reconhecimento das violações desses direitos. Durante a pandemia de Covid-19, houve um aumento expressivo na demanda por informações sobre saúde e direitos, desnudando a necessidade de uma comunicação clara e acessível por parte das autoridades de saúde (IPEA, 2017; SMDH, 2021). Esse contexto atesta a importância de garantir o acesso equitativo à informação, sobretudo para grupos vulneráveis, como os idosos.

Sobre a chance de se obter mais manifestações com a variável referência denúncia/reclamação, foi observado que os meios de comunicação tradicionais prevalecem como os mais utilizados. Fazer a denúncia ou reclamação de forma presencial, por telefone ou carta ainda é forma prevalente; a utilização desse mecanismo é justificada porque, apesar de grandes avanços no campo da tecnologia e da ciência de dados, ainda há uma grande parcela da população que não tem acesso tanto aos *hardwares* quanto à internet, prevalecendo a necessidade de letramento digital.

As diferenças entre gerações são marcadas por uma série de fatores que moldam suas perspectivas, comportamentos e preferências (Sapoutzi; Psannis, 2018). Enquanto as novas gerações são nativas digitais, crescendo num ambiente saturado de tecnologia e preferindo meios eletrônicos de comunicação, como mensagens de texto e redes sociais, as gerações anteriores tendem a valorizar métodos tradicionais, como o contato presencial, o telefone ou a carta. Isso não apenas reflete suas diferentes familiaridades com a tecnologia, mas também suas distintas abordagens em relação ao trabalho, valores e formas de interação social (Diniz et al., 2020).

Essa análise destaca como os meios tradicionais de comunicação continuam predominantes na hora de fazer denúncias ou reclamações, especialmente devido à falta de acesso generalizado à tecnologia entre certas faixas da população, como as pessoas idosas, que ainda enfrentam desafios significativos de letramento digital. Ao mesmo tempo, mostra como as diferenças geracionais influenciam profundamente as preferências de comunicação e os valores associados ao trabalho e à interação social.

Os níveis de escolaridade são fatores que influenciam diretamente os tipos de notificações; quanto menor o nível, maior a chance de uma denúncia/reclamação. Aumentam as chances de procurar serviços de saúde, à medida que os indivíduos envelhecem e possuem baixa

escolaridade, muitas vezes sem compreender o fluxo de atendimento nas unidades de saúde ou nas redes de atendimento. Isso demonstra a necessidade de tornar esses serviços mais acessíveis e de promover treinamentos das equipes para melhorar a escuta e o acolhimento (Marques; Lemos, 2018; Cruz et al., 2020).

Pessoas idosas, divorciadas e separadas mostram ter mais chances de realizar denúncias/reclamações, devido à maior dificuldade de contar com alguém para acompanhá-las, ou de locomoção, assim como pela falta de profissionais sensíveis às suas necessidades específicas. A Ouvidoria deve ser amplamente difundida como um canal de comunicação entre a população e os gestores públicos, visando identificar problemas e implementar soluções que atendam de maneira mais eficiente e satisfatória às necessidades dos cidadãos.

7 CONCLUSÃO

As manifestações recebidas pelas ouvidorias são verdadeiros pilares para lidar com os desafios enfrentados na gestão da saúde da pessoa idosa no Brasil. Elas proporcionam uma visão ampla das questões que permeiam desde a disponibilidade de recursos humanos até a qualidade da infraestrutura, passando pela regulação e pelo acesso à informação.

Por isso é indispensável fortalecer os mecanismos de participação social, como as ouvidorias, para garantir que as vozes dos usuários sejam não apenas ouvidas, mas verdadeiramente consideradas na formulação de políticas e na melhoria dos serviços de saúde para os idosos. Ademais, é imprescindível investir na formação contínua dos profissionais de saúde e na modernização das estruturas dos serviços, assegurando assim um atendimento de qualidade que respeite os princípios de equidade e de universalidade.

Embora as ouvidorias desempenhem importante função no enfrentamento das iniquidades, na promoção da saúde e da gestão democrática, ainda existem desafios a ser superados. Um deles é a falta de integração entre os bancos de tipologia e as manifestações com as características sociodemográficas e econômicas, o que dificulta a análise completa das manifestações e a compreensão das necessidades reais dos usuários. Para avançar na eficiência das ouvidorias e para garantir uma gestão mais eficaz da saúde da pessoa idosa, deve-se construir um sistema de saúde mais inclusivo e atento às necessidades de saúde das pessoas idosas.

As manifestações registradas na Ouvidoria do SUS revelaram diversos aspectos da avaliação dos serviços pela população idosa e como os determinantes sociais influenciam tal percepção. Isso evidencia que, apesar dos avanços nas políticas públicas, persistem desafios na

gestão desses serviços. Problemas como a falta de profissionais capacitados, despreparo das equipes no atendimento às pessoas idosas, além de questões como idadeísmo, racismo e preconceito de gênero, ilustram a necessidade urgente de educação permanente, do fortalecimento do controle social e do estabelecimento de fluxos específicos para garantir a integralidade do cuidado à população que envelhece.

Além das questões específicas de saúde, os DSS remetem à ideia da transdisciplinaridade para o enfrentamento de fatores intersetoriais que exercem um papel relevante, influenciando fatores como renda, escolaridade, redes sociais e culturais. Esses elementos são fundamentais para promover um envelhecimento saudável, como preconiza a OMS, pois as doenças crônicas e neurodegenerativas frequentemente resultam não das escolhas individuais, e essas decisões impactam nas condições de vida ao longo do tempo.

8REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/jXwhKzH5MtFjLS4h7WdMy8m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ALCÂNTARA, A.O. et al. (Orgs.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALMEIDA, K. J. Q. et al. Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 76, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/PRnqSNWN6MQzVJkJPbbr39f/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 2017. Disponível em:

http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007139/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007139-pt.x51180.pdf. Acesso em: 20 mai. 2024.

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, dez. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/dBRFg9jfpfVgNSVvSVwCZsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015. Disponível em:

<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>. Acesso em: 30 mai. 2024.

BAPTISTA, J.A. et al. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180508, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200303&tlng=en>. Acesso em: 30 mai. 2024.

BARROS, M. L.; MOTA, A. B. Velhice ou terceira idade? **Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BEAUVOIR, S. A. **velhice**. Tradução Maria Helena Franco Martins. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BEAUVOIR, S. A. **velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEAUVOIR, S. A. **velhice**: realidade incômoda. 2. ed. São Paulo: Difel, 1976.

BEZERRA, P. A.; NUNES, J. W.; MOURA, L. B. D. A. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02661, 5 mar. 2021.

BOBBIO, N. (1987). **Estado governo sociedade; para uma teoria geral da política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5n7YcWSH56WhPtzFWxjjHPd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Brasil. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 mai. 2024.

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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Série A, Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Brasília, DF,

2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396, de 4 de abril de 2003**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: saúde do homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CALIARI, R. V. Análise das manifestações da população à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisão. 2019. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39676/ve_Rafael_Vulpi_ENSP_2019?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 mai. 2024.

CERQUEIRA, M. B. A Narrativa Inquieta – Simone de Beauvoir e Anne Karpt: vigor nas reflexões sobre o envelhecer. 2019 **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22 n, p. 113-129. ISSN print 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

CONASS – **Gestão de materiais**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-de-materiais/>. Acesso em: 28 mai. 2024.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

COSTA, Á. J. B. et al. Análise dos componentes para classificação da Síndrome Metabólica utilizados em idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230077, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/JH66YkP5NrYRGhPKsdTPqdx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO CYRILLO R. M. Ouvidorias: um Aporte Necessário. **Revista do Ministério Público**, n. 9, p. 193-211, 2015. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/noticias/2019/agosto/revista_ouvidoria.pdf. Acesso em: 20 mai. 2024.

COSTA, L. A.; NEVES, J. A. B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1117-1131, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2024.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS) 2008**.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1637-1646, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501637&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2024.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONNANGELO M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, n. 142, p. 427-446, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ESTEFANO, E.V.V. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. (Dissertação) 1996. 117f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

FAUSTINO, D.; LIPPOLD, W. **Colonialismo Digital: por uma crítica hacker-fanoniana**. São Paulo: Raízes da América, 2022.

FERNANDES, F.M.B.; MOREIRA, M.R.; RIBEIRO, J.M.; OUVENEY, A.M.; OLIVEIRA, F.J.F.; MORO, M.F.A. Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. **Cien Saude Colet**, v. 21 n. 8, p. 2547-2554, 2016.

FERNANDES, F. M. B. et al. Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2547-2554, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hHBWQgxYhmXgHM7JRzXzysd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

FERNANDES J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan./mar. 1993.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6DXDrLCthSrj5r9V7KHm5Nq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

FERNANDEZ, M. V. et al. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 310-403, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Cn3G5vXz9pN4WkrQDJ9RtbS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

FERNANDEZ, M. V.; CAVALCANTI, P.; SÁ, D.; VIEGAS, J. **Ouvidoria como instrumento de Gestão**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. (E-book).

FERNANDEZ, M. V.; CAVALCANTI, P.; SÁ, D. et al. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, p. e310403, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312021000400600&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2024.

FERRARO, A. R. Analfabetismo e níveis de letramento no Brasil: o que dizem os censos? **Educação & Sociedade**, v. 23, p. 21-47, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/r9WxgNdxFvRLXYfbxCLyF5G/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**.

Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Rio de Janeiro, v. 3, p. 271, 2013. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2024.

GARCIA, S. D.; HADDAD, M. C.L.; DELLAROZA, M. S. G. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de**

- Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 339-346, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200021&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 mai. 2024.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/fbHvqCDM5Hcx5VKY3SXXXjP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- GIOVANELLA, L., et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde: setores de atenção. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2nd ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 458-738. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. M.; BUSS, P. M. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2023.
- GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.
- GONZALEZ, R. V. D.; MARTINS, M. F. Melhoria contínua e aprendizagem organizacional: múltiplos casos em empresas do setor automobilístico. **Gestão & Produção**, v. 18, n. 3, p. 473-486, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2011000300003>. Acesso em: 15 nov. 2023.
- GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. DE O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, dez. 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/5YWzkdB6gsvByCnpd6BmqSz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2017**. Brasília: IBGE, 2018.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018**. Brasília: IBGE, 2019.
- JARDIM, V. C. F. D. S.; MEDEIROS, B. F. D.; BRITO, A. M. D. UM OLHAR SOBRE O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.

JOMAR, Rafael Tavares; FONSECA, Vitor Augusto De Oliveira; RAMOS, Dandara de Oliveira et al. Prevalência de discriminação percebida por orientação sexual nos serviços de saúde do Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. spe, p. 187-198, 2021. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2021000600187&tlng=pt>. Acesso em: 28 mai. 2024.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 4 jul. 2024.

LENITA, O.; TURCHI, M.; MAURO DE MORAIS, J. **Políticas de apoio à inovação tecnológica no brasil avanços recentes, limitações e propostas de ações**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8125/1/PoI%C3%ADticas%20de%20apoio%20%C3%A0%20inova%C3%A7%C3%A3o%20tecnol%C3%B3gica%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2024.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3WcYXKB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

LIMA, M. M. C. **Novo serviço de saúde especializado para pessoas idosas no SUS: criação e avaliação de custos**. 2019. 59 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/37927/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Marecella%20Monteiro%20Corr%c3%aaa%20Lima.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2024.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 941-950, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.

LYRA, R. P. (Org.). **Autônomas x obedientes: a Ouvidoria Pública em debate**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2004.

MACHADO, F. R. S.; BORGES, C. F. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 19, n. 44, p. 360-389, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/4SdH5BbWM6C34mqpQqgLkxh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

MACHADO, M. A. N. O movimento dos idosos: um novo movimento social? **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 221-233, jun. 2007. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2585/1639>. Acesso em: 20 mai. 2024.

MAFFIOLETTI, V. L. R.. Velhice e família: reflexões clínicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 336-351, 2005.

MARTINS, T. C. F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. Acesso em: 15 nov. 2023.

MAYORGA, C. Pesquisar a juventude e sua relação com a política: notas metodológicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 18, n. 2, p. 343-350, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/BLSYfbdbnJvfyCGc8cs4fFn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

MELO, R. C.; MIRANDA, A. S. Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 346-357, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000200346&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília; CONASS. 2019. 869 p.

MOREIRA, M. R. **Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MOWAT D. Evidence-Based Decision-Making in Public Health. **Ethos Gub**. 4, p. 231-248, 2017.

NASCIMENTO, J. G.; BARBOSA, J. I. L. **Controle Social: Informações e Orientações Básicas**. 2021. 23f. Dissertação (Mestrado) em Educação Profissional e tecnológica, Instituto Federal de Alagoas, Campus Avançado Benedita Mendes, Maceió, 2021. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/586111/2/CARTILHA%20CONTROLE%20SOCIAL.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

NASCIMENTO, M. V.; DIÓGENES, V. H. Transição demográfica no Brasil: um estudo sobre o impacto do envelhecimento populacional na previdência social. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**. João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 40-61, jan./abril, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/recfin/article/view/45463/30208>. Acesso em: 20 mai. 2024.

NORONHA, José Carvalho De. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 mai. 2023.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Revista Bras. Epidemiol**, 15(2), p. 415-28, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xQSVn7nj3KZZkKP4XQf3nCR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

OLIVEIRA L.G.B.; LIPPI, M.C. Judicialização e ativismo judicial sobre as demandas de saúde pública no Brasil. **Revista Derecho Estado**. v. 45, p. 245-274, 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-98932020000100245&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mai. 2024.

OLIVEIRA, K. L. D. et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 351-359, 2006.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes. **Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil** [TESE]: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais / Máximo Alessandro Mendes Ottoni. – Montes Claros, 2020. 226 p.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes; CARDOSO, Antônio Dimas. O desafio social da senescência: centralidade da política de assistência à saúde do idoso. **O Social em Questão** - Ano XXII - n° 44 – Mai./Ago. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art8.pdf. Acesso em: 20 mai. 2024.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira, reflexões sobre a velhice**. São Paulo: Paz & Terra, p. 91, 2012.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 21 (1). p. 15-35, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

PEIXOTO, S.F.; MARSIGLIA, R.M.G.; MORRONE, L.C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-794, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qJSmkKp3Qs5FYWr7NyvpYhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

PERES, M.A. de C. Terceira idade, ação política e autonomia: as políticas da velhice como tecnologias sociais. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 4, n. 6, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/2519>>. Acesso em: 21 jun. 2024.

PEREIRA, L.H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**. Porto Alegre, a. 4, n. 7, p. 82-121, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/VgnnXct6S6ftWHRVMGXrxyj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2024.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 259-272, abr. 2017.

PIRES, Luciene Lima De Assis. Envelhecimento, tecnologias e juventude: caminhos percorridos por alunos de cursos de informática e seus avós. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/34181>. Acesso em: 27 mai. 2024.

RODRIGUES, A.M.A.M. et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 845-858, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdzwvTLQ8q6KGSKP3Ssgrtx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

ROUSSEAU, J. J. **Do contrato social**. In: **Os pensadores** 3. ed. São Paulo: Abril Cultural. p. 15- 145. 1983.

SÁ, D. de; GURGEL, G.; FERNANDEZ, M. (Org.). **Manual para o desenvolvimento de pesquisas na ouvidoria-geral do SUS**. Recife: FIOCRUZ-PE, 2019. 48 p. il.

SÁ, D. A. et al. (Org.). **Ouvidoria do SUS: a voz do cidadão e resultados de pesquisas**. Recife: Ed. da UFPE, 2019.

SAIS BASTOS, J.L.; GARCIA L.P. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. v. 24, n. 3, p. 351-352, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TLsV4y57dNfgTFjBq8XDybm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2024.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; BARLEM, Edison Luiz Devos; SILVA, Bárbara Tarouco Da et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2023.

SCHMIDT, A. C.; SANTOS, M. C. P. Qualidade de vida de idosos: uma intervenção possível? **Revista Longevidade**, São Paulo, ano II, n. 6, Abr./Mai./Jun. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/827-1343-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SCHRAMM, J.M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SILVA, R.CC.; PEDROSO, M.C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev Saúde Pública** v. 48, n. 1, p. 134-141, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/XSbJCzgpMhMgCb6zMnztWD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SILVA, R.P.; JESUS, E.A.; RICARDI, L.M.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saude Debate** v. 40, n. 110, p. 81-94, 2016. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xVRWnRXnsLR5qzPVfNgLbJs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH). **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://zenodo.org/record/5637637>>. Acesso em: 28 mai. 2024.

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 mai. 2024.

SOUZA, G. C. de A, Costa, I. C. C. O SUS nos seus vinte anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SOUZA, G. et al. O golpe no fundo público: uma análise orçamentária da seguridade social a partir da emenda constitucional 95. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2018, Vitória. **Anais eletrônicos**, Vitória: Periódicos UFES, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abeps/article/view/22562>. Acesso em: 30 dez. 2023.

SOUZA, T. R. P. Controle social no Sistema Único de Saúde: sentidos da participação, poder político e democracia participativa - um estudo de caso na perspectiva da Psicologia Política. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 17, n. 38, p. 121-140, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2023.

SUEN, I.-S.; GENDRON, T. L.; GOUGH, M. Social Isolation and the Built Environment: A Call for Research and Advocacy. **Public Policy & Aging Report**, v. 27, n. 4, p. 131-135, 2017.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 mai. 2024.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Velhice e Saúde na Região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3553-3562, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.

TORRES, Kellem Raquel Brandão De Oliveira; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300113, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000100611&tlng=pt>. Acesso em: 27 mai. 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/snwTVYw5HkZyVc3MBmp3vdc/?format=pdf&lang=pt>.

VERAS, D. C. De; LACERDA, G.M.; FORTE, F. D. S. Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, n. suppl 1, p. e210528, 2022. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832022000200201&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2024.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 64-647, 2012.

Disponível em:

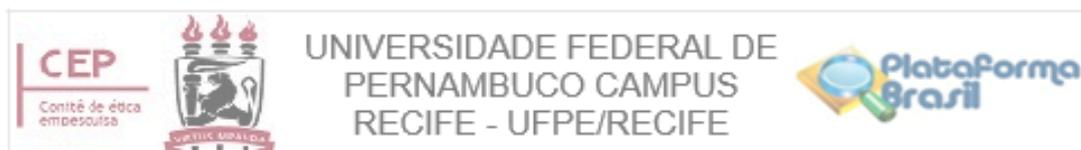
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 mai. 2024.

WHITAKER, Dulce Consuelo Andreatta. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. **Cadernos CEDES**, v. 30, n. 81, p. 179-188, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000200004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS MANIFESTAÇÕES POR PESSOAS IDOSAS REGISTRADAS NA OUVIDORIA DO SUS SOBRE A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisador: CAMILA CAROLINE DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 74939123.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

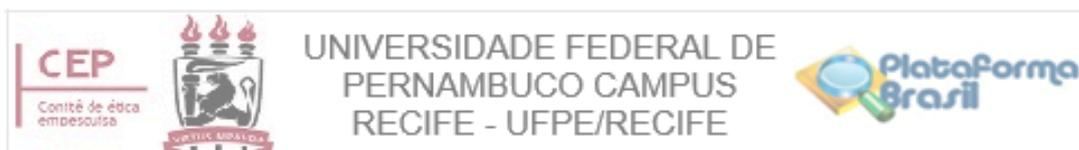
Número do Parecer: 6.535.142

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949033.pdf de 22/11/2023), e do Projeto Detalhado (de 22/11/2023).

Descrição: Trata-se de um Projeto de pesquisa para Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Mestrado) da Universidade Federal de Pernambuco, da mestranda CAMILA CAROLINE DA SILVA sob orientação do Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira. É um estudo de abordagem quantitativa, analítica de corte transversal. Que utilizará um Banco de dados dos painéis da ouvidoria do SUS nacional referente às manifestações registradas na Ouvidoria do SUS de 2014 a 2023, selecionadas a partir da temática gestão. Dentro dessa temática, selecionaremos as manifestações arquivadas, sendo composto por 13169 manifestações. Critérios inclusão – Serão incluídas as manifestações dos sujeitos que tenham idade igual ou superior a 60 anos. Critérios de exclusão – Manifestações que não tenham como realizar o linkage(conexão) com os dados sociodemográficos. Na análise do banco completo, serão selecionadas as variáveis obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão, restando 13169 manifestações. Será utilizado um banco de dados fornecido pela Ouvidoria do SUS, do Ministério da Saúde, e os dados serão armazenados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 13.0), por abarcar mais dados do

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



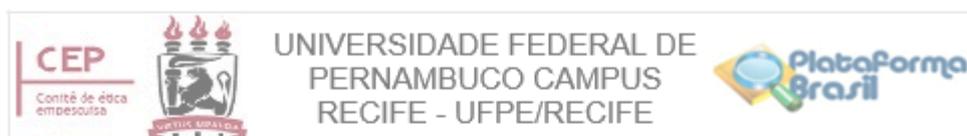
Continuação do Parecer: 6.535.142

que o Excel, que apresenta limitação no um número de células, sendo necessário um software adequado para sua análise na íntegra. Para identificar as manifestações dos idosos sobre gestão da ouvidoria do SUS, será necessário primeiramente observar que os bancos de características sociodemográficas e das manifestações são separados, sendo necessário inicialmente realizar um linkage através do número de protocolo para podermos realizar as associações pertinentes ao estudo. Após a unificação dos bancos, as manifestações serão selecionadas inicialmente pelo status, no caso selecionaremos as protocoladas por entender que o banco será mais rico, contendo informações desde 2014, em preferência do que selecionar as ativas ou em andamento. Em seguida, a seleção se dará por idade, no caso serão selecionadas as manifestações de 60 anos ou mais, seguindo o estatuto da pessoa idosa, e iremos, a seguir, usar o critério da escolha da variável dependente. No nosso caso, será a referente ao assunto gestão por entender que todas as demais variáveis irão influenciar no desfecho que será o resultado da nossa análise. Dentro do assunto gestão, a variável dependente será a classificação e serão selecionadas e relacionadas (Fluxograma 3) aos sub assuntos: manifestações, recursos humanos, ações e programas de saúde, central de regulação, legislação direitos de deveres, recursos materiais, e documentos, por apresentar maior relevância na avaliação da gestão dos serviços de saúde. E quanto às variáveis independentes as sociodemográficas (Quadro 01), traçaremos o perfil desses idosos. As idades serão agrupadas em dez anos e os estados, em regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. As variáveis independentes estarão apresentadas no quadro abaixo, onde apresentamos suas tipificações (Quadro 02). Exceto ações, programas de saúde e de legislação, direitos e deveres que não apresentam tipificações. Após a seleção e a preparação do banco de dados, iremos criar um dicionário das variáveis para conduzir análises, utilizando o software SPSS, versão 13.0. O SPSS será empregado para calcular as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis, bem como para explorar as associações entre elas. Considerando que as variáveis são qualitativas nominais iremos utilizar o teste Qui-Quadrado de independência com o objetivo de avaliar a presença de relações estatisticamente significativas ou, quando apropriado, o teste exato de Fisher, conforme a necessidade, e a análise do resíduo padronizado para testar a sua associação com as variáveis independentes. O nível de significância para os testes de associação será de 5% e para a análise de resíduo padronizado serão considerados significantes os excessos de desvios padronizados maiores de 1,96

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Identificar as manifestações dos idosos na ouvidoria do SUS segundo as tipificações

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.535.142

da gestão e dos fatores associados.

Objetivos Específicos

1. Apresentar as manifestações dos idosos sobre gestão da ouvidoria do SUS;
2. Descrever as características sociodemográficas dos idosos que realizaram as manifestações;
3. Verificar associações entre as condições socioeconômicas e demográficas e os tipos de manifestações realizada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

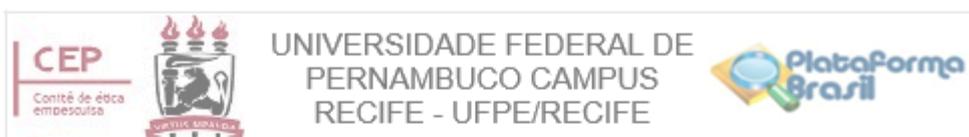
Riscos: O estudo é do tipo não intervencionista, que utilizará exclusivamente informações secundárias, não sendo possível a identificação dos usuários. Entretanto por se tratar de dados secundários, o risco pode ser atribuído indiretamente na manipulação das informações ou vazamentos de dados. Para minimizar os riscos a pesquisa adotará medidas robustas de segurança da informação, incluindo criptografia, restrição de acesso e monitoramento contínuo. A transparência em relação às práticas de manipulação de dados e a revisão ética constante são passos essenciais para assegurar a confiabilidade e a integridade da pesquisa, conforme preconizado pela Resolução 466/2012.

Benefícios: Além de ser um estudo não intervencionista, é fundamental ressaltar que os participantes não terão benefícios diretos decorrentes de sua participação, conforme estipulado pela Resolução 466/2016-V2. O foco deste estudo está na identificação das características das manifestações de usuários idosos nas diferentes regiões do Brasil. Os resultados proporcionarão subsídios cruciais para fortalecer discussões e intervenções na política de saúde da pessoa idosa. Ao mesmo tempo, é importante destacar que, apesar da ausência de benefícios diretos para os participantes, a contribuição para a saúde pública e o avanço do conhecimento sobre as necessidades específicas dos idosos no país são benefícios sociais significativos. Essa pesquisa visa, assim, aprimorar as estratégias de cuidado e informar políticas públicas mais eficientes para a população idosa brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O envelhecimento populacional é uma realidade que tem impactos econômicos, sociais e nos serviços de saúde. Neste sentido a pesquisa tem relevância na medida em que pretende identificar possíveis necessidades não atendidas por estes serviços .

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3183 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.535.142

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados todos os documentos exigidos pela CONEP

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

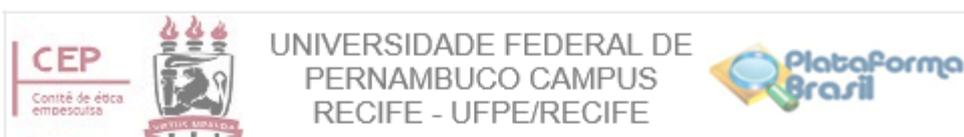
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1949033.pdf | 22/11/2023 15:58:14 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_QUALIFICACAO_CEP_22_11.pdf | 22/11/2023 15:57:40 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | resposta_cep_22_11.pdf | 22/11/2023 15:29:54 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 16/11/2023 16:13:33 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.535.142

| | | | | |
|--|---|------------------------|--------------------------|--------|
| Declaração de concordância | Termo_Confidencialidade_camila_assinado.pdf | 16/11/2023 15:46:11 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_cep.pdf | 11/10/2023 13:31:29 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Outros | CARTA_DE_ANUENCIA.pdf | 11/10/2023 13:17:39 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Outros | VANESSA_LATTES.pdf | 11/10/2023 13:13:42 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Outros | CAMILA_LATTES.pdf | 10/10/2023 15:51:28 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Outros | Rafael_da_Silveira_Moreira_LATTES.pdf | 10/10/2023 15:50:41 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 10/10/2023 15:42:03 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | comprovante_de_matricula.pdf | 10/10/2023 13:23:50 | CAMILA CAROLINE DA SILVA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 27 de Novembro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br