

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

**O PAPEL DAS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO
FERRAMENTA DO CONTROLE SOCIAL E DA GESTÃO DO SUS**

Ninon de Miranda Fortes

Belo Horizonte

2008

Ninon de Miranda Fortes

**O PAPEL DAS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO
FERRAMENTA DO CONTROLE SOCIAL E DA GESTÃO DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais: Gestão de Cidades, linha de pesquisa Políticas Públicas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Léa Guimarães Souki

Belo Horizonte

2008

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

F738p	Fortes, Ninon de Miranda O papel das ouvidorias públicas de saúde como ferramenta do controle social e da gestão do SUS / Ninon de Miranda Fortes. Belo Horizonte, 2008. 110f. : Il. Orientadora: Léa Guimarães Souki Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais 1. Fiscalização da administração pública. 2. Ouvidores. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Responsabilidade social. I. Souki, Léa Guimarães. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.
CDU: 35.072.6	

Ninon de Miranda Fortes

O Papel das Ouvidorias Públicas de Saúde como Ferramenta do Controle Social e da Gestão do SUS

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora designada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2008.

Profa. Dra. Léa Guimarães Souki
(Orientadora) – PUC/ Minas

Profa. Dra. Magda de Almeida Neves
PPGCS/PUC- Minas

Profa. Dra. Elza Machado de Melo
Universidade Federal de Minas Gerais

DEDICATÓRIA

Alcy, Layla, Raissa e Yuri,

Meus (uni) versos que me “aquecem” nas manhãs frias de inverno.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de maneira muito especial à minha orientadora Lea, que desde o primeiro momento apostou em uma estrangeira nas Ciências Sociais. Suas orientações foram sempre cercadas de respeito às minhas idéias e criatividade.

Ao Dr. Athos, Ouvidor da Saúde de MG, cúmplice desse projeto, seu apoio, sua contribuição e por ter “segurado as pontas” nas minhas ausências.

À equipe da Ouvidoria Geral e em especial a da Saúde: Lúcia, Márcio, José Otávio e Núbia, que me ajudaram em tudo que precisei. Valeu!

Ao Dr. Cícero, pelas incansáveis correções em todos os trabalhos que produzi durante o mestrado.

Aos informantes, com suas valiosas percepções, que deram sentido a essa pesquisa.

À Jaqueline, minha amiga, companheira de trabalho na PUC e minha “chefe”, que teve toda a sensibilidade do mundo para me dar as “tréguas” que precisei para sobreviver ao mestrado.

A Leonor, por sua meiga e indispensável presença.

A Rô, pela preciosa ajuda e partilha das minhas aflições, você é uma grande companheira.

A todos os professores do mestrado, cada qual contribuindo com sua singularidade.

Ao Gustavo Nassif, pelas intermináveis discussões conceituais sobre ouvidorias e pelas bibliografias sugeridas.

Aos meus filhos: Raissa, Yuri, Layla e também os emprestados: Mariana e Rafael, pela paciência com as minhas impaciências, com as leituras intermináveis de textos todos os finais de semana, feriados e férias.

A minha mãe que sempre me ensinou a arte da disciplina, que sem isso, acho que não teria conciliado tudo que faço.

Ao meu pai, que é médico, e uma referência de compromisso e dedicação na arte do cuidar. Ensinou-me a nunca perder a indignação e naturalizar o sofrimento humano. Obrigada pai!

Ao amor da minha vida, Alcy, que nem sei como agradecer todo seu companheirismo, contribuição nas discussões teóricas, na confecção de tabelas, enfim em tudo, você é o grande responsável por eu ter dado conta.

CLAREIRAS

“Tudo no mundo começou com um sim”
(LISPECTOR, Clarice, 1998,p.11).

... Quando a desesperança quer tomar conta, começo a lembrar-me dos heróis anônimos espalhados nos diversos serviços de saúde, em todas as periferias, nas áreas de gestão e planejamento. Essas pessoas resistem todos os dias ao massacre das idéias, do apelo em “não ser”, e apostam, às vezes solitariamente, no valer a pena acreditar na existência ainda do que se falar e do que se fazer.

Heróis da resistência

Feliz daquele usuário que pode ser cuidado, beneficiado pela convivência com tais profissionais. Eles compreendem a importância da inclusão daqueles que muitas vezes, estão despossuídos de saúde, de trabalho, de dinheiro, de afeto. Tudo que possuem é a *dor*, o *sofrimento*, o *desamparo*.

Pequenas clareiras aqui, ali, povoam toda nossa rede de saúde, e nos unem pelos ideais onde quer que estejamos.

A Ouvidoria de Saúde representa uma pequena clareira dos despossuídos de “voz” e de “escuta”, dos banidos pela desigualdade extrema.

Ninon Fortes

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo analisar as Ouvidorias Públicas de Saúde como instrumentos capazes de controlar as atividades dos prestadores públicos do Sistema Único de Saúde nos níveis nacional e estadual com recorte na área da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Ela também analisa as formas pelas quais as Ouvidorias atuam no sentido de satisfazer o interesse público e promover a participação cidadã. Para fazer esta análise a pesquisa desenvolveu-se a partir de uma breve reconstituição da discussão sobre democracia, cidadania e *accountability*, que procurou recuperar os modos de participação popular inserida ao longo dos tempos no mundo e no Brasil. Outro ponto abordado é o da construção de Ouvidorias Públicas, desde o Ombudsman Sueco até as primeiras iniciativas no Brasil e especialmente no sistema público de saúde. Neste sentido, o argumento geral é de que as Ouvidorias, da forma como estão sendo criadas no Brasil, vêm ocupando um espaço de controle das atividades do Estado, apontando para o aprimoramento da democracia em nosso país. Para além da existência de determinadas instituições que reforçam o controle externo da sociedade sobre o governo e o controle interno entre as instituições políticas, garantindo a efetividade da democracia e dos ideais liberais e republicanos. Para responder a pergunta formulada pela pesquisa, se as Ouvidorias Públicas de Saúde se constituem em uma ferramenta para a gestão e do controle social foi realizado um *survey* com cinquenta e quatro entrevistas, com manifestantes do Ouvidor SUS e de Minas Gerais, além de gestores estratégicos e mediadores institucionais que atuam na Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Evidenciou-se o significado e as percepções pelos diversos atores envolvidos sobre a criação de uma Ouvidoria Pública de Saúde, apontando que há um consenso favorável à existência deste instituto.

Palavras-Chaves: Ombudsman, Ouvidoria, *accountability*, democracia, Saúde Pública, gestão, controle social

ABSTRACT

This work has for objective to analyze the Public Health Ombudsman as instruments capable to control the activities of the public renders of services of the Public Health System in national and state levels, with clipping in the area of the Regional Public Health Management of Belo Horizonte. It also analyses the ways by which the Ombudsman act in order to satisfy the public interest and to promote citizen participation. To make this analysis the research first does a brief reconstitution of the discussion on democracy, citizenship and accountability with the purpose of review the ways of popular participation throughout the times in the world and in Brazil. Another considered point is the construction of Public Ombudsman in our country, since the Swedish Ombudsman until the first initiatives in Brazil with emphasis on the public health system. In this direction, the general argument is that the Ombudsman, in the way they are being created in Brazil, have come to occupy a place of control of the activities of the State, pointing to the improvement of the democracy in our country. It is more than the existence of some institutions that strengthen the external control of the society on the government and the internal control between the political institutions, it assure the effectiveness of the democracy and the liberal and republican ideals. To answer the question formulated by the research, that is if the Public Health Ombudsman constitute itself as a tool for the management and of the social control, a *survey* with fifty four interviews was carried through, with manifestants of the National Health System Ombudsman and of the Minas Gerais State Public Health Ombudsman, besides strategical health managers and institutional mediating agents who act in the area of the Regional Public Health Management of Belo Horizonte were also interviewed. It became evident the meaning and the perceptions of the diverse involved actors about the creation of a Public Health Ombudsman, pointing that it has a favorable consensus for the existence of this institute.

Key-words: Ombudsman, accountability, democracy, Public Health, management, social control

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - UNIVERSO DE MANIFESTANTES SELECIONADOS PARA A AMOSTRA DO BANCO OUVIDOR SUS, REFERENTES À GRS-BH, DE JULHO DE 2006 A DEZEMBRO DE 2007	54
TABELA 2 - UNIVERSO DE MANIFESTANTES REFERENTES À GRS-BH SELECIONADOS PARA A AMOSTRA DA OUVIDORIA DE SAÚDE DE MG, DE JULHO DE 2006 A DEZEMBRO DE 2007	54
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIDADÃOS-USUÁRIOS DA AMOSTRA POR MUNICÍPIO DE ORIGEM.....	57
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIDADÃOS-USUÁRIOS POR CATEGORIA DA MANIFESTAÇÃO	57
TABELA 5 -TIPO DE ACESSO ÀS OUVIDORIAS.....	59
TABELA 6 - PERFIL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	61
TABELA 7 - GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE A RESPONSABILIDADE COM A REDE DE SAÚDE DOS TRÊS ENTES FEDERADOS	62
TABELA 8 - QUANTO AO NÍVEL DE INFORMAÇÃO QUE O MANIFESTANTE DISPÕE SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	63
TABELA 9 - OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO PARA O ATENDIMENTO EM SAÚDE	64
TABELA 10 - AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	67
TABELA 11 - MOTIVAÇÃO PARA O ACIONAMENTO DA OUVIDORIA DE SAÚDE	69
TABELA 12 - COMO FOI A EXPERIÊNCIA COM O ACIONAMENTO DA OUVIDORIA	71
TABELA 13 - O PAPEL DAS OUVIDORIAS DENTRO DA REDE DE SAÚDE PARA A GESTÃO	74
TABELA 14 - HÁ PROCESSAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS NA INSTITUIÇÃO QUE GERENCIA	75
TABELA 15 - EXISTE ALGUM ESTUDO SOBRE AS MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	75

TABELA 16 - JUSTIFICATIVAS PARA A CRIAÇÃO DE UMA OUVIDORIA	76
---	-----------

TABELA 17 - FATORES DIFICULTADORES PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA OUVIDORIA	77
---	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: ORGANOGRAMA DA OUVIDORIA GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	50
FIGURA 2: ESQUEMA 1 – PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS CIDADÃOS-USUÁRIOS DA AMOSTRA.....	59
FIGURA 3: SERVIÇOS DO SUS UTILIZADOS PELOS MANIFESTANTES	62
FIGURA 4: ESQUEMA 2 – GRAU DE CONFIANÇA DOS CIDADÃOS-USUÁRIOS ENTREVISTADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS.	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS- Sistema Único de Saúde

OGE- Ouvidoria Geral do Estado

Clad- Conselho Científico do Centro Latino Americano de Administracion para el desenvolvimento

Semor- Secretaria de modernização dos anos 70

Codici- Comissão de Defesa dos Direitos do Cidadão

Cebes- Centro Brasileiro de Estudo em Saúde

CNRS- Comissão Nacional de Reforma Sanitária

SAC SUS- Serviço de Atendimento por Carta do Sistema Único de Saúde

Pró-Saúde- Proteção ao usuário do Sistema único de Saúde

SPM- Secretaria Especial de Políticas para Mulheres

Anvisa- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Doges-Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

SGP- Secretária de Gestão Participativa

Ufemg- Unidades Fiscais do Estado de Minas Gerais

GRS- Gerência Regional de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

PA- Pronto Atendimento

CES/MG- Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

MP- Ministério Público

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. ESTADO MODERNO, DEMOCRACIA E CIDADANIA	21
2.1. DEMOCRACIA	22
2.2. PARTICIPAÇÃO DIRETA E REPRESENTAÇÃO	25
2.3. CIDADANIA	26
2.4. ACCOUNTABILITY.....	30
3. A TRAJETÓRIA DO OMBUDSMAN SUECO ÀS OUVIDORIAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	34
3.1. INSTITUTO DO OMBUDSMAN	34
3.2. OUVIDORIAS NO BRASIL	37
3.3. REFORMA SANITÁRIA E AS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	42
3.4. OUVIDORIA NACIONAL DE SAÚDE NO SUS.....	43
3.4.1. ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS LEGAIS.....	46
3.4.2. ÁREA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DEMANDAS	47
3.5. OUVIDORIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS	48
4. OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE CIDADÃOS-USUÁRIOS, GESTORES E MEDIADORES INSTITUCIONAIS	51
4.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A PESQUISA DE CAMPO	51
4.1.1. SOBRE A AMOSTRAGEM DOS MANIFESTANTES.....	53
4.1.2. SOBRE OS QUESTIONÁRIOS.....	55
4.2. PERCEPÇÃO E SIGNIFICADOS DAS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA OS CIDADÃOS-USUÁRIOS, GESTORES E MEDIADORES INSTITUCIONAIS.	55

4.2.1. RESULTADOS DO GRUPO DE CIDADÃOS-USUÁRIOS	56
4.2.2 ENTREVISTAS COM OS GESTORES	73
4.2.3. ENTREVISTA COM MEDIADORES INSTITUCIONAIS	79
4.2.4. AS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO UM INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES FINAIS SOBRE A PESQUISA DE CAMPO	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
ANEXO A - LEI 15298/2004, CRIAÇÃO DA OUVIDORIA GERAL DO ESTADO	99
ANEXO B – MUNICÍPIOS JURISDICIONADOS À GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BH-SES/MG DISTRIBUÍDOS EM 05 (CINCO) MICRORREGIÕES	101
ANEXO C – COMPOSIÇÃO	102
ANEXO D - POPULAÇÃO ESTIMADA SEGUNDO REG SAÚDE/MUNICÍPIO.....	103
ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MANIFESTANTE	104
ANEXO F- ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR.....	107
ANEXO G - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS OUVIDORES E CONSELHEIROS	108
ANEXO H - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O OUVIDOR ADJUNTO DE MINAS GERAIS.....	109
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	110

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação se relaciona à minha experiência como trabalhadora da saúde há mais de vinte anos. Tive oportunidade de estar em diversos espaços de atuação dentro do sistema público de saúde, como enfermeira assistencial, como gestora de serviços de saúde, como partícipe na construção de políticas públicas de saúde.

Durante essa trajetória me foi possível observar algumas questões centrais que habitam a agenda da saúde, dentre elas, administradores preocupados com a economia da saúde, em como fazer caber no orçamento dedicado ao setor, os custos crescentes dos insumos, dos meios diagnósticos, das internações hospitalares e da força de trabalho. De outro lado, usuários mal informados sobre seus direitos, sobre os serviços disponíveis, sobre fluxos e protocolos que constituem o universo da rede assistencial.

Trabalhar em saúde pública é conviver, ao mesmo tempo com uma visão simplista da realidade de planejadores que se orientam por metas de um inalcançável custo mínimo para atender uma imensa demanda, e, na maioria das vezes, com uma grande insatisfação e desamparo dos usuários com os serviços prestados no setor. É conviver com a falta extrema de condições sociais para grande parte da população. É suportar um nível de extrema privação que adoce o corpo, que fala nos serviços de saúde, com profissionais e gestores que nem sempre querem ouvir as faltas, nem lidar com os conflitos.

Não é meu propósito aqui aprofundar-me no estudo das características da cultura brasileira em relação ao conflito. Contudo, não posso deixar de mencionar o estudo de DaMatta (1990). Segundo este, no Brasil, as pessoas têm ojeriza a discórdia e a crise, o conflito é visto como algo a ser evitado, algo catastrófico, que evoca o colapso e o final de tudo.

No contexto da preocupação extrema com “cada qual no seu lugar”, o conflito e a discórdia poriam em cheque a hierarquia e a autoridade. Dessa forma o conflito é negado e evitado, reaparecendo do ponto de vista antropológico, na frase: “sabe com quem você está falando?”, entendida por ele, como um ritual de passagem capaz de revelar essa discussão implícita e evitada da cultura brasileira. Assim essa frase vem evocar e restabelecer a ordem hierárquica e a concordância, recolocando “cada qual no seu lugar”.

Em meados de setenta do século passado, quando a Reforma Sanitária assumiu a igualdade como valor normativo, formulando um modelo de ética e justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade mais inclusiva, e em princípios doutrinários baseados nos

pilares da UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE E CONTROLE SOCIAL, em um contexto de extrema desigualdade social, tornou-se previsível a possibilidade de inúmeros conflitos.

Como então esses conflitos deverão encontrar espaços para serem processados? De que forma as pessoas poderão transformar-se em cidadãos-usuários, reconhecendo seu direito a fala e escuta, sem temer o conflito e a discórdia?

O princípio da equidade enquanto valor a ser perseguido na Reforma Sanitária é considerado como uma estratégia, através da qual se busca garantir o acesso universal e igualitário. Buscar-se-ia com isso, a implementação de políticas dirigidas prioritariamente para inclusão daqueles que ainda não têm acesso.

Sabe-se que a construção da cidadania no Brasil percorreu processos tortuosos. Desde que o Brasil se tornou independente de Portugal, a cidadania recebeu uma formatação bastante excludente, conforme se verificou na Constituição de 1824. Nela o ideal de cidadania era estabelecido em relação à renda em contos de réis e em várias outras restrições para o exercício da cidadania política, fato que limitava ou até excluía a população de uma participação efetiva nas decisões relacionadas à esfera pública.

Do ponto de vista institucional, somente com a Constituição de 1988 houve garantias legais à participação cidadã nas diversas esferas da vida pública brasileira. Na saúde, as bases do modelo de democracia da Reforma Sanitária eram fundamentalmente: igualdade de acesso, saúde como direito individual e poder local através da gestão social democrática.

O projeto de Reforma Sanitária, traz além da reforma do Estado, novos paradigmas na relação Estado e Sociedade, em um processo de ampliação da participação social através da garantia de espaços intermediários entre cidadãos e instituições.

Houve inclusão de novos atores, com destaque para os usuários do sistema - cidadãos, cuja cidadania, desconhecia ou lhes era negada, que passam a contar com instâncias de participação direta como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, além de novos gestores – como os Secretários Municipais - reunidos nas Comissões Intergestores. Esse processo começa a produzir deslocamento de poder, difusão da consciência sanitária e noção de direito por parte dos usuários.

O modelo institucional recém-criado teve como vetor central a busca por procedimentos mais universais, pela transparência no processo de gestão em direção a processos mais democratizantes. Para os opositores, era impossível a Reforma ser viabilizada, por ser uma proposta formulada em uma sociedade marcada pela desigualdade e exclusão social, significando a contestação de toda ordem política para além das formas jurídicas.

Ao longo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, o controle social avançou na construção de políticas de saúde, na regulação e controle dos serviços prestados. Ocupou um espaço fundamental no alargamento democrático na leitura das demandas originadas por aqueles que fazem uso do sistema e que buscam melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, acesso e informação.

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90 e a sua complementar 8142/90, prevêm a constituição dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, com participação paritária, compondo-se de 50% de usuários e 50% de trabalhadores, prestadores e gestores. Na sua atribuição tem como premissa, o papel consultivo e deliberativo, frente à organização da rede de saúde.

Observa-se que essas instâncias ainda não têm conseguido garantir as necessidades pontuais dos cidadãos, uma vez que estão mais voltadas para a construção do nível macro dos modelos de regulação e de atenção à saúde, os quais por sua vez, ainda dependem no sentido de se tornarem efetivos para os indivíduos, de maior profissionalização da gestão e de ampliação da oferta de serviços de qualidade.

A percepção da necessidade na criação de outros espaços para usuários e profissionais da saúde, no sentido de se efetivarem os princípios prescritos na Reforma Sanitária de 1988, quanto à publicidade e transparência dos serviços ofertados, fluxos, mecanismos de regulação, recursos públicos entre outros, foi a deliberação na décima terceira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, em Brasília.

Esses princípios estão expressos em seu documento final na diretriz do eixo III, item 68, quando é reforçada a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde, onde prevê que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde¹.

Ainda é reforçada a necessidade de outras formas de participação dos usuários do SUS com a assinatura do PACTO PELA SAÚDE DE 2006, de 26/01/2006 pela Comissão

¹ Texto na íntegra: Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos Conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas. Tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde, a presença do serviço de Ouvidoria em todas as unidades básicas, hospitais do SUS, nos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde, com ampla divulgação à sociedade, objetivando maior controle social sobre o sistema, a correção das distorções e a divulgação dos direitos do cidadão, garantindo acesso ao Sistema e mecanismos de avaliação. (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_consolidado_13cns.pdf)

Intergestora Tripartite, que representa as três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, e publicado em 23/02/2006, Portaria GM/MS² nº 399/06, onde se define enquanto diretriz para o segmento gestão, a necessidade da criação de ouvidorias de saúde nos serviços.

É possível observar que há um movimento em direção à (re) construção da gestão pública para a recuperação das bases de legitimidade e eficácia social nas ações governamentais, redefinindo as funções, formas de atuação e a governança - *a capacidade da gestão estatal*.

Demonstra-se assim, à democracia política, definida por Dahl (1990) como autoridades eleitas por meio de eleições livres e justas, sufrágio inclusivo e universal, cidadãos com direito a se candidatarem aos cargos eletivos, é preciso acrescentar a construção da *accountability*.

Accountability é um termo inglês, cuja essência de seu significado diz respeito à existência de controle do poder, através de sanções, da transparência e da argumentação. O'Donnell (1998) constrói duas tipologias a partir dos alvos do exercício político para a *accountability*: a *vertical*, que pressupõe uma ação entre desiguais, sob a forma do voto e a *horizontal*, uma relação entre iguais, através do mecanismo “checks and balances”, da mútua vigilância entre os três poderes.

Há outra concepção da *accountability*, enfatizada por alguns autores, como Smulovitz e Peruzzotti, citados por Carneiro (2004), que partilham a idéia que há uma *accountability* societal, que seria o controle da sociedade sobre a ação governamental, como algo específico, diferente da *accountability* vertical e horizontal, uma vez que o cidadão participaria na exposição de erros do governo, bem como da agenda política com capacidade de influir em decisões implementadas por órgãos públicos.

Nessa perspectiva observa-se o surgimento de outros espaços de interlocução, de mediação de conflito, como o Ministério Público, as Ouvidorias Públicas de Saúde, que poderão possibilitar ao cidadão o descobrimento da sua força, através da aquisição de argumentos e de caminhos possíveis para transformar o que está posto.

Na intermediação que essas diversas instituições exercem entre cidadão e Estado é possível a construção de um processo dialógico de troca de razões com o objetivo de solucionar situações problemáticas, que poderiam não encontrar resolução sem a sua coordenação e intermediação.

² Portaria Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde.

A pretensão do trabalho é contribuir na construção de ouvidorias públicas de saúde e dedicar-se a questões que merecem ser mais bem refletidas. Dentre elas se as Ouvidorias Públicas de Saúde constituir-se-iam em uma das ferramentas capazes de produzir processos mais inclusivos, dentro de uma perspectiva crescente de cidadania social? Seriam capazes de aumentar o conhecimento da rede de saúde, dos fluxos existentes, contribuindo na garantia dos direitos de cada cidadão? Seriam capazes de interrogar processos já instituídos pelo sistema de saúde e pelas políticas públicas vigentes para aqueles que a acionam? Estariam os afetados e interessados aumentando a participação na gestão da coisa pública seja para formular, questionar ou transformar políticas públicas? Enfim, o instituto da ouvidoria contribuiria para a transparência da gestão?

Ao considerar que as Ouvidorias Públicas de Saúde são uma recomendação da décima terceira Conferência Nacional de Saúde e do Pacto pela Saúde 2006, é desejável que elas se constituam em um espaço que tenha o cidadão como o objetivo central de todo o processo. Caso contrário poderá reduzi-las apenas a um *Call Center* do poder executivo, sem cumprir seu papel fundamental de transformação dos serviços a partir do olhar de quem os usa.

Interessou-me na pesquisa, sobretudo, investigar como a criação de Ouvidorias Públicas de Saúde pode se constituir em ferramenta para a gestão, e se as mesmas podem ser consideradas como mais um instrumento de intermediação institucional, capaz de viabilizar o diálogo permanente entre afetados a se manifestarem sobre o mau funcionamento da coisa pública.

O instrumento metodológico utilizado para verificar as respostas às questões levantadas nesta dissertação foi uma pesquisa de campo, que incluiu uma amostra de manifestantes, sorteados a partir dos dois bancos de dados das Ouvidorias Públicas de Saúde nacional e do Estado de Minas Gerais, com seleção da Gerencia Regional de Saúde de Belo Horizonte, no período de julho de 2006 a dezembro de 2007.

Outros atores foram incluídos na amostra da pesquisa, com destaque para os gestores municipais e institucionais, além dos mediadores institucionais, Ministério Público, Conselheiros de Saúde, ouvidor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de Betim e de Contagem, todos no âmbito de atuação da Gerencia Regional de Saúde de Belo Horizonte, além do Ouvidor de Saúde de Minas Gerais, Ouvidor Adjunto da Ouvidoria Geral do Estado e Diretor da Ouvidoria do SUS nacional.

O suporte empírico da pesquisa teve como vetor principal a compreensão das Ouvidorias Públicas de Saúde no processo de alargamento democrático, uma vez que pode ser

efetiva na construção de inclusões de atores autônomos, com ampla participação social no centro das tomadas de decisão dentro da rede do Sistema Único de Saúde.

Entender este processo na atualidade, em um mundo na sua contingência, como ele é, com seus problemas, suas possibilidades e alternativas, é aceitar o desafio para transformá-lo através das nossas intervenções individuais e coletivas, propondo-se alguma direcionalidade aos processos, ao invés de deixá-lo somente ao sabor do acaso. É o desafio colocado àqueles que ainda se indignam com as desigualdades extremas do nosso país.

Os conteúdos básicos para a estrutura da dissertação serão desenvolvidos em quatro capítulos, com as seguintes abordagens:

- 2) Recupera conteúdos importantes para a compreensão do contexto atual e de como as Ouvidorias localizam-se nesse cenário. Para tanto, é feita uma retrospectiva sintética do surgimento do Estado Moderno, da discussão sobre Democracia e da Evolução da cidadania ao longo dos tempos no mundo e no Brasil, com a ajuda de autores como Dahl(1990) Marshall (1967), Santos(1987), DaMatta (1979), Domingues (2005), entre outros. A discussão sobre governança e a idéia de Accountability vertical, horizontal trazidas por O'Donnell (1998) e outros autores que incluem ainda, outra forma de accountability, a societal.
- 3) Contextualiza o Instituto do Ombudsman na Suécia em uma perspectiva panorâmica contemplando experiências de outros países, o surgimento das Ouvidorias Públicas no Brasil e as Ouvidorias Públicas de Saúde no Brasil e em Minas Gerais.
- 4) Traz as categorias geradas a partir de um *survey* realizado com trinta e quatro manifestantes: do Ouvidor SUS nacional e da Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais, onze gestores da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte e nove atores considerados em espaços de mediação institucional de conflito - conselheiros de saúde, ouvidores e Ministério Público. Totalizou cinquenta e quatro entrevistas de campo. A metodologia utilizada, os resultados gerados a partir da percepção e do significado para os diversos atores envolvidos no *survey*. Aponta as considerações acerca das justificativas elencadas pelos diversos atores para a implantação deste instituto na rede de saúde, bem como as questões levantadas para aquilo que consideram ser obstáculos para a sua implantação.

2. ESTADO MODERNO, DEMOCRACIA E CIDADANIA

... a democracia é a única forma de exercício político que reconhece como legítimas, demandas às quais não pode atender. (SANTOS, 2007, p.143).

Na tentativa de situar a ruptura de um padrão de dominação tradicional e o contexto em que ocorre a incorporação da participação nas diversas esferas da vida pública, das maiorias no sistema político, nem sempre pacífica, optou-se enquanto seqüência por uma breve reconstrução dos caminhos percorridos nos modos de participação do cidadão na tomada de decisões emanadas na construção do Estado-Nação no Ocidente.

O estado moderno surgiu no Ocidente como um desdobramento do estado absolutista, que era ainda em grande medida um estado feudal, não obstante centralizado. Entretanto ele diferia de seu antecessor em muitos aspectos, particularmente por introduzir uma separação clara entre o público e o privado, e por repousar em relações de poder de tipo bastante distinto.

Domingues (2005) cita a distinção de pensamento do Estado Moderno para Marx e Weber. Segundo o autor, para Marx o estado moderno era como uma *ditadura de classe da burguesia*, uma vez que implicava necessariamente numa forma de opressão de uma classe por outra, pelo controle da polícia e do exército, das leis e dos tribunais.

Já Weber, segundo o autor, entendia a questão de outra forma, uma vez que diferenciava o estado moderno do absolutista como uma radical separação entre o público e o privado. O direito moderno impunha limites e definia as regras legais para o funcionamento do estado e atuação dos encarregados por geri-lo. O autor entendia que a civilização moderna atingia uma crescente eficiência na articulação de meios aos fins, o que denominou como uma “dominação racional-legal”, legitimado pela lei e eficiência burocrática. (DOMINGUES, 2005, p.88).

Para muitos autores o direito passa a ser uma questão central na formação do estado moderno. Se para Marx, segundo Domingues (2005), isso era um disfarce para a dominação da burguesia, para Weber foi fundamental na garantia da estabilidade e para arrancar do estado absolutista os poderes arbitrários de intervir na vida social e econômica.

Para alguns autores, como Habermas, citado por Domingues (2005), a idéia de sociedade civil contemporânea funcionaria como um mecanismo de limitação da ação colonizadora do estado e do mercado no “mundo da vida”- vigorosa, democrática e democratizada. Esses elementos, na visão do autor, seriam constitutivos para uma

modificação paulatina da vida social, inclusive no que toca a governança e a democratização da sociedade global. (DOMINGUES, 2005, p.109).

2.1. Democracia

Parece ser fundamental a reflexão sobre os diversos conceitos elaborados por autores estudiosos da democracia e cidadania na contemporaneidade, para o contexto deste trabalho, uma vez que embora haja um nexo estreito entre cidadania e democracia, esses dois conceitos revelam amplitudes diferentes. Souki (2006) define a cidadania como essencialmente um método de inclusão social. Essa distinção conceitual entre cidadania e democracia importa para a discussão da pesquisa.

O termo democracia tornou-se fluído, difuso, comportando muitas interpretações, segundo os estudiosos. Independentemente do espectro político a partir do qual a idéia é anunciada e defendida, a “democracia” é uma unanimidade no mundo atual.

Dahl (1990), em seu livro Poliarquia, define a democracia como um sistema político que tem como uma das características, a qualidade de ser inteiramente, ou quase inteiramente, responsivo por seus cidadãos. Para ele o cidadão é politicamente igual, se tiver oportunidade plena de formular e expressar suas preferências a seus concidadãos e ao governo, através de ação coletiva ou individual e de ter suas preferências igualmente consideradas. (DAHL, 1990).

Para o autor nenhum grande sistema no mundo real é plenamente democrático. Considera que as poliarquias podem ser pensadas como regimes possíveis, que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública.

Elucida essa questão defendendo cinco tipos de autoridade democrática: a por comitê, a direta, por referendun, representativa e autoridade delegada. Para ele cada uma é melhor que a outra em algumas circunstâncias, mas nenhuma é melhor que as outras em todas as circunstâncias. Considera que a inclusividade é um pressuposto para a ampliação da participação e, portanto a sugestão de outros espaços, de outros formatos para o exercício da cidadania.

Segundo sua tese, muitas vezes é mais conveniente e frutífero entender a democracia através de seus críticos, dado o aspecto difuso que o conceito acumulou ao longo da sua história. Cita três correntes com opiniões diferentes para a discussão da democracia, dentre eles, como crítico opositor, Robert Michels, que diz ser a democracia conveniente, mas impossível. Para ele, um partido democrático que cresce muito virará uma oligarquia, a famosa “Lei de Ferro das Oligarquias”. Como crítico benevolente cita Schumpeter que se simpatiza com a democracia e deseja preservá-la; e por fim Platão que não aceitava definitivamente a democracia, embora considerasse ser possível, mas acreditava ser inconveniente. (DAHL, 1990).

Platão será o grande crítico do regime democrático, em uma reflexão sobre sua decadência e o perigo das massas, seus valores e ideais, possivelmente, influenciado pelo contexto político que condenou Sócrates a morte. Ele entende a democracia como factível, mas inconveniente, enquanto Aristóteles a vê desejável, mas impossível. Enquanto Platão é visto por Dahl (1993) como um crítico antidemocrático, Aristóteles seria um crítico moderado.

Sob o aspecto das indefinições em relação à escala da democracia, Dahl (1993) critica Rousseau ao defender a vontade geral como a única verdade, a única representação capaz de defender “*O princípio dos direitos afetados*”³. Para ele existem problemas na Teoria de Rousseau, desde sua definição sobre alguns conceitos até soluções pragmáticas.

Essa visão socializante da democracia através da conquista da unanimidade dos votos da população e o ideal da igualdade são encontrados desde os escritos clássicos de Rousseau (2003), para quem a soberania não pode ser representada. Sua contribuição para essa discussão é fundamental.

Rousseau (1973) em seu DISCURSO SOBRE A ORIGEM DA DESIGUALDADE ENTRE OS HOMENS de 1755, faz uma descrição hipotética do estado natural do homem, propondo que, apesar de desigualmente dotado pela natureza, os homens em uma dada época eram de fato iguais: eles viviam isolados uns dos outros e não estavam subordinados a ninguém.

Levanta a hipótese de que uma primeira revolução ocorreu quando houve o estabelecimento do núcleo familiar, introduzindo uma espécie de propriedade, da qual nasceram as brigas e combates, além da busca por mais comodidades.

³ “*O princípio dos direitos afetados*” resumidamente supõe que aqueles afetados por uma decisão, são os únicos legitimamente capazes de defendê-las, daí se desdobra a idéia rousseaneana da *democracia direta*, segundo a qual em princípio, você é sempre seu melhor representante.

Para Rousseau (1973) o primeiro passo rumo à desigualdade se constituiu quando os homens reuniam-se diante das cabanas, momento em que dançavam, cantavam e de alguma forma se comparavam. Nascendo, segundo ele, a inveja e a vergonha, de um lado e de outro, a vaidade e o desprezo.

A desigualdade se intensificou e tomou novas tonalidades, segundo descreve Rousseau (1973), quando os homens necessitaram do “concurso de várias mãos” para realização do seu trabalho, pois precisavam de provisões, de sobras na colheita. Introduziu-se a idéia de propriedade, de escravidão. Rousseau (1973) atribui a descoberta do ferro e do trigo como a grande revolução, mas trouxe em seu bojo um aumento das diferenças entre os homens e um recrudescimento das desigualdades.

Ele procura dar respostas a partir da construção de meios que minimizem as injustiças resultantes da desigualdade social. Recomenda três caminhos possíveis: o primeiro, igualdade de direitos e deveres políticos, ou o respeito por uma "vontade geral" de acordo com a qual a vontade particular não desrespeita a liberdade ou a vida de ninguém; segundo, educação pública para todas as crianças, baseada na devoção pela pátria e em austeridade moral; terceiro, um sistema econômico e financeiro combinando os recursos da propriedade pública com taxas sobre as heranças e o fausto. (ROUSSEAU, 1973).

Ao considerar a desigualdade como um fato irreversível, Rousseau tenta responder a questão do que compele um homem a obedecer a outro homem ou por que direito um homem exerce autoridade sobre outro. Ele concluiu que somente as convenções como base de toda autoridade legítima existente entre os homens e livremente aceita por todos, permite a cada um "ligar-se a todos enquanto retendo sua vontade livre". (ROUSSEAU, 1999, p.61).

O contrato social para Rousseau(1999) é "Uma livre associação de seres humanos, que deliberadamente resolvem formar certo tipo de sociedade, à qual passam a prestar obediência mediante o respeito à vontade geral.

O Contrato Social ao considerar que todos os homens nascem livres e iguais, elege o estado como objeto desse contrato, onde os indivíduos não renunciam a seus direitos naturais, mas ao contrário entram em acordo para a proteção desses direitos, tendo então o estado a obrigação de preservá-los, conferindo-lhe força para que atue em favor das teses fundamentais.

Dahl (1993) vê certas ambigüidades em Rousseau tais como: quem são as pessoas que constituem o “povo” para Rousseau? Como poderia se viabilizar a democracia direta em todas as decisões a serem tomadas? Haveria que se ter tempo disponível para participar de todas as discussões nas quais o cidadão se sentisse afetado; garantia de tempo de fala para todos os

participantes e um número de pessoas presentes que fosse possível dividirem o tempo disponível da assembléia pelo número de pessoas, de forma a garantir a fala de todos com a qualidade desejável. O povo teria que ser um grupo pequeno para permitir a democracia.

Assim a democracia só seria possível em um corpo político pequeno, advindo então o segundo problema: como um corpo político pequeno iria se relacionar com seu vizinho grande e não democrático?

Como seria na teoria da Vontade Geral de Rousseau, o lugar das minorias, os opositores não teriam nunca a possibilidade de verem representados os seus desejos, uma vez que sempre venceria a Vontade Geral. Dahl (1994) critica severamente os defensores da “democracia direta” como a única forma de participação genuinamente democrática; ela levaria à luta de facções.

Considera que insistir em uma democracia direta como forma exclusiva de democracia é condenar o “povo” à impotência, pois o corpo político teria que ser pequeno, ficaria indefeso em relação aos grandes e estaria condenada a luta de facções, cada uma delas se colocando como única representante da “Vontade Geral” sem lugar para opositores. (DAHL, 1994, p. 100-104).

2.2. Participação direta e representação

Na discussão sobre participação direta e representação cabe a inclusão de questões pragmáticas levantadas por Dahl (1994). Dentre elas, a dimensão de escala para os processos de participação direta na democracia. O povo teria que ser um grupo tão pequeno para permitir a democracia direta? Se a democracia direta for o único tipo legítimo de sistema político, então nenhum país no mundo poderia ter uma democracia legítima? (DAHL, 1994, p. 102).

Outra questão fundamental colocada por Wanderley Guilherme dos Santos, em seu livro “O Paradoxo de Rousseau”, é a substituição das instituições representativas e parlamentares por mecanismos deliberativos sem mediação. Para ele equivaleria a transferir poder causal, a preferências sustentadas, sem o filtro do confronto argumentativo e conciliatório, produtos fundamentais para a construção do processo democrático. (SANTOS, 2007, p.8 - 9).

Do ponto de vista pragmático, não é possível garantir a participação de todos os cidadãos nas decisões de governo, quando há interesses afetados, até porque o próprio interesse afetado não é igualmente sentido pelos diversos cidadãos. Com o surgimento do Estado-Nação, cujas proporções populacionais e interesses diversos passaram a ser complexos e em grande volume, a democracia moderna exigiu um corpo político também grande para representar os interesses dessa população.

Os partidos políticos estão invariavelmente presentes, quando se tenta introduzir a democracia representativa, importante no confronto argumentativo para falar pelos dissidentes minoritários. Caso contrário ter-se-ia um contingente de cidadãos condenados ao silêncio pela maioria. Ainda que todos os cidadãos possam participar das eleições de seus representantes, somente uma pequena proporção pode intervir diretamente na elaboração de leis e políticas.

O foco do debate sobre **representação** está nas regras pelas quais ocorrem as eleições nas diversas instâncias e institutos, nos mecanismos de representação do regime liberal, em como o poder político está distribuído entre os cidadãos, em um processo de democracia participativa, no poder de decisão política.

Dahl (1997) fala que a representação em comparação com a democracia direta é muito penosa, mas que é a possível. Santos (2007), diz que, a democracia direta é uma idéia sedutora e generosa, uma confissão de humildade na prática de consultar seu eleitorado sobre questões controversas. Entretanto, deve-se lembrar que a idéia de poliarquia compreende todas as formas de participação, no sentido de incluir mais grupos, pessoas e ao mesmo tempo aperfeiçoar as instituições.

2.3. Cidadania

Essa discussão se insere no núcleo da questão da democracia no Brasil e na maneira em como torná-la possível. Haveria claramente uma “vontade geral”? Somente a democracia direta prescinde de seus representantes; seria ela democrática? Como fica o princípio da representação política na administração de políticas igualitárias prescritas na Constituição de 1988?

Originalmente, a idéia de cidadania surgiu nas cidades gregas, incorporando os homens livres que constituíam algumas daquelas sociedades; desapareceu com elas, ressurgindo brevemente em algumas cidades do Norte da Itália durante a idade média. Com o

crescimento do poder do estado absolutista, a idéia de cidadania adormece e volta à cena somente no século XVIII, com o Iluminismo, na França, e com a Revolução Inglesa do século XVII. (DOMINGUES, 2005, p. 99).

De acordo com a teoria de Marshall (1967) o desenvolvimento da cidadania se deu de tal forma que poderia distingui-la conceitualmente em três segmentos: *civil, política e social*, que correspondem aos séculos XVIII, XIX e XX, respectivamente.

A cidadania civil abrangeria, segundo o autor, os direitos necessários ao exercício da liberdade individual: ir e vir; possuir propriedade; liberdade de contratar. A cidadania política, o direito de participar direta e indiretamente do poder político e a cidadania social como um conjunto de direitos e obrigações que possibilita a participação igualitária de todos os membros de uma comunidade nos seus padrões básicos de vida. Permite às pessoas compartilharem a herança social e terem acesso à vida civilizada. (MARSHALL, 1967).

Para ele, o estado deveria garantir direitos legais de propriedade, integridade do indivíduo e de seus bens igualmente para todos, bem como o direito a opinião, voto e representação política. Mais tarde, surge a noção da cidadania social, onde o estado deveria garantir à sociedade, um nível básico de renda, consumo e serviços sociais para que as pessoas pudessem levar uma vida de “cavalheiro”.

Souki (2006) interpreta esta expressão “cavalheiro”, que foi baseada nos estudos do economista vitoriano Alfred Marshall, como a idéia de “civilizado”, que para ela, em sentido amplo, significaria uma condição para serem admitidos como membros completos da sociedade. A desigualdade de classes sociais poderia ser aceitável desde que a igualdade de cidadania fosse reconhecida.

Alfred Marshall, citado por Marshall (1967), entendia que a sociedade ideal seria vista como aquela em que o conceito de cidadania transcendesse o conceito de classe, onde os cavalheiros incorporassem progressivamente os deveres públicos e privados do cidadão. Aceitava como certo e adequado um raio amplo de desigualdade quantitativa ou econômica, mas não aceitava a pobreza extrema, a indigência. Situação, segundo ele, em que as pessoas não poderiam introjetar os deveres e direitos. (MARSHALL, 1967).

O autor não encarava a política social como um meio de igualar rendas, ou mesmo de eliminar a pobreza, mas como um meio poderoso e indispensável de diminuí-las e alcançar integração social mesmo diante de desigualdades criadas pela economia de mercado.

Marshall (1967) compreende como contradição fundamental do desenvolvimento da cidadania: de um lado, a igualdade humana essencial, implícita na condição de membro de uma sociedade, isto é, cidadania, e de outro lado, as desigualdades sociais, resultantes das

disparidades de poder e do funcionamento das economias de mercado. Mas ele define o nível de desigualdade tolerável com a cidadania, incorpora a contradição no próprio conceito. Esta é uma das maiores contribuições à teoria da cidadania.

No Brasil, segundo Carvalho (1996), a partir do século XIX, diferentes tradições de cidadania concorreram para sua constituição. O autor categoriza a cidadania a partir de dois eixos analíticos: quanto à direção do movimento que produz cidadania, de cima para baixo ou de baixo para cima, e o outro eixo, proposto por Turner, da dicotomia entre o público e o privado.

Inclui ainda em sua análise o estudo de Almond e Verba (1965), quando eles definem três tipos de cultura política: *paroquial*, *súdit*a e *participativa*, onde a primeira é aquela de total alienação em relação ao sistema político; a súdita como um sistema político diferenciado, limitando-se à percepção de produtos da decisão político-administrativo, e a última, onde o indivíduo é membro ativo das decisões.

A análise que o autor faz do tipo e percurso de cidadania construído no Brasil a partir do século XIX, é que teria sido de cima para baixo, e que teria predominado a cultura política súdita, quando não a paroquial. É importante essa reconstrução dos percursos de construção da cidadania no Brasil para compreender o quanto ainda há que se caminhar em direção à construção de modos de inclusividade na participação dos cidadãos nas diversas esferas de decisão do espaço público em nosso país.

Para Domingues (2005), a cidadania no Brasil foi construída através de um processo sinuoso, tendo nas idéias de Benjamin Constant um liberalismo conservador, onde a Constituição de 1824 dividia cidadãos *ativos*, que poderiam ser votados e votar e *passivos*, aqueles que na melhor das hipóteses poderiam votar. O pré-requisito para a participação incluía o critério de renda e de propriedade, além de manter a escravidão. (DOMINGUES, 2005, p.100).

Já Carvalho (1996) considera que a legislação brasileira sobre eleições, embora exigisse enquanto pré-requisitos a idade de 25 anos e renda proveniente da propriedade da terra ou da indústria, suficiente para permitir vida independente. Era considerada uma das mais liberais da época, se comparada à dos países europeus daquele momento. (CARVALHO, 1996, p.8).

Para Reis F. (2002), apesar do fortalecimento da sociedade civil nos últimos vinte anos no Brasil, os efeitos ainda limitados do processo de transformação da sociedade brasileira se mostram no fato de que as insatisfações e suas manifestações tendem a assumir formas não

políticas, como a violência e a criminalidade difusas. Reis (2002) aponta para um baixo exercício do processo de cidadania e de poucos espaços de intermediação de conflitos.

DaMatta (1990), anteriormente mencionado, em seu livro *Carnavais, Malandros e Heróis*, no capítulo IV, *Sabe com quem está falando?* considera que a sociedade brasileira tem horror a conflitos. Evidentemente refere-se aos conflitos das idéias, da defesa de seus direitos e garantias individuais. Segundo ele, a vivência de cidadania no Brasil, estaria próxima da idéia de ser um indivíduo anônimo, um “qualquer”, sujeito às leis do mercado e sem parentes importantes.

O “*sabe com quem você está falando*” para o autor, é instrumento de uma sociedade em que as relações pessoais têm um enorme peso no jogo do sistema, ocupando os espaços que as leis do Estado não penetram. Em nome de uma harmonia absoluta, é estabelecido um pacto, cujo valor central é a “consideração” que vinculam dominantes e dominados. O cenário descrito por DaMatta (1990) para a cultura política brasileira, de não abrir e reconhecer conflitos, ainda que se tenham muitos a serem explicitados, fala a favor de um árduo caminho a ser perseguido na construção da cidadania social, civil e política. Uma vez que as leis, regras e normas existem para alguns e não para todos.

Outra contribuição importante em relação à singularidade do processo de cidadania no Brasil e na convivência com fortes desigualdades encontra-se no conceito de “cidadania regulada” cunhada por Santos (1987). Segundo sua formulação o reconhecimento dos cidadãos como portadores de direitos, a partir da Era Vargas, ficou condicionado à inserção do trabalhador ao mercado de trabalho. Isto é, eram considerados cidadãos, somente aqueles indivíduos cuja profissão era reconhecida pelo Ministério do Trabalho.

Nunes (1997) em seu livro “A Gramática Política do Brasil”, ao estudar as formas institucionais de relação Estado/Sociedade constrói um modelo analítico que procura distinguir diferentes conjuntos de relações possíveis entre os modos de produção, padrões de ação social e instituições políticas organizadas que estruturam os laços entre sociedade e instituições formais no Brasil.

Para ele existem quatro gramáticas que permeiam as relações institucionais brasileiras: *clientelismo*, *corporativismo*, *insulamento burocrático* e *universalidade de procedimento*. O clientelismo e o corporativismo atuam acima das leis e regras vigentes, tendo como norte as relações pessoais e a troca de favores, enquanto o universalismo de procedimento seriam as normas a que todos os indivíduos devem estar sujeitos. O insulamento burocrático seria caracterizado pela proteção do núcleo técnico do Estado contra a interferência do público e outras instituições intermediárias.

Essas gramáticas podem conviver todas ao mesmo tempo dentro de uma mesma instituição ou haver o predomínio de uma delas. Percebe-se a contribuição de Edson Nunes através destes conceitos, como fundamentais para qualquer análise que tenha como pano de fundo a discussão sobre democracia e cidadania, Estado e Sociedade.

A discussão sobre cidadania é difícil, pois comporta várias definições, inclusive na sua capacidade de se ampliar e se redefinir, na medida em que os padrões da sociedade apresentam mudanças. Entretanto, com a riqueza crescente da sociedade, somente a falta de vontade política e a polarização social poderiam explicar a inexistência de uma cidadania universal.

Este trabalho não tem a pretensão de resolver nenhuma dessas questões, mas lembrar que o desenvolvimento da cidadania no Brasil tem sido tortuoso, errático e, sobretudo convivido com uma permanente exclusão social. Se o arcabouço institucional da Constituição de 1988 avança do ponto de vista legal e se efetiva em vários aspectos, contudo outros espaços intermediários ainda são necessários para garantir, de fato, as reformas democráticas, através da ação de órgãos que trabalhem o conflito com base na argumentação consistente dos fatos que o promoveram e busque alternativas de solução para a(s) questão (ões) apresentadas, promovendo a um só tempo, participação, informação, transparência e centralidade na agenda da gestão.

2.4. Accountability

A idéia da criação de mais um canal de controle do Poder Público pelos cidadãos que demandam o Estado, como usuários dos serviços públicos e reivindicadores de uma participação cidadã viabilizam encontrar nas Ouvidorias Públicas de Saúde uma das ferramentas para tal exercício. O elemento primordial contido na construção de uma ouvidoria aproxima-se muito da discussão sobre accountability, que essencialmente diz respeito, a capacidade de transparência na gestão pública.

O Conselho Científico do Centro Latinoamericano de Adminstracion para El Desarrollo- CLAD considera que são muitos os desafios que os países latino-americanos enfrentarão no século XXI. Dentre eles, condições macroeconômicas para o crescimento sustentável; a correção das enormes desigualdades sociais; a definição na inserção internacional, entre outros. São todos problemas de grande envergadura que exigirão

aprendizado com os erros do passado e a abertura de possibilidades para um futuro melhor. (ANASTASIA, 2000, p.17).

Para a reconstrução da Gestão Pública, segundo a CLAD, o Estado deve redefinir suas funções e sua forma de atuar, a fim de incrementar sua governança. O alcance dessa governança incluirá uma profissionalização da burocracia estratégica, o fortalecimento de instrumentos gerenciais e uma melhoria no desempenho e elaboração das políticas públicas.

O termo *accountability* pode ser considerado como central na discussão de governança, onde grande parte da preocupação conceitual está contida na idéia dos instrumentos gerenciais e de participação ampliada do cidadão-usuário na elaboração e controle das políticas públicas. A concepção é de que as ouvidorias poderão ser um dos instrumentos gerencias, razão pela qual a opção pelo aprofundamento do tema para este trabalho.

O conceito de *accountability* política pressupõe a existência do poder e a necessidade de que este seja controlado. A demanda por *accountability* se origina da opacidade do poder e da informação imperfeita. Os alvos podem ser as políticas públicas vigentes, questões administrativas, profissionais, legais, constitucionais, entre outras.

A noção de *accountability* porta duas dimensões fundamentais, a que envolve a capacidade de resposta, de informação dos governos (*answerability*) e a capacidade de punição pelas agências (*enforcement*) para aqueles que violarem os deveres públicos. Para Schedler (1999) citado por Carneiro (2004) a *accountability* identifica três formas básicas para prevenção do abuso do poder: sujeitar o poder ao exercício das sanções; obrigar que este poder seja exercido de forma transparente e forçar que os atos do governo sejam justificados. Estas três formas podem ou não estar juntas para que sejam consideradas atos de *accountability*.

O'Donnell (1998) identifica que no exercício da *accountability*, em um contexto de poliarquia, incorporam-se três princípios das correntes clássicas do pensamento político: democracia, liberalismo e republicanismo. O componente *liberal* aponta para direitos que nenhum poder, nem mesmo o Estado, deve usurpar; o *republicano* a busca incessante pelo interesse público e no *democrático* o pressuposto de que todos os cidadãos têm igualdade em seus direitos e na participação no *demos*. (O'Donnell, 1998, p. 30-33).

A *accountability* vertical e horizontal, já citada brevemente na introdução do trabalho, distingue-se por ser a vertical caracterizada no direito a participação do cidadão em eleições livres de quem irá governá-los por certo período de tempo, e expressar-se livremente. A horizontal envolveria a existência de agências estatais com autoridade legal, capazes de

empreender ações que vão desde a regulação cotidiana até sanções legais relativas a atos, omissões de agentes ou agências do Estado que possam ser qualificadas como ilícitas.

Carneiro (2004) argumenta que a accountability horizontal, embora seja necessária para o tema da governança democrática, é insuficiente para garantir a legitimidade necessária para o exercício da democracia. Para ela, o conceito de soberania popular exigiria outras ações para além da existência de mecanismos de *checks and balances* entre os órgãos do governo, e dos tradicionais mecanismos de controle através das eleições.

Para alguns autores, como Smulovitz e Peruzzotti (2000) citados por Carneiro (2004), a concepção da accountability societal, que difere da vertical e horizontal constituir-se-ia na idéia de mecanismos de controle não eleitoral, que emprega ferramentas institucionais e não institucionais baseados nas ações de múltiplas associações, movimentos sociais, ONGs, mídia, cujo objetivo é expor erros e falhas do governo, além de trazer novas questões para a agenda política. Entretanto esses mecanismos não apresentam uma configuração jurídico-institucional, o que poderia reduzi-los a “sanções simbólicas”, segundo Carneiro (2004).

Grau (2000) entende que o conceito de controle social sobre o aparelho estatal poderá ocorrer através da inclusão de novos atores nas instâncias de decisão, como seria o caso dos conselhos de saúde, ou da criação de instâncias institucionalizadas de mediação entre estado e sociedade, a exemplo das ouvidorias públicas, Ministério Público. A inclusão de novos atores na prática da argumentação e deliberação, segundo ela, além da sociedade civil é mister na garantia da ampliação da regulação das ações governamentais.

Parece haver uma escassez de mecanismos de controle social. Nessa perspectiva surge a importância do aprofundamento sobre o significado das Ouvidorias Públicas de Saúde no cenário da regulação, formulação de políticas públicas, na possibilidade de provocação de outros temas para agenda política, bem como a garantia na transparência dos processos de gestão.

Entretanto ao considerar que há um déficit no controle social, alguns desafios surgem para a discussão das ouvidorias públicas, como a questão da sua articulação com as instituições da democracia representativa, como é o caso dos Conselhos de Saúde, pois é necessário evitar-se uma contraposição entre estas instâncias, mas um esforço para atuarem de forma sinérgica, até porque deverão investir na qualificação para a deliberação, a partir de situações conflituosas, que exigirão destes, habilidade no processo de intermediação.

Outra questão que parece ser fundamental é a de permitir a vocalização de todos os grupos e pessoas, buscando estratégias de inclusão das minorias. As Ouvidorias teriam como missão para diminuir esse déficit de controle social, reforçar os valores democráticos e

republicanos para que os cidadãos possam atuar mais ativamente nos serviços de saúde e em outros espaços públicos.

3. A TRAJETÒRIA DO OMBUDSMAN SUECO ÀS OUVIDORIAS PÚBLICAS NO BRASIL

3.1. Instituto do Ombudsman

O termo ombudsman é um vocábulo tomado emprestado do inglês, que significa *ombud* - representante e *man*- homem. Os estudos sobre ombudsman apontam para a Suécia como berço do instituto.

A origem do instituto tem sido localizada em 26 de outubro de 1713, quando o rei Carlos XII, que havia estado cerca de doze anos fora da Suécia, criou o ofício de *hogsta ombudsman* (Supremo Representante do Rei), a quem competia vigiar os funcionários do governo na execução das ordens e leis por ele baixadas. (GOMES, 2004, p. 46).

Com o declínio da realeza há um fortalecimento do parlamento onde o papel do *hogsta ombudsman* altera-se substancialmente, tornando-se de agente do rei um mandatário do Parlamento, controlando em seu nome a administração e a justiça.

A Constituição de 1947, vigente na Suécia, conserva a figura do ombudsman, com autonomia funcional e cuja atribuição essencial é a de receber reclamações contra as autoridades administrativas. São eleitos por quatro anos através de um colégio eleitoral composto por 48 membros que votam por maioria simples, não podendo desempenhar nenhuma outra função paralela ao cargo. O cargo é equiparado ao de Ministro de Justiça e a remuneração compatível com o Juiz da Suprema Corte. (OLIVEIRA FILHO, 1997, p.261-262).

Um novo regulamento entrou em vigor em 1968, onde houve a previsão de três ombudsmen – *justiteombudman* (representante do parlamento), que deveriam dividir entre si as competências do instituto. O primeiro, encarregado de questões relativas ao bem estar social; o segundo cuidaria do sistema judiciário e o terceiro com a designação de tratar de quaisquer questões civis não definidas na competência dos demais.

A instituição nórdica veio a ser mundialmente conhecida, segundo Maiorano (1987), a partir da década de 1950, especificamente depois do fim da segunda guerra mundial. Devido à contingência geográfica e cultural, os países escandinavos foram os primeiros a institucionalizar a figura do Ombudsman.

A Finlândia criou em 1919 o instituto correlato ao *justiteombudsman* e atualmente contam com defensores públicos específicos para cada área, quais sejam: para proteção dos dados; para proteção do consumidor; para igualdade de oportunidades; para os enfermos e para os direitos das crianças.

A Constituição dinamarquesa de 1953 cria um Ombudsman para assuntos militares e outro para assuntos civis, que amplia sua atuação para outras áreas como, por exemplo, eclesiástica e órgãos públicos. Em 1922 o Parlamento Norueguês aprovou o Comitê dos Ombudsmen composto por um colegiado de sete membros com atuação nas forças armadas e em assuntos civis.

A difusão do Ombudsman na Europa, segundo Nassif (2007), justifica-se pela abertura do Estado, interessado em facilitar o acesso da sociedade civil às instituições públicas e contribuir nas queixas de ofensas à cidadania. Sua legitimação nos ordenamentos europeus coincide com o fim da segunda guerra mundial.

A Alemanha foi o primeiro país europeu a adotar o sistema de Ombudsman, em 1957, com a criação do Comissário Parlamentar para as forças armadas - *Wehrbeauftragte des Bundestages*. Atualmente algumas regiões têm adotado o cargo de *Representante do Cidadão*, cuja competência é a defesa do usuário face a prestação de serviços públicos.

Em 1962 foi criada na Inglaterra a figura do *Parliamentary Commissioner Act*, a quem compete atender as queixas formuladas pelos cidadãos através dos deputados do Parlamento. Sua atividade é supervisionada por uma comissão especial da Câmara dos Comuns.

No início dos anos 70 inaugura-se o instituto do Ombudsman francês como alternativa jurídica aos abusos de poder administrativo. Em 1973 é instituído o *Médiateur de la République*, cuja competência é bastante ampla, atinge todos os órgãos que estejam investidos de missão pública, pode recomendar soluções as reclamações que lhe forem submetidas e propor reformas de textos legislativos ou regulamentares. Não faz parte de sua competência conflitos entre funcionários nem questões pertinentes à administração da justiça. O acesso a ele só é possível através de um membro do parlamento.

Portugal, após a queda da ditadura salazarista⁴, através da Constituição de 1974 consagrou o instituto do ombudsman sob a denominação de *Provedor da Justiça*. Além das atribuições típicas do instituto, o Provedor tem uma atribuição pedagógica, que é a de divulgar aos cidadãos portugueses o sentido e alcance dos direitos e liberdades fundamentais.

⁴ A Revolução dos Cravos é considerada o movimento de libertação do povo português. Em 25 de abril de 1974 o regime político que vigorava em Portugal desde 1926 foi derrubado por um levante militar apoiado pelo movimento popular. O cravo vermelho tornou-se símbolo da revolução, após ter sido colocado na ponta das baionetas dos soldados. (NASSIF, 2007, p. 166).

Inclui-se também no rol das atribuições que dizem respeito à apreciação de inconstitucionalidade de normas jurídicas. Assim as funções estabelecidas pelo artigo 1º da Lei 9/91 prevê que:

O Provedor de Justiça é nos termos da Constituição, um órgão do Estado eleito pela Assembléia da República, que tem por função principal a defesa e a promoção dos direitos, liberdades, garantias e interesses legítimos dos cidadãos, assegurando, através de meios informais, a justiça e a legalidade do exercício dos poderes públicos. (PORTUGAL. Constituição de 1974, Lei 9/91, art. 1º).

A iniciativa espanhola teve uma enorme influência nos países da Americana Latina que viriam a consagrar o instituto do ombudsman. Foi criado na Constituição Espanhola de 1978, através do artigo 54, a figura do Defensor del Pueblo, integrando-o ao ordenamento jurídico espanhol.

De acordo com a Lei Orgânica compete ao Defensor del Pueblo fiscalizar a atuação de qualquer pessoa que desempenhe atividade ou preste serviço na Administração Pública. Gomes (2004) ressalta que o compromisso maior do ombudsman espanhol é para com a defesa dos direitos humanos onde a Constituição em seu capítulo IV é reservado às “Garantias de las libertades y Derechos Fundamentales”.

Dados do último levantamento realizado em 1988 pelo *Instituto Internacional de Ombudsman* revelam uma expansão extraordinária. Segundo o instituto já existem mais de 320 ombudsmen em aproximadamente 90 países, sem levar em consideração que nessa estatística não estão incluídos os casos em processo de implantação. (GOMES, 2004, p. 50).

Uma importante iniciativa foi consignada pelo *Tratado de Maastricht*, em 1992, ao criar o Ombudsman europeu no âmbito da União Européia. Seu objeto central foi na atuação da má administração, pelo que devem ser apresentados relatórios anuais ao Parlamento Europeu. Ao Ombudsman Europeu deverão estar vinculados todos os ombudsmen dos países membros, criando um complexo sistema de proteção ao cidadão.

A aceitação do instituto do ombudsman na América Latina surge com o processo de democratização do Continente, iniciado na década de 80, quando, em torno de 17 países, implantaram as oficinas de defensores ou ouvidores. A primeira iniciativa institucionalizada ocorreu em 1976, em Trindade e Tobago. Dentre as atribuições conferidas pela legislação no seu inciso II do art. 98, confere ao ombudsman status de membro da Suprema Corte, não só para convocar testemunhas, como para exame, requisição e retenção de qualquer documento

público, acesso às dependências de órgãos e entidades. Dentre as suas atribuições está a de prestar informações obtidas no exercício de suas atribuições à Suprema Corte.

É possível observar através das diversas legislações, que em todos os países a figura do ombudsman está intimamente associada à proteção dos cidadãos frente ao poder do Estado. Na maioria deles não é exigido qualquer requisito para o cidadão apresentar-se ao titular do cargo, exceto na Inglaterra e França, onde o Parlamento interpõe-se entre o ombudsman e o cidadão.

3.2. Ouvidorias no Brasil

No Brasil, o sistema de justiça originou-se com a instituição das ouvidorias em 1549, havendo registro da chegada do primeiro Ouvidor Geral, Pero Borges, magistrado de carreira, que viera em companhia de Tomé de Souza.

Nessa época os ouvidores trabalhavam como comissários de justiça zelando pelo cumprimento das leis e editando provimentos para administração da vila, além de receberem queixas sobre os excessos por parte dos servidores da administração. O Ouvidor-Geral era encarregado da aplicação das leis, edição de provimentos e representação titular do poder, reportando tudo que ocorria na colônia à metrópole. (NASSIF, G. 2007 p. 171).

No Brasil colônia a figura do ouvidor não guarda qualquer semelhança com o instituto do ombudsman na Suécia. Enquanto o ouvidor do Brasil colônia zelava especialmente pelos interesses da coroa, o ombudsman Sueco cuidava dos interesses dos cidadãos.

Há um lapso na historiografia brasileira da época do império até a década de 60, quando começam a despontar artigos veiculados na imprensa nacional, matérias científicas e pronunciamentos feitos por deputados e senadores. Processo interrompido após 1964, com o regime militar. Para Gomes (2004) essa movimentação talvez tenha sido responsável pela elaboração do Decreto nº 50 533, de 1961, revogado antes mesmo de ser colocado em prática. Este implantaria nas capitais dos Estados, sub-gabinetes da Presidência da República, cuja atribuição seria a de receber e encaminhar reclamações, pedidos e papéis de interesse das populações locais aos órgãos da Administração Federal.

O regime militar de 1964 impossibilitou qualquer canal de comunicação formal e/ou informal entre a Administração Pública e sociedade civil. Durante esse período não houve qualquer regulação e controle dos serviços públicos oferecidos pelos cidadãos.

Em meados da década de 70 criou-se a Secretaria da Modernização-SEMOR, com objetivo de reduzir os impactos negativos advindos da reforma administrativa, com a Lei nº 200, que transferia as atividades da Administração Direta para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. A SEMOR visava um acompanhamento mais rigoroso no controle de procedimentos, nas novas técnicas de gestão e especialmente na questão dos recursos humanos com maior qualificação para assumir a complexidade das novas tarefas impostas pela reforma administrativa.

Em resposta à pressão burocrática decorrente de um Estado com visível característica tecnocrática, surge nos anos 70, na bibliografia nacional, uma crescente produção sobre o instituto do ombudsman. O primeiro livro sobre a matéria foi *“Ombudsman, o corregedor administrativo: a instituição escandinava que o mundo vem adotando”*, de Celso Barroso Leite, editado em 1975.

No avanço das transformações políticas com ares mais democráticos cresce a preocupação pela garantia dos direitos individuais e a década de 80 fica marcada por projetos na Câmara de Deputados e Senado, que procuram a garantia dos direitos fundamentais em face a atos ilegais cometidos pela Administração, culminando com o Projeto de Emenda Constitucional nº 78 de autoria do Deputado Mendonça Neto, que pleiteava a criação de uma Ouvidoria Geral do Povo.

Observa-se neste cenário uma crescente adesão aos movimentos de resistência, onde há um fortalecimento desses agentes no processo político, com ampliação do universo reivindicatório e de solicitação pela cidadania. As lutas giravam em torno de temas mais centrais, como patrimônio cultural, meio ambiente, condições de trabalho e salário, o que produziu legitimidade a resistência ao regime, bem como uma maior capilaridade a outros segmentos sociais. Entretanto a emenda foi arquivada por decurso de prazo em 1982. Landim (1993) faz uma leitura daquele momento político onde diz o seguinte:

Inicia-se um novo período em que a lenta e progressiva reorganização da sociedade civil vai-se fazer através da multiplicação de entidades marcadas pela autonomia, ou mesmo oposição, com relação ao Estado. Além da mudança de regime, um conjunto de fatores – como a modernização acelerada da sociedade, mudanças nas políticas sociais governamentais, a presença de novos atores internacionais na cooperação não governamental, transformações nas relações da Igreja e Estado – vão contribuir para o aparecimento de novas organizações e novos campos de atuação para as entidades sem fins lucrativos. (LANDIM, 1993, p. 28-29).

Era um contexto de gradativo aumento de dificuldades do governo militar em responder às demandas sociais, juntamente com o aumento da emissão da moeda para cobrir o custo da Administração Pública patrocinado pelo inchamento da máquina estatal.

Restavam aos governos militares duas formas de reagir segundo CAPILONGO, citado por Gomes (2004): *Ou aumenta suas receitas tributárias e gera uma crise fiscal, ou desenvolve técnicas de dispersão dessas demandas sociais mediante proceduralização, transformando-as em relações jurídico- formais abstratas, trivializando e neutralizando os embates sociais*⁵.

Para Gomes (2004), no Brasil governado pelos militares, ambas as respostas atuavam no sentido de aumentar o déficit de legitimidade política, uma vez que o aumento da carga tributária atuaria como agente de exclusão dos segmentos que ainda sustentavam o regime político, e de outro lado, a impossibilidade dos movimentos de resistência com a participação de intelectuais e da classe média de suportar a extrema miséria da grande maioria da população.

Nesse contexto, a participação passava a ser uma reivindicação da grande maioria, não só dos excluídos históricos, mas também daqueles que deixaram de apoiar o regime militar em função da sua incapacidade de atender a seus interesses corporativos.

Fortalece assim o desejo da participação cidadã. Entretanto, é necessária a construção de canais viáveis para essa participação. Dessa forma várias propostas de implantação do ombudsman passam a ser formuladas e até apresentadas no Congresso Nacional, como é o caso dos projetos do Senador Luiz Cavalcanti, dos Deputados Ney Lopes, Jonathan Nunes e Senador Marco Maciel, que não lograram êxito diante do fim da legislatura.

Apesar de não definir a elegibilidade dos membros, o Projeto Lei nº 266 de 1984 do Senador Marco Maciel, propunha a criação do ombudsman brasileiro com as seguintes atribuições:

- I- Velar pelo cumprimento da lei e demais disposições por parte da Administração;
- II- Proteger o cidadão com relação às ações e omissões lesivas a seus interesses, quando atribuídas a titular responsável por cargo ou função pública;
- III- Receber e apurar queixas ou denúncias apresentadas por quem se considere prejudicado por ato da Administração;
- IV- Zelar pela celeridade e racionalização dos procedimentos administrativos;

⁵ Para leitura mais aprofundada sobre o tema ler CAPILONGO, Celso Fernandes. A representação política e o direito moderno. Revista da Ordem dos Advogados do Brasil, SP, Editora Brasileira, nº49, p.98-108, primavera 1988, p.102.

- V- Criticar e censurar atos da Administração Pública e recomendar as correções para a melhoria do serviço público em geral;
- VI- Defender a ecologia, os direitos do consumidor e demais interesses do cidadão. (BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 266, de 1984).

Em meados da década de oitenta, a aliança militares –tecnocracia- burguesia se rompe sem condições de responder as exigências materiais de grande parte da população, a partir do momento que a carga tributária e a inflação colocam em risco a estrutura econômica do país, e fica demonstrada uma incapacidade dos militares de governar. Há eleições diretas para governos estaduais e com isso governantes mais identificados com a oposição, o que aumenta o custo para a legitimação do governo militar.

Gomes (2004) entende que esse custo só foi possível de ser coberto através da patrimonialização e privatização dos espaços públicos, em uma ação de abertura controlada para alguns segmentos organizados da sociedade civil na representação das decisões políticas, numa espécie de cooptação.

As portas são abertas para setores não estratégicos da organização estatal. Aqueles que regulam o tesouro nacional continuam hermeticamente fechados, como é o caso do planejamento e orçamento público. Nessa conjuntura o governo cria o cargo de Ouvidor Geral da Previdência Social, através do Decreto nº 92 700, de maio de 1986. O artigo 2º desse decreto estabelecia a missão do Ouvidor:

Art. 2º. Ao Ouvidor serão levadas as informações, queixas e denúncias dos usuários do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, cabendo-lhe zelar pela boa administração dos serviços previdenciários e sugerir medidas com esse objetivo. (BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 92 700, de 21 de maio de 1986).

Outra iniciativa foi à criação da Comissão de Defesa dos Direitos do Cidadão-CODICI, através do Decreto nº 93.714 de 15/12/1986, cuja função é a de receber as reclamações sobre erros, omissões e abusos de autoridades administrativas federais, representar contra o exercício abusivo ou ilícito da função administrativa e recomendar providências que fizessem cessar a incorreção de comportamentos administrativos (NASSIF, G, 2007, p. 175).

Na opinião de alguns estudiosos, como Gomes (2004), embora louvável a iniciativa houve falta de elementos essenciais na estruturação desses espaços. Não explicita quais são

esses elementos, mas possivelmente trata-se da forma de elegibilidade na escolha desses componentes e no grau de vulnerabilidade às quais estariam sujeitos.

Na Assembléia Nacional Constituinte de 1988 um anteprojeto que previa a criação do Defensor do Povo, proposta da deputada Raquel Capiberibe, do PMDB do Amapá, de criar tal instituição em nosso país foi rejeitada, sofrendo fortes críticas dos integrantes do Tribunal de Contas e do Ministério Público.

Estas instituições que já vinham atuando enquanto fiscais das atividades do Estado se fortaleceram com a Constituição Federal de 1988, conquistando instrumentos de controle mais eficazes, se comparado com as funções originais do *Ombudsman*. Prova disto foi que a primeira proposta apresentada pela Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, presidida por Afonso Arinos, não resistiu a seu texto original e no segundo substitutivo do Relator Bernardo Cabral foi descartado.

A primeira experiência de ouvidoria na Administração Pública ocorreu no município de Curitiba, em 1985, pelo então Prefeito Roberto Requião, em um pleito pela moralização, transparência e controle do poder público municipal. O prefeito Jaime Lerner que assumiu após Requião, revogou o dispositivo da Lei Orgânica em seu texto original, que a vinculava ao legislativo, extinguindo-a nos termos que vinha funcionando.

Mais recentemente, com a edição do Código de Defesa do Consumidor, lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990, passou a iniciativa privada a preocupar-se com a satisfação dos seus clientes, a eficiência de seus serviços e a qualidade de seus produtos, instituindo a figura do Ombudsman que passou a atuar em departamentos de atendimento a seus clientes e pessoal interno.

A partir desse fenômeno ressurgiu o instituto das ouvidorias na administração pública que passou também a preocupar-se com a satisfação dos seus administrados. As ouvidorias atuam com características diferentes dos tempos da colônia, exercendo hoje o ouvidor uma intransigente defesa da qualidade dos serviços, dos direitos humanos e da cidadania.

A União, através da Emenda Constitucional nº 19/98 acrescentou ao Art. 37 da Constituição Federal o princípio da eficiência nos serviços públicos, determinando o seu § 3º que a lei disciplinará formas de participação do usuário na Administração Pública, direta e indireta.

A EC nº 19/98 prevê a regulação, especialmente das reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços, garantindo ainda o acesso do cidadão a registros administrativos e a informações sobre atos do governo. Será

observada também pela lei, a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função nos serviços públicos.

A legislação federal conferiu à Controladoria Geral da União diversas atribuições incluídas aí, as de Ouvidoria Pública, por força do Decreto nº. 5683/2006, cujo teor da proposta se assemelha ao do Ombudsman tradicional:

Á Controladoria- Geral da União compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades da ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal. (BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 5683/2006. disponível em [TTP://www.cgu.gov.br/Legislacao/Decretos.asp](http://www.cgu.gov.br/Legislacao/Decretos.asp)).

Observa-se uma crescente ampliação do número de ouvidorias criadas no âmbito do Poder Executivo, o que representa um importante instrumento de controle interno e externo dos atos administrativos, inserindo o cidadão como regulador, em uma nova esfera de poder participativo nos assuntos e destinos do Estado, diminuindo o abismo entre gestão e cidadãos, permitindo-lhe auscultar melhor suas aspirações e prioridades, buscando a almejada eficiência na prestação de serviços ao cidadão.

3.3. Reforma sanitária e as ouvidorias públicas de saúde no Brasil

Dentro do contexto da discussão sobre o nascimento das Ouvidorias no Brasil como um produto do alargamento do processo de democratização em nosso país, parece ser fundamental uma breve retrospectiva sobre o percurso que a saúde trilhou para a criação de outras e novas possibilidades na construção de um modelo de assistência mais inclusivo, racional e equânime.

A segunda metade da década de 70 é marcada pela discussão das reformas nas políticas de saúde, através do movimento conhecido como Reforma Sanitária, que se integra ao processo de redemocratização do país. O ideário da Medicina Comunitária surge como uma alternativa ao sistema de saúde vigente e é discutido nos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras. Proposta originária dos Estados Unidos da América

e difundida nos países latino-americanos através de instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde e fundações Kellog e Ford.

Em 1976 algumas experiências municipais bem sucedidas passam a representar alternativas concretas de ações como propostas de um novo modelo de assistência para a Atenção Primária à Saúde e Medicina Comunitária, onde é levada em conta a realidade das populações municipais como diretriz para o planejamento e intervenção. Os primeiros municípios a adotarem esse modelo foi o de Londrina, no Paraná, Campinas, em São Paulo, e Niterói, no Rio de Janeiro.

Oficialmente, o movimento iniciou-se de forma mais consistente em uma reunião da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sob a presidência de Ubaldo Dantas, em 1979, cujo objetivo era o de rediscutir as propostas preconizadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde. A reunião contou com a participação de vários segmentos da sociedade, dentre eles, partidos políticos, entidades representativas de profissionais da área da saúde, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e pesquisadores isolados.

O movimento da Reforma alcança sua maturação, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, onde reuniu cerca de 4.000 pessoas ligadas ao setor saúde. Após alguns meses da Conferência, os Ministros da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação decidem pela criação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), através da Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22 de agosto de 1986, onde ficou definido que a referida Comissão seria formada por 24 integrantes sendo 12 vinculados ao poder público e 12 a entidades da sociedade civil.

O produto da ampla discussão da Comissão Nacional da Reforma Sanitária traz uma contribuição fundamental para a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, quando a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas o *acesso universal e igualitário* às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

3.4. Ouvidoria nacional de saúde no SUS

A Reforma Sanitária inspirada nos movimentos sociais e consolidada em 1988 com a Constituição Federal através da criação do Sistema Único de Saúde tem demonstrado ao longo desses vinte anos, um isolamento da sociedade quanto à possibilidade de colocar em

debate questões centrais de seu interesse. Fleury (2007) aponta que uma série de temas que atualmente estão na agenda da sociedade civil organizada encontram-se ausentes da pauta de discussão da saúde. Cita como exemplos as seguintes questões:

...legalização do aborto, a defesa do uso racional e sustentável dos recursos naturais, o combate às discriminações no acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, o abuso, a repressão e a violência institucionais, a falta de ética profissional, a quebra de patentes que permitisse a produção de medicamentos estratégicos, a reforma política e o controle do orçamento, entre tantos outros (FLERY, 2007).

Para além dos grandes temas que é necessário aprofundarmos, e mais do que isso, colocar na agenda da saúde, conforme aponta Fleury(2007) , para que possamos dar a conformação macro da rede de saúde desejada, há ainda o cotidiano onde as coisas acontecem e que muitas vezes guardam a reprodução de princípios clientelistas, corporativos e excludentes, que os defensores da Reforma Sanitária certamente gostariam de ver enterrados.

Como não basta a garantia legal para vermos as coisas se transformarem e se efetivarem, é necessária a regulação e a garantia da transparência e informação no dia-a-dia da prestação da assistência à saúde. Cada ato praticado pela gestão e por servidores públicos, que possa representar uma transgressão ao direito individual dos cidadãos-usuários, deverá encontrar acolhida para seus questionamentos, dúvidas em espaços formalmente constituídos que garantam respostas às indagações dos cidadãos-usuários.

Dentre as diversas formas e espaços que são possíveis esta interrogação, seja diretamente ao profissional que motivou a questão, remeter-se ao gerente do serviço, ir ao Conselho de Saúde, ao Ministério Público, às Ouvidorias Públicas de Saúde surgem como mais uma mediadora institucional de conflito. Capaz de contribuir em um processo de interlocução entre cidadão e gestão para o apontamento de fragilidades vigentes nos serviços e de se constituir em uma ferramenta para a gestão.

Para tanto importa ao trabalho ora desenvolvido relatar como se deu a constituição das Ouvidorias de Saúde Nacional e de Minas Gerais, objeto desta dissertação.

O Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção ao usuário do Sistema Único de Saúde - Pró-Saúde constituiu-se na primeira experiência típica de Ouvidoria Federal no âmbito do SUS. A partir dele foram agregados todos os serviços de contato com os usuários existentes no Ministério da Saúde, como o serviço Disque Saúde e o SAC SUS. Buscou-se,

dessa forma, integrar e estimular práticas que pudessem ampliar o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde.

O SAC-SUS tinha por objetivo a identificação das necessidades e opiniões dos usuários que se submeteram a procedimentos ou receberam medicamentos excepcionais ou de alto custo pelo SUS, induzidos pelo envio da Carta SUS.

Criado em 1996, o serviço Pergunte Aids foi desenvolvido para orientar sobre assuntos relacionados às DSTs e à Aids. Posteriormente passou a designar-se Disque Saúde e ampliaram o elenco de informações fornecidas, englobando além de outras doenças, informações sobre ações e políticas de saúde.

A seguir, o Ministério da Saúde firmou parceria com algumas instituições, como o Instituto Nacional do Câncer-Inca, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres SPM e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Destas parcerias surgiram os serviços Disque Pare de Fumar, Disque Saúde da Mulher e Disque Medicamentos, respectivamente, sendo todos gerenciados pelo Ministério da Saúde.

O Disque Pare de Fumar surgiu como proposta do Inca, sendo um serviço que prestava orientações sobre como parar de fumar, fazia encaminhamentos para o tratamento e informava a respeito de legislação referente ao tabagismo.

O Disque Saúde da Mulher teve início em decorrência da criação da Secretaria Especial de Políticas para a Mulher SPM, pela Presidência da República. Esta Secretaria, com status de Ministério tem a missão de formular políticas que visem prevenir e combater a violência contra as mulheres.

A criação deste 0800 tinha como objetivo principal acolher e orientar vítimas de violência em todo o Brasil. Em abril de 2006, a SPM assumiu a coordenação do Call Center, sendo o número de atendimento atual o 180. A parceria com o Ministério da Saúde possibilitou um levantamento de informações relevantes acerca da saúde da mulher, que continuam sendo disponibilizadas pelo serviço Disque Saúde.

O Disque Medicamento foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Este serviço utiliza como base de dados um sistema que permite a visualização dos preços máximos que os medicamentos podem ser vendidos nas farmácias particulares em todo o Brasil.

Em 09 de Junho de 2003, o decreto Presidencial nº 4.726 regulamentou a estrutura do Ministério da Saúde, instituindo o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Doges, vinculado à recém criada Secretaria de Gestão Participativa/SGP, assumindo a incumbência de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria para o SUS.

A instituição do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS possibilitou a unificação de todos os serviços prestados pelo departamento. Atualmente, através do número 0800 61 1997, pode-se ter acesso a todos os serviços e informações que antes eram prestados pelos diversos 0800 administrados pelo Ministério da Saúde.

Em abril de 2006, foi criado o sistema OuvidorSUS, uma ferramenta importantíssima no processo de encaminhamento e avaliação das demandas direcionadas à Ouvidoria. Esse sistema, integrado em rede nacional, permite visualização e acompanhamento das demandas captadas pela Ouvidoria por toda a rede de gestores, profissionais e usuários do SUS.

Em 13 de julho de 2006, o Decreto Presidencial nº 5.841 revogou o Decreto anterior e aprovou a nova estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, onde foram definidas as atribuições e competências do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.

As experiências acumuladas por Ouvidorias no âmbito da saúde pública sinalizam uma vontade institucional de fortalecer estratégias participativas, ampliando o processo de controle social e trazendo para dentro das decisões da gestão, as avaliações, opiniões e as idéias geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde.

O SUS é uma conquista da mobilização política da sociedade brasileira, que se traduz numa política pública de universalização de um dos direitos básicos da cidadania, que é o direito a saúde.

A Ouvidoria Pública surge como uma proposta para um modelo de democracia participativa com ênfase nos movimentos sociais e na ampliação do espaço político pela sociedade civil, a partir da participação direta e indireta dos cidadãos.

Na rede pública o entendimento é que a partir das experiências concretas que chegam ao conhecimento do órgão ouvidor, as denúncias e reclamações, solicitações, sugestões, etc., podem contribuir para o aprimoramento e a organização da máquina administrativa e para a melhoria dos serviços prestados, na busca da almejada ação eficiente e eficaz do Estado e Município.

3.4.1. Atribuições e competências legais

Art. 29. Ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS compete:

I - propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS;

II - estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria em Saúde;

III - implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

IV - promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes;

V - assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito,

VI - acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério da Saúde, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde; e

VII - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento, no campo da ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS. (BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 5.974, de 26/11/2006).

3.4.2. Área de Análise e Tratamento de Demandas

O Objetivo é receber, analisar, encaminhar, acompanhar e responder as manifestações recebidas no Departamento Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde –Doges, oriundas dos cidadãos-usuários do SUS. O tratamento das manifestações guarda dois módulos para efetuar o seu processamento, quais sejam: o módulo de encaminhamento e providência.

O *módulo de encaminhamento* permite o registro e encaminhamento das manifestações que chegam ao Doges, além de possibilitar o processo de categorização das manifestações- denúncia, solicitação, informação, reclamação e elogio. No momento que há o repasse da manifestação em questão, estipulam-se prazos de resposta aos órgãos parceiros, de acordo com a gravidade da demanda. É gerado um protocolo para o manifestante possibilitando-o de acompanhar on line toda a tramitação do processo, garantindo a transparência da informação.

No *módulo de providências* o acesso é permitido aos Gestores Estadual e Municipal após solicitação de login e senha ao Doges. Objetiva-se com essa ação o recebimento da manifestação pelos gestores, de forma ágil e desburocratizada. A resposta fornecida ao Doges mediante providências adotadas pelo Estado e pelo Município acerca da manifestação do cidadão é analisada por uma equipe capacitada de técnicos da saúde, e se considerada satisfatória, o processo é concluído e há o repasse ao cidadão das informações obtidas; caso contrário, ou seja, se a resposta for considerada incompleta ou insatisfatória, ela retorna para o órgão em questão para ser melhor processada.

As demandas podem ser recebidas através de correspondências; documentação histórica da Presidência da República; gabinete do Ministro da Saúde; Portais: Ouvidoria; Fale Conosco DST / Aids; Fale Com o Ministério; Serviço de Discagem Direta Gratuita: Disque Saúde 0800 61 1997.

3.5. Ouvidoria de saúde de Minas Gerais

A Constituição do Estado de Minas Gerais prevê em seu artigo 268: “Lei complementar, de iniciativa da Assembléia Legislativa, que disporá sobre a Ouvidoria do Povo, órgão auxiliar do Poder Legislativo na fiscalização da execução dos serviços públicos estaduais”. Em 2004 foi criado por iniciativa do governo Aécio Neves a Ouvidoria Geral do Estado, através da Lei nº. 15.298, de 06 de Agosto de 2004, regulamentada através do decreto 44.156, de 21 de Novembro de 2005.

A Ouvidoria Geral do Estado possui autonomia administrativa, orçamentária, financeira e nas suas decisões técnicas. O órgão é independente e não se subordina hierarquicamente a nenhum dos Poderes do Estado ou a seus membros. Compõem-se de um ouvidor geral, com estafe de secretário de estado, um ouvidor-adjunto e seis ouvidores especializados, com estafe de secretários adjuntos. Todos possuem mandato de dois anos, com possibilidade de recondução por mais dois anos.

O Ouvidor-Geral e o Ouvidor-Geral Adjunto são escolhidos dentre cidadãos com mais de trinta e cinco anos, de reputação ilibada e com formação universitária, indicados pelo Governador do Estado e por ele nomeados, se aprovados pela Assembléia Legislativa.

Os Ouvidores de Polícia e dos Sistemas Penitenciário, Educacional, de Saúde e Ambiental serão escolhidos dentre cidadãos com mais de trinta e cinco anos, de reputação ilibada, com formação universitária e notório conhecimento na área temática específica, a partir de lista tríplice elaborada por Conselho Estadual relacionado à sua área de atuação, na forma de regulamento.

O Ouvidor de Fazenda, Patrimônio e Licitações Públicas será escolhido dentre cidadãos com mais de trinta e cinco anos, de reputação ilibada, com formação universitária e notório conhecimento na área temática específica.

Dentre as competências da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais previstas em lei, merecem destaque aquelas que zelam pela informação e publicidade como o inciso III do

artigo 4º, que garante ao Ouvidor contribuir para a disseminação das formas de participação popular no acompanhamento e na fiscalização da prestação dos serviços públicos;

Na garantia do princípio da transparência e controle dos agentes e serviços públicos fica assegurada a produção semestral e quando oportuno, de apreciações críticas sobre a atuação de agentes, órgãos e entidades da Administração Pública direta do Poder Executivo estadual, encaminhando-as ao Governador do Estado, à Assembléia Legislativa e aos respectivos dirigentes máximos e, nos casos de entidades da Administração Pública indireta, aos respectivos Secretários de Estado supervisores, divulgando-as em página própria na internet.

Nessa perspectiva da regulação, fica garantido ao ouvidor requisitar a órgão ou entidade da Administração Pública estadual as informações e os documentos necessários às suas atividades.

É previsto no artigo 7º § 4º da Lei 15298, que as autoridades dos órgãos e entidades da administração pública estadual deverão fornecer ao Ouvidor-Geral, ao Ouvidor-Geral Adjunto ou aos Ouvidores especializados, quando solicitados, dados, informações, certidões ou documentos relativos a suas atividades, sob pena de responsabilidade, sendo prevista a aplicação de multa em até quinhentas Unidades Fiscais do Estado de Minas Gerais - Ufemg - ao dirigente de órgão ou entidade que não atender ao disposto neste artigo. (Anexo A).

O ouvidor pode ainda, de acordo com o artigo 12 inciso II, propor à autoridade competente, a exoneração de cargo em comissão, a destituição de função ou o afastamento remunerado por até dez dias, de ocupante de cargo em comissão ou função gratificada, de servidor efetivo ou de detentor de função pública e o seu remanejamento para outro setor do mesmo órgão ou entidade, durante as verificações da Ouvidoria-Geral;

O cidadão afetado terá sua resposta em um prazo pré-estabelecido, conforme categorias de análise que levam em conta o status das demandas, de acordo com a urgência em que ela se apresente. Independentemente da resposta final, o órgão demandado terá um prazo, inicial, de dez (10) dias para se pronunciar sobre as providências preliminares adotadas, para com isso manter informado o manifestante.

Dentre as atribuições do Ouvidor de Saúde estão a de realizar vistoria em órgão ou entidade pública, quando houver indício de ilegalidade, irregularidade ou arbitrariedade na prestação de serviço de saúde, além de sugerir medidas para o aprimoramento da organização de órgão ou entidade pública da área da saúde.

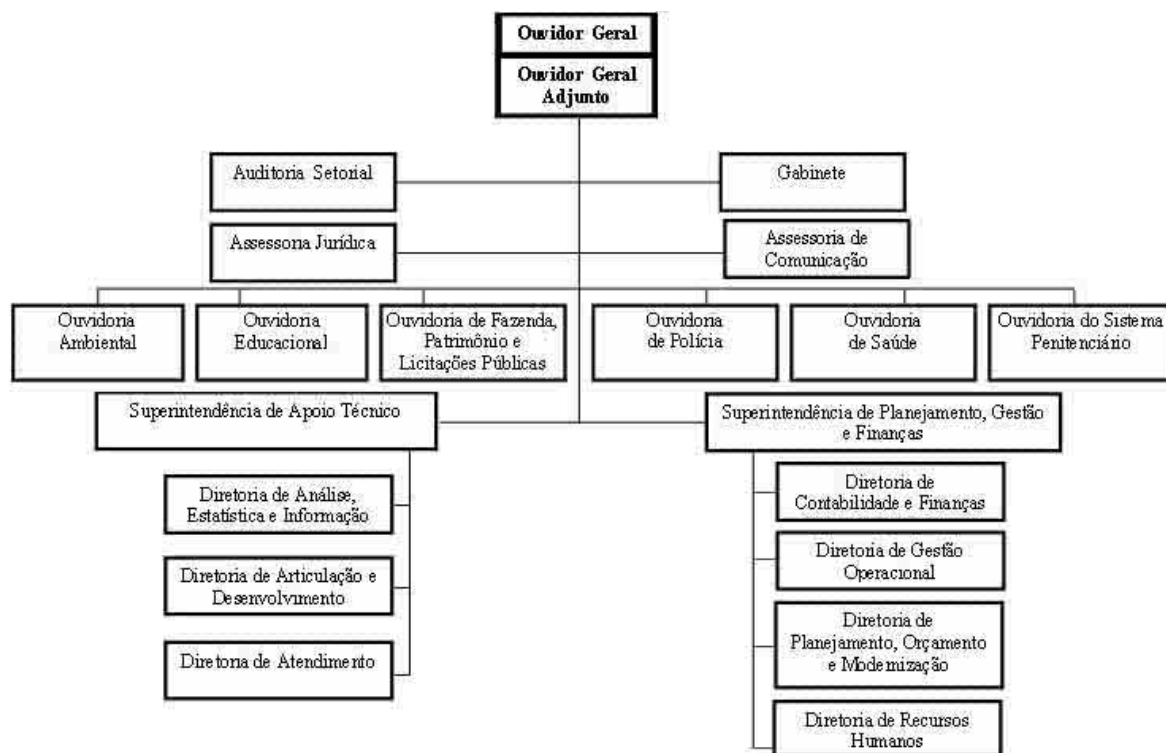


Figura 1: Organograma da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais

Fonte: Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais.

A rede estadual de saúde prestadora de assistência é composta pelos seguintes Órgãos ao qual a Ouvidoria de Saúde tem respaldo legal para atuar:

- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig, com 20 Unidades Hospitalares, sendo 14 em BH.
- Fundação Ezequiel Dias - Funed
- Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais - Hemoninas
- Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais- Ipsemg com 02 unidades ambulatoriais, 01 Hospital e 01 Clínica Odontológica em BH e 43 unidades ambulatoriais no restante do Estado.
- Vinte e oito Gerências Regionais de Saúde - GRs, distribuídas nas 13 macrorregiões do Estado.
- Dezoito Postos de Serviços de Informações Úteis - Psu no interior de Minas Gerais.

4. OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE CIDADÃOS-USUÁRIOS, GESTORES E MEDIADORES INSTITUCIONAIS

4.1. Considerações metodológicas sobre a pesquisa de campo

Este trabalho pretende compreender de que forma as Ouvidorias Públicas de Saúde contribuem para o processo de democratização da gestão e da participação social na saúde. Esta compreensão leva em conta trata-se de um espaço institucional capaz de mediar conflitos entre usuários, gestores e prestadores de serviços e possibilita a (re) formulação de diretrizes e políticas públicas para os usuários do Sistema Único de Saúde.

O caráter do objeto a ser investigado tem características próprias de um evento social. Esse fenômeno não é possível contar, somar, dada a singularidade que comporta. A pesquisa exigiu procedimentos pouco estruturados e mais abertos em sua abordagem. O principal vetor a orientar a pesquisa, além das entrevistas, foram os encontros com os informantes e seus discursos, que propiciaram a produção de categorias para análise.

Trata-se de um “survey”, com características de um estudo transversal e qualitativo, cuja técnica de investigação foi a realização de entrevistas semi-estruturadas, totalizando cinquenta e quatro, distribuídas da seguinte forma: 34 com manifestantes que acionaram o Ouvidor SUS e o de Minas Gerais; 09 com mediadores institucionais – conselheiros de saúde, ouvidores e ministério público e 11 com gestores.

O recorte para a realização da pesquisa foi a Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte, que na jurisdição da Saúde do Estado abarca os sistemas de saúde locais de municípios da Região Metropolitana acrescidos de mais nove: Mariana, Ouro Preto, Itabirito, Piedade dos Gerais, Belo Vale, Moeda, Crucilândia, Bonfim e Santana do Riacho, e é subtraída dos municípios de: Baldim, Capim Branco, Itaguara e Itatiaiuçu, conforme os anexos B e C.

A eleição da amostra centrada na Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte levou em conta os seguintes fatores: o tempo para realização da pesquisa, a facilidade de acesso da pesquisadora junto aos entrevistados e a maior concentração de manifestações de todo o Estado de Minas Gerais, que é a Regional de Saúde de Belo Horizonte.

Os bancos de dados para a obtenção da amostra de usuários foram: o Ouvidor SUS, do Ministério da Saúde e o da Ouvidoria de Minas Gerais. A escolha dos gestores a serem entrevistados levou em conta o objeto da investigação e procurou incluir gestores de

municípios de grande porte, como é o caso de Belo Horizonte, Betim, Contagem, bem como os de pequeno porte, Caeté, Itabirito, entre outros. A escala na complexidade dos municípios permitiu a observação dos diferentes problemas vivenciados e a multiplicidade de formatos utilizados pelos gestores no enfrentamento dos nós críticos.

A inclusão de gestores estaduais, como da rede Fhemig e a da Secretaria Estadual de Saúde contribuíram na diversificação da complexidade e da escala dos problemas, enriquecendo muito a análise.

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais a inclusão da Gerência de Assistência Farmacêutica se justificou pelo fato da maior demanda das manifestações no Ouvidor SUS estar relacionada a medicamentos de alto custo. Também a inclusão da Gerência de Auditoria Assistencial se justificou por ser ela responsável pela apuração das irregularidades referentes ao não cumprimento da legislação do SUS, representando em torno de 10% das manifestações recebidas nas ouvidorias, na categoria de denúncias.

Reunidos na categoria de mediadores institucionais foram incluídos os Ouvidores de saúde dos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem; o Ouvidor de Saúde de Minas Gerais; o Ouvidor Adjunto da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais; o Diretor da Ouvidoria do SUS nacional. Além do vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, que responde pela presidência no lugar do Secretário de Estado da Saúde, segundo sua própria informação, e o Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, escolhido por ser o maior município vinculado à Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte e o mais antigo conselho constituído.

Inclui-se ainda nessa categoria de mediador institucional o representante do Ministério Público, instituição que guarda muita semelhança com as Ouvidorias, distinguindo-se pelo fato de nela serem exercidas ações de controle da saúde somente por profissionais formados em direito, e terem a prerrogativa de abertura de processo legal.

Por fim, a ausência da entrevista com o Secretário Estadual de Saúde, que mesmo após insistentes contatos não disponibilizou espaço em sua agenda, nem se dispôs a responder por telefone ou e-mail, pode demonstrar o quanto a Gestão do Sistema Estadual de Saúde está sendo demandada, deixando de contribuir para o amadurecimento dos processos de valorização da participação dos cidadãos na busca de soluções para os problemas do SUS. Trata-se de ator estratégico no cotidiano da construção do SUS que queremos e por isso sua indisponibilidade deixa uma lacuna neste trabalho.

4.1.1. Sobre a amostragem dos manifestantes

O período utilizado para a obtenção da amostra dos entrevistados para a pesquisa foi de julho de 2006 a dezembro de 2007 para ambos os bancos. Essa decisão considerou o fato da crescente demanda e de manifestações ocorridas na Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais a partir desse período.

O universo encontrado foi de 514 manifestantes nos dois bancos de dados durante esse período. Foram excluídas as manifestações anônimas, uma vez que não seria possível o acesso ao informante para a realização da entrevista; e também mais de um processo do mesmo manifestante, pois o que interessava à pesquisa era a sua atitude como demandante junto à Ouvidoria e não o teor da manifestação.

No banco da Ouvidoria de Minas Gerais, além das descritas anteriormente, anônimas e repetidas, foram excluídas as manifestações referentes ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Estado de Minas Gerais - Ipsemg e do Hospital da Polícia Militar, pois ambos são específicos ao atendimento de servidores públicos estaduais e a pesquisa está dirigida ao Sistema Único de Saúde. Evitou-se com essa decisão vieses nas entrevistas.

Inicialmente estabeleceu-se um percentual de 20% para o cálculo da amostra dos manifestantes de cada banco. Caso este quantitativo de entrevistas não viesse a demonstrar o esgotamento das possibilidades de respostas, novos manifestantes seriam recrutados. A seguir a demonstração da memória de cálculo da amostra para os dois bancos.

O banco de dados do Ouvidor SUS continha 403 registros referentes ao período de 1º de julho de 2006 a 31 de dezembro de 2007. Dentre esses registros, 121 referiam-se a cidadãos repetidos, embora com protocolos diferentes, ou seja, contendo diferentes procedimentos ou reclamações. Os nomes repetidos de manifestantes foram retirados do banco, além de 31 manifestações anônimas, restando ao final 251 manifestantes diferentes no período.

Em seguida, foram avaliadas essas 251 manifestações quanto ao seu status: se em análise ou concluída. Para cálculo da amostra considerou-se apenas o universo dos manifestantes cujos processos estivessem “concluídos” para que não trouxesse vieses decorrentes do não fechamento do caso, tanto do ponto de vista do manifestante entrevistado, que ainda não teria elementos suficientes para responder as perguntas da pesquisa, quanto do ponto de vista da pesquisadora, que é funcionária da Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais.

Dessas 251 manifestações, ao retirar-se os 154 processos em andamento, restaram 97 concluídos. Calculou-se então a amostra para o banco Ouvidor SUS com o número de entrevistados, considerando a priori 20% desse universo, vide tabela abaixo.

TABELA 1

Universo de manifestantes selecionados para a amostra do banco Ouvidor SUS, referentes à GRS-BH, de julho de 2006 a dezembro de 2007

Total de Manifestações da GRS BH		EXCLUÍDAS		Universo selecionado
	Repetidas	Anônimas	Em análise	
403	121	31	154	97
Amostra Calculada (20%)				19

Fonte: Banco de dados do Ouvidor SUS.

O banco de dados da Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais, referente ao período de julho de 2006 a dezembro de 2007, continha 111 manifestações de usuários da GRS de BH. Dessas, 18 do Ipsemg e Hospital da Polícia Militar, excluídas por não serem estes órgãos vinculados ao SUS; o Ipsemg é prestador de serviços de saúde exclusivo dos funcionários públicos estaduais de Minas Gerais e o Hospital da Polícia Militar apenas para a corporação de militares do Estado. Havia 24 processos em análise, restando, portanto, 69 manifestações para o universo da pesquisa, dos quais foi selecionada a amostra inicial de 20% , conforme demonstrado a seguir.

TABELA 2

Universo de manifestantes referentes à GRS-BH selecionados para a amostra da Ouvidoria de Saúde de MG, de julho de 2006 a dezembro de 2007

Total de Manifestações da GRS-BH	EXCLUÍDAS		Universo selecionado
	Ipsemg/PM	Em andamento	
111	18	24	69
20% da amostra			14

Fonte: Banco de dados da Ouvidoria de Saúde de MG.

4.1.2. Sobre os Questionários

As perguntas dos questionários foram elaboradas com o propósito de obter as respostas a cada um dos objetivos específicos construídos no Projeto de Pesquisa, conforme roteiros entrevistas dos usuários, gestores e mediadores institucionais. Estabeleceu-se a seguinte correlação (anexos E, F e G):

- Identificar o grau de conhecimento que os manifestantes têm dos serviços e preceitos do SUS, bem como o grau de confiança em relação aos serviços utilizados. *(perguntas 3,4 e 5 do roteiro do manifestante)*
- Conhecer as práticas de participação e cidadania dos manifestantes *(perguntas 6,7 8,9,10,11,12 e 13 do roteiro do manifestante)*.
- Analisar como os gestores recebem, processam e lidam com as manifestações oriundas das Ouvidorias Públicas de Saúde. *(perguntas 2,3,4,5 e 6 do roteiro de entrevista dos gestores)*
- Descrever como as instituições mediadoras de conflito entendem e distinguem seu papel das demais instâncias. *(perguntas 2,3,4,5 e 6 do roteiro para ouvidores, ministério público e conselho)*

4.2 Percepção e significados das ouvidorias públicas de saúde para os cidadãos-usuários, gestores e mediadores institucionais.

Os paradoxos existem para que seja possível expressar algo para o qual não existem mais palavras. (ROSA *apud* VIEGAS, 1985, p 23).

A pesquisa procurou contemplar os diversos olhares dos atores envolvidos na composição da rede de saúde: gestores, cidadãos-usuários, ouvidores, conselheiros de saúde e Ministério Público, situados dentro na abrangência da Gerencia Regional de Saúde de Belo

Horizonte, com exceção do Diretor do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde e para cada um desses segmentos foi elaborado um roteiro de entrevista correspondente.

Os atores estratégicos citados acima foram agrupados nas seguintes categorias: cidadãos-usuários, gestores e mediadores institucionais e para cada segmento foi elaborado um roteiro de entrevistas específico. Procurou-se identificar em cada um desses grupos as diversas percepções que possuíam sobre o significado das ouvidorias públicas de saúde, enquanto ferramenta para a gestão, as justificativas para a sua criação e os principais obstáculos elencados por eles para sua implantação.

A entrevista realizada com o Ouvidor Adjunto da Ouvidoria Geral de Minas Gerais foi acrescida de mais uma pergunta voltada para a relação desta com o Governo de Estado, uma vez que possui status de Secretário Adjunto dentro do organograma do executivo, exercendo a gestão interna da OGE e a articulação política com o gabinete do Governador do Estado de MG e as demais pastas que compõem o executivo estadual.

4.2.1 Resultados do grupo de cidadãos-usuários

Foram entrevistados trinta e quatro manifestantes residentes na Região de Saúde sediada em Belo Horizonte que acessaram o Ouvidor SUS e a Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais no período de julho de 2006 a dezembro de 2007. Embora a amostra calculada tivesse um total de trinta e três entrevistas, foram realizadas trinta e quatro. O roteiro da entrevista com os manifestantes encontra-se no anexo E.

Inicialmente foi considerado importante conhecer a distribuição de Cidadãos-Usuários da amostra por municípios da Gerência Regional de Saúde de BH, que ficaram distribuídos conforme dados da tabela 3.

TABELA 3
Distribuição dos cidadãos-usuários da amostra por Município de origem

Municípios	n	%
Belo Horizonte	18	52
Contagem	04	12
Ribeirão das Neves	03	09
Santa Luzia	03	09
Betim	01	03
Moeda	01	03
Juatuba	01	03
Sabará	01	03
Itabirito	01	03
São Joaquim de Bicas	01	03
Total	34	100%

Fonte: Survey da autora/2008.

A distribuição encontrada dos usuários da amostra por município de residência demonstrou que o conjunto dos entrevistados origina-se de dez municípios onde vive 82% da população da GRS-BH, como pode ser observado no Anexo D, o que valida a análise da pesquisa quanto a abrangência do estudo nesta região.

Interessou à pesquisa o agrupamento das manifestações por categorias, para uma interpretação das possíveis tipificações envolvidas na prestação da assistência, que poderão estar mais ligadas a uma classe ou outra, como: gestão de serviços, questões de financiamento, à falta de transparência na condução dos processos, processos de trabalhos, entre outros, agrupadas na tabela 4.

TABELA 4
Distribuição dos cidadãos-usuários por categoria da manifestação

Categoria da Manifestação	%
Solicitação	43
Denúncia	28
Reclamação	26
Informação	03
Total	100%

Fonte: Survey da autora/2008.

Entre as categorias das manifestações, a da *solicitação*⁶, desponta em relação às demais, fato que pode ser explicado ao levar em conta que a maior parte dos manifestantes procurou as Ouvidorias de Saúde nacional e estadual, em função da indisponibilidade de medicamentos de alto custo, conforme pode ser visto na tabela 10, que diz respeito à motivação para o acionamento da Ouvidoria.

A categoria reclamação diz respeito à comunicação verbal ou escrita feita pelo usuário, que relata a insatisfação em relação às ações e serviços de saúde prestados. Entretanto, ainda não tem conteúdo de requerimento, apenas de má prestação.

Na pesquisa o resultado foi de que 26% dos entrevistados consideraram que havia problemas, irregularidades no atendimento. Por isso apenas reclamaram. No caso dos 28% dos entrevistados que entraram com suas manifestações na Ouvidoria de Saúde na categoria denúncia a leitura destes manifestantes é diferente das do anterior, uma vez que consideraram haver indício ou irregularidade na prestação dos serviços oferecidos pelas entidades públicas ou conveniadas.

Dos resultados obtidos através das entrevistas é possível inferir que há problemas na organização dos serviços, que vão da má informação prestada até irregularidades legais na gestão dos serviços prestados. Nesta escala de complexidade dos problemas pode se percorrer questões como: falta de fluxos na hierarquização assistencial, indefinição de protocolos, trato dos profissionais de saúde na abordagem desses usuários, dupla cobrança de serviços, falta de acesso dos usuários a serviços básicos e de maior complexidade, corrupção ativa, falta de transparência dos processos, entre tantos outros. Fatores que possivelmente promovam iniquidades no acesso, contrariamente a privilégios concedidos a alguns.

Foi importante para o estudo saber o meio utilizado pelo manifestante para acessar a Ouvidoria de Saúde, pois este não pode ser restritivo ou constituir-se em um fator dificultador para os manifestantes realizarem a abertura do processo.

⁶ Solicitação: comunicação verbal ou escrita, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde. Informação: comunicação, instrução ou ensinamento a respeito do Sistema de Saúde. Fonte: Relatório Gerencial do Departamento Geral de Saúde/DOGES, período de abril a outubro de 2006.

TABELA 5
Tipo de acesso às Ouvidorias

Tipo de acesso	%
Telefone	80
Presencial	14
E-mail	06
Carta	0
Fax	0
Total	100%

Fonte: Survey da autora/2008.

O acionamento por telefone correspondeu a 80% dentre os meios observados na amostra, demonstrando que esse tipo de acesso é o mais usado, bastando verificar que apenas 6% foram por e-mail, e nenhum por fax. Pode-se relacionar estes dados aos de renda, onde ficou demonstrado que 71% dos manifestantes ganham entre 1 a 5 salários mínimos, conforme é demonstrado no esquema 1, a seguir.

Para caracterizar os cidadãos-usuários da amostra quanto ao seu perfil sócio-econômico foram elaboradas perguntas relacionadas à escolaridade, renda, ocupação, idade, estado civil, vínculo empregatício, bem como a identificação do gênero. Conforme demonstrado no esquema:

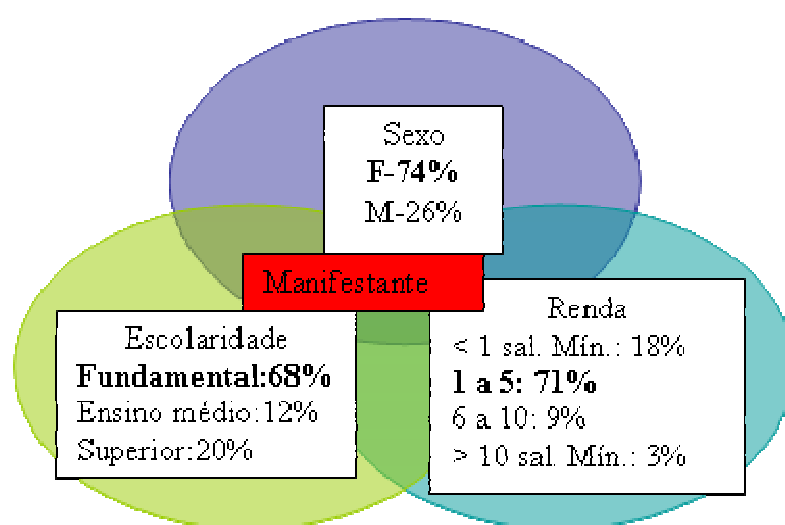


Figura 2: ESQUEMA 1 – Perfil sócio-econômico dos cidadãos-usuários da amostra
Fonte: Survey da autora/2008.

A escolaridade registrada, 68% dos manifestantes têm até o ensino fundamental completo, demonstra que o menor grau de instrução não foi nesta pesquisa fator limitante à busca do atendimento das suas demandas. Entretanto, este dado, também pode revelar características mais comuns dos usuários do SUS. O grau de escolaridade não se revelou, nesse caso, limitante para que os usuários demonstrassem a busca pela igualdade, pela transparência dos processos e o desejo de saberem dos seus direitos e tê-los garantidos.

Interessante observar que 74% dos manifestantes são mulheres. Há uma fala recorrente nas discussões dos profissionais da saúde pública, que indica as mulheres como maiores freqüentadoras dos serviços de saúde quando comparadas aos homens. Uma pesquisa recentemente publicada pelo pesquisador da Fiocruz, Romeu Gomes⁷, sobre a Sexualidade Masculina, gênero e saúde revela que os homens pouco cuidam da saúde e pouco procuram os serviços de saúde.

Os motivos mais freqüentemente apontados são que os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e por isso só procuram ajuda quando há agravamento da situação de saúde ou não conseguem trabalhar. Os serviços de atenção primária são vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos. De fato as ações de atenção básica ainda são muito tímidas para os segmentos masculinos, afirma o pesquisador.

Segundo o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde (DSS) publicado na revista Radis nº 74 de 10/08, a mortalidade masculina é bem maior do que a feminina ao longo do ciclo vital. As principais causas de morte entre os homens de 15 a 59 anos são violência ou causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, entre outras. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se detectadas precocemente em serviços de atenção básica.

A pesquisa contemplou outras questões relativas ao perfil do manifestante, além das que estão demonstradas no Esquema 1, como : idade, estado civil e ocupação. Verificou-se que 82% dos entrevistados estão na faixa etária de 30 a 60 anos; que 47% eram casados e que 33% eram trabalhadores com vínculo empregatício formal, 21% aposentados e 18% donas de casa.

⁷ Romeu Gomes, mestre em Educação, doutor em Saúde Pública, professor de Antropologia e Saúde e Pesquisa Qualitativa em Saúde do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/Fiocruz). Autor de Sexualidade masculina, gênero e saúde, Ed. Fiocruz, 2008, trechos da entrevista à Radis, nº 74, outubro de 2008.

Outra pergunta relevante foi quanto a utilização dos serviços de saúde do SUS pelos cidadãos-usuários da amostra onde procurou-se conhecer quais serviços do Sistema Único de Saúde foram mais freqüentemente utilizados. A maior e mais diversificada utilização dos vários serviços oferecidos pela rede SUS, confere maior credibilidade à pesquisa, em função de presumir-se que os entrevistados tiveram mais propriedade para emitir suas opiniões a respeito dos problemas cotidianos dos serviços, uma vez que os conhecem bem.

TABELA 6
Perfil de utilização dos serviços de saúde

TIPOS DE SERVIÇOS	Nº	%
UNIDADE BÁSICA	33	97
PRONTO ATENDIMENTO	23	68
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	15	44
ASSISTENCIA FARMACÊUTICA	28	82
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	28	82
OUTROS	04	12

Fonte: Survey da autora/2008.

Observa-se que a grande maioria dos manifestantes utiliza quase todos os serviços oferecidos pela rede do Sistema Único de Saúde de seus municípios de origem. Ressalta-se aí que mesmo os serviços de pronto atendimento e internação hospitalar, que se esperaria serem utilizados de forma mais esporádica, aparecem com percentuais elevados, o que torna possível inferir tratar-se de uma população mais vulnerável. A categoria “os *outros serviços*” que aparece na resposta, diz respeito a serviços do SUS, com menor freqüência de uso pelos entrevistados da amostra: fisioterapia, saúde bucal e zoonoses.

Estes dados demonstram que os manifestantes da amostra têm uma vivência bastante significativa dentro do sistema para reivindicarem mais efetividade sobre seu funcionamento.

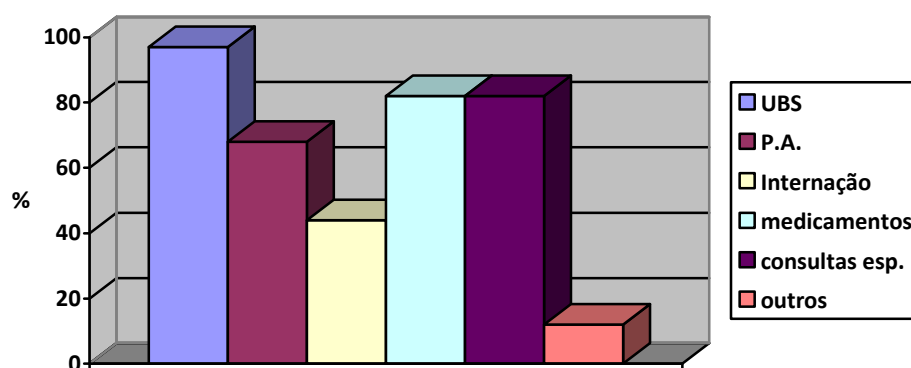


Figura 3: Serviços do SUS utilizados pelos manifestantes
Fonte: survey da autora, 2008.

Foi considerado importante aferir o grau de conhecimento dos manifestantes sobre as responsabilidades legais dos gestores das três esferas governamentais, municipal, estadual e federal, o que possibilitou dimensionar o nível de conhecimento dos entrevistados da amostra quanto às leis e normas que regem o Sistema Único de Saúde.

TABELA 7

Grau de conhecimento sobre a responsabilidade com a rede de saúde dos três entes federados

Instâncias	Três maiores %
Municipal	• Responsabilidade de nos orientar e sermos bem atendidos-35% • Não sabe-24% • Obrigação de oferecer serviços de qualidade e de pronto atendimento-21%
Estadual	• Não sabe-82% • Fiscalizar os secretários municipais de saúde no cumprimento da Constituição Federal-12% • Responsável pelas políticas de saúde e financiamento-06%
Federal	• Não sabe-53% • Elaborar políticas públicas de saúde-15% • Tem responsabilidade de regulamentar, promover e divulgar saúde, além de ter que suprir as necessidades do povo-12%

Fonte: Survey da autora/2008.

A indagação sobre o grau de conhecimento que os manifestantes têm das responsabilidades dos governantes, no caso da saúde, cujas ações são planejadas, financiadas

e executadas nas três esferas de governo, pode ser considerada como uma das questões centrais, uma vez que para cobrar, exigir, participar da elaboração de políticas públicas de saúde, é necessário saber *o quê e onde cobrar*.

É possível observar que a grande maioria dos entrevistados não conhece ou conhece pouco sobre a competência de cada instância. A estadual é onde há o predomínio de maior desconhecimento, com 82%. Poucos arriscaram sequer emitir alguma opinião.

Ainda que nas outras instâncias, especialmente na municipal, tenha havido mais convicção na afirmação das responsabilidades, de forma geral, parece ser muito pequeno o conhecimento acerca do assunto. Isto demonstra que é necessário mais investimento na ampliação dessas informações, através das várias instituições gestoras e de mediação institucional. Incluem-se aí as Ouvidorias de Saúde, além de estratégias diversificadas, que possam garantir o acesso a essas informações.

O nível de informação sobre os serviços utilizados dentro da rede de saúde foi aferido quanto aos seus fluxos, protocolos e direitos como usuário do sistema. Seus resultados são apresentados na tabela 8.

TABELA 8

Quanto ao nível de informação que o manifestante dispõe sobre os serviços de saúde

Nível de informação	%
Conhece pouco	47
Conhece o suficiente	29
Conhece muito	18
Não conhece	06
Total	100

Fonte: Survey da autora/2008.

Se os manifestantes conhecem pouco sobre as responsabilidades dos governos na gestão e financiamento da saúde, as coisas pioram de forma mais preocupante quando são perguntados se conhecem os serviços que utilizam. Apenas 18% dizem conhecer muito os serviços de saúde, pessoas em sua maioria ligadas a conselhos de saúde, o que explica o grau de conhecimento ser maior. Enquanto 53% conhecem pouco ou não conhecem. Na tabela 6, onde foram perguntados sobre os serviços utilizados do SUS, os cidadãos-usuários disseram utilizar grande parte deles, e ainda assim, sabem pouco sobre seu funcionamento.

O que está acontecendo? Os profissionais de saúde estão com pouca disponibilidade para informar aos usuários sobre o funcionamento da rede? Ou informam de maneira pouco didática, em uma linguagem incompreensível aos leigos? Ou haveria alguma intencionalidade em não informá-los, para diminuir cobranças futuras?

Campos (2005) acredita que quando o trabalhador coloca entraves à tarefa primária, seja por falta de recursos humanos, materiais, convivência com a dor, a morte, a pobreza extrema, ou por excesso de autoritarismo gerencial, eles podem se valer de estratégias defensivas para atenuar seu sofrimento psíquico, e cita como exemplo a ideologização, a somatização, a burocratização, o desenvolvimento de estados passionais.

É possível compreender os mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores, mas não é aceitável a banalização do sofrimento do outro e a negligência da missão primeira dos profissionais de saúde: *o cuidado com o outro*. Há que ser incorporado pela gestão e trabalhadores dos serviços de saúde, processos que levem em conta esses conflitos vivenciados no lócus da saúde, que possam se constituir em espaços de fala e escuta que garantam processos reflexivos para todos.

Diante do desconhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde amplamente utilizada pela amostra conforme verificado anteriormente na tabela 6, foi fundamental para a pesquisa conhecer as principais fontes para obtenção destas informações e mais de uma resposta foi considerada.

TABELA 9
Obtenção de informação para o atendimento em saúde

Obtenção de Informação	%
Meios de comunicação	73
Outras pessoas	53
Unidade básica	41
Informativo da SMS	38
Agente de saúde	29
Internet/telefone	06
Outros	06

Fonte: Survey da autora/2008.

O esperado nesse item seria que a grande maioria respondesse que busca as informações, prioritariamente, na Unidade Básica de Saúde, em função de ser essa a primeira instância na ordem hierárquica de prestação da assistência, ou seja, a definição para o fluxo dentro da rede SUS é que qualquer processo de intervenção, de cuidados mais complexos,

exames complementares, solicitação de medicamentos de alto custo, entre outros, tenha início a partir da Atenção Primária. Portanto essa instância é a que, por princípio, teria um maior grau de conhecimento a respeito de toda rede.

No entanto a Unidade Básica fica em 3º lugar na preferência dos usuários na busca pelas informações, em detrimento das informações colhidas pelos meios de comunicação: rádio e televisão, que foram os mais citados, e em segundo lugar a estratégia de perguntar para outras pessoas.

Durante as entrevistas, quando foram perguntados do por que não procurarem a Unidade Básica e/ou os agentes comunitários de saúde para obterem informações sobre o funcionamento dos serviços, os comentários mais recorrentes foram de que os funcionários são *“mal educados”*, *“parecem que estão fazendo favor de atender os usuários”*, *“não sabem informar nada”* ou *“ainda informam errado”*.

Parece que essa questão está muito ligada ao problema da confiança. Os meios de comunicação e as outras pessoas, que no caso, também são usuárias, são mais confiáveis que os próprios funcionários da unidade de saúde. Quando perguntados do por que não reclamar desse atendimento ao chefe do serviço, a grande maioria diz ter tentado, mas nunca podiam ser recebidos por eles, em função de uma hora não estarem presentes no serviço, outra hora por estarem em reunião. Parece que esses usuários não são colocados na agenda dos gestores dos serviços, que talvez estejam capturados pelas emergências das atividades meio.

O Grau de confiança depositado nos serviços utilizados mereceu por parte da pesquisa uma atenção especial ao considerar as questões anteriores quanto ao desconhecimento da rede de saúde, a obtenção das informações e as competências de cada esfera de governo para com as políticas públicas da área, gestão e financiamento da saúde.

Quanto ao aspecto da confiança é preciso distinguir o conceito de confiança pelo menos em duas dimensões: a institucional e a pessoal. Na pessoal são levados em conta aspectos morais e emocionais do âmbito privado, baseados na afeição e na *“crença”* das qualidades de outrem, mas que não servem como valor na regulação da vida coletiva, segundo Eisenberg (2006).

A confiança institucional por sua vez pode também ser lida através das instituições públicas prestadoras de serviços, que responderão, ou não, às necessidades trazidas pelos cidadãos e para as quais foram criadas. Esta confiança inclui alguns aspectos importantes, dentre eles a questão do reconhecimento das necessidades dos indivíduos pelos trabalhadores, gestores e governantes, além do respeito às regras e leis para todos igualmente. Faz parte fundamental desse elenco de atributos da relação de confiança, o tratamento acolhedor. Para

os cidadãos-usuários, os profissionais de saúde são os representantes da instituição política vigente e, portanto, de como esta os enxerga e qual seu grau de sensibilidade para com as suas demandas.

A pesquisa procurou entender o processo de alargamento democrático a partir da inclusão da cidadania, e não é possível pensar nessas questões sem incluir o reconhecimento e a sensibilidade dos governantes para com as demandas dos cidadãos. Essa pergunta foi considerada relevante para a análise e está intimamente relacionada à questão da confiança dos cidadãos aos serviços que utilizam dentro da rede de saúde.

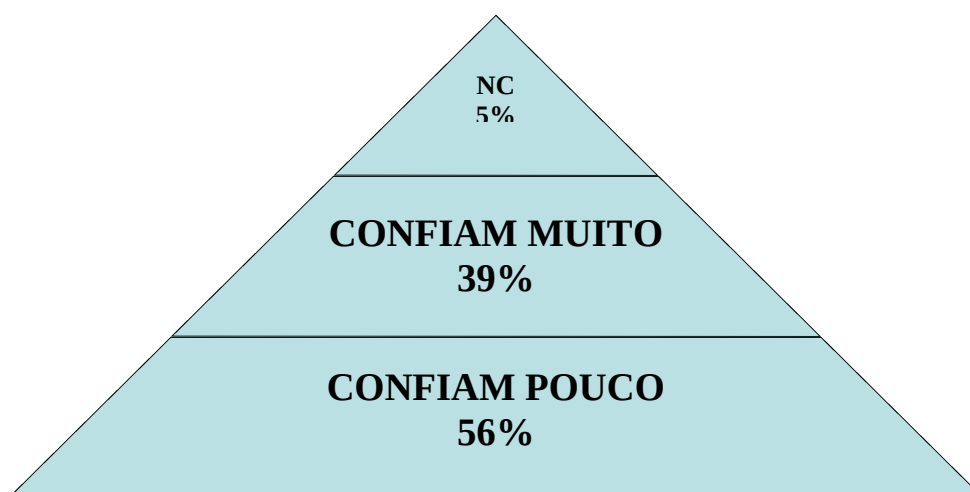


Figura 4: Esquema 2 – Grau de confiança dos cidadãos-usuários entrevistados nos serviços de saúde do SUS.

Fonte: survey da autora/2008.

É possível verificar que o grau de confiança nos serviços de saúde é pequeno, pois dentre os que confiam pouco e não confiam somam-se 61% dos entrevistados, contra os 39% dos que confiam muito. Embora os números sejam inquestionáveis nos seus valores percentuais, o valor de 39% dos que confiam muito, parece ser significativo, e revelar que a demanda à ouvidoria de saúde é uma aposta no aperfeiçoamento e alteração no estado de coisas que estão em vigência, além da crença de que suas necessidades são reconhecidas pelo sistema de saúde.

Já os 61% que confiam pouco ou nada nos serviços de saúde utilizados da rede SUS, parecem apostar que há possibilidade de serem aperfeiçoados a partir de sua participação. Ainda que não sintam que suas demandas sejam reconhecidas como importantes neste momento, acreditam na possibilidade de mudanças.

Há uma questão colocada por Einseberg (2006) que parece contribuir muito para essa discussão da confiança. O autor diz que a confiança não pode ser desvinculada da posição institucional ocupada pelo sujeito dentro das relações de poder de uma sociedade. Isto implica que os profissionais das instituições deverão levar em conta esta questão e investir na construção da vinculação e da confiança destes usuários para além do usual. Um exemplo que merece destaque é o atendimento a pessoas que estão excluídas socialmente, como é o caso de presidiários, alcoólatras, pacientes com transtornos mentais, vítimas de violência doméstica, drogados, entre outros.

As pessoas que se sentem excluídas socialmente, já chegam aos serviços de saúde arredios, duvidosos de como serão tratados pelos profissionais de saúde. Parece haver uma reprodução das categorias sociais para dentro dos serviços, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. Estabelecer outro tipo de vinculação para ambos os lados é um desafio necessário, que exigirá por parte dos profissionais de saúde um investimento diferenciado, no sentido de transpor essas barreiras e garantir uma relação de confiança na condução do projeto terapêutico para aquele indivíduo. Caso contrário a relação passa a ser desde indiferente até reações de violência verbal e física.

Não é objeto dessa pesquisa aprofundar na questão do conceito de confiança pessoal e política, embora seja importante a contribuição do conteúdo para o contexto da discussão⁸.

Outro aspecto relevante para a pesquisa foi a avaliação da participação social, essa pergunta procurou entender o grau de politização, de implicação, que os manifestantes possuíam na construção e regulação das políticas públicas de saúde.

TABELA 10
Avaliação da participação social

Participação Social	Sim %	Não %	Não conhece %
Conselhos de Saúde formalmente organizados	12	41	47
Reuniões na SMS; Conferências de Saúde	24	32	44
Participação em movimentos em prol da saúde nos últimos doze meses	38	62	-

Fonte: *Survey da autora/2008.*

⁸ Sugiro para o aprofundamento teórico a leitura do texto: Dormindo com o Inimigo: Uma Crítica ao Conceito de Confiança. DADOS- Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.49, n. 3, 2006, p. 457 a 481.

Fica constatado que a grande maioria dos manifestantes não participa de nenhum conselho, nem reunião na Secretaria de Saúde do seu município, ou por que não acredita, ou não tem disponibilidade, ou por que não conhece. Mesmo a participação em movimentos em prol da saúde, revela que apenas 38% participaram nos últimos doze meses, como as campanhas contra dengue, que seria um grande motivo para a mobilização, ou o orçamento participativo, que define onde vai ser aplicada parte dos recursos do município, inclusive no setor saúde.

Parece haver uma apatia quanto à participação mais coletiva, uma desestruturação das redes de solidariedade e de filiação social acompanhadas por transformações no processo de construção das identidades das pessoas. Para Ribeiro e Júnior (2003), se de um lado a individuação traz autonomia do indivíduo frente aos constrangimentos sociais, de outro lado, traz uma diminuição do processo de socialização do indivíduo, ao construir uma nova ordem coletiva de categoriais morais e culturais.

Entre os efeitos advindos dessa nova ordem coletiva, o autor destaca uma em especial:

[...] verificamos que o chamamento a integração se faz através do consumo, vedado a grande parte da população de países como o Brasil. [...] hoje; a categorização da questão social desloca-se do eixo produtivo para o eixo da reprodução. Esta mudança tem como marca principal a contratualização e o tratamento localizado dos problemas. (RIBEIRO; JÚNIOR, 2003, p. 88).

Estariamos diante da construção de uma nova cultura cívica? Que papel as instituições intermediárias teriam nesse processo de (re) construção dos coletivos?

Reis B. (2003) fala um pouco dessa apatia na participação social em seu texto Democracia, Igualdade e Identidade, considerando haver um fosso social herdado da longa experiência escravista como um fator cultural na identidade brasileira, que não ajuda na disposição reivindicante, inconformista. Pelo contrário, preserva a humildade que o povão “conhece o seu lugar”, segundo afirma o autor.

Para ele, apesar do fortalecimento da sociedade civil, a possibilidade do inconformismo se manifestar no plano político de forma mais consistente dependeria de uma conexão entre a igualdade, compartilhamento de determinadas condições objetivas, e a redefinição da identidade coletiva.

Nesta perspectiva os mediadores institucionais, incluído aí as Ouvidorias Públicas de Saúde, criariam a possibilidade da reivindicação como direito igualitário para todos, contribuindo para a redefinição das identidades coletivas, em oposição a “cada qual no seu lugar”.

A motivação para o acionamento da Ouvidoria de Saúde foi a questão central para a pesquisa, pois entender o que motivou os manifestantes a acionarem a Ouvidoria de Saúde e resgatarem os caminhos percorridos dentro do sistema de saúde na construção de uma situação conflituosa, sem resposta e sem perspectiva de resolução, é compreender os gargalos vivenciados pelos usuários. Além de conhecer como lidam os gestores diante de situações-problemas, na perspectiva do olhar dos usuários.

Conhecer esse cenário poderá significar substrato para reflexão de como é possível construir a intermediação mais qualificada para processamento dos conflitos.

TABELA 11
Motivação para o acionamento da Ouvidoria de Saúde

Motivação	Nº	%
Assistência Farmacêutica	14	43
Cirurgia eletiva (programada)	03	9
Demora no agendamento da consulta especializada	02	6
Falta de prestação de serviços de saúde pela SMS	02	6
Não agüentava mais sentir dor e ver meus direitos ignorados	01	3
Acúmulo de necessidades sem solução	01	3
Fui zombado pelo Secretário Estadual de Saúde de MG	01	3
Para obtenção de óculos	01	3
Não consegui resposta do serviço acionado	01	3
Para montar uma ouvidoria no município que resido	01	3
Não fui atendida na unidade de urgência	01	3
Assédio moral na Secretaria de Estado da Saúde de MG	01	3
Briguei com o médico por conta do seu atendimento inadequado	01	3
Falta de informação clara do serviço acionado	01	3
Expor a situação precária em que se encontra o CS Vila Cemig no Barreiro	01	3
Péssima atuação da Vigilância Estadual de Saúde de MG	01	3
Total	34	100

Fonte: Survey da autora/2008.

As três maiores motivações para acionamento da Ouvidoria de Saúde, assistência farmacêutica, consultas médicas em especialidades e cirurgia eletiva, são modalidades que têm fluxo definido, protocolos estabelecidos, e recursos financeiros previstos para a consolidação do atendimento. Entretanto, o tempo em que os processos se desenrolam, muitas vezes é longo para os usuários que têm pressa em ver o seu problema resolvido, sendo difícil para eles a compreensão de que o seu caso é menos urgente que do outro. Para ele, que está sentindo o incômodo, é urgente ser resolvida a sua questão.

Em determinados casos, onde o problema ocorreu em função de fluxo errôneo, na falta de informação correta ao usuário, ou em alguma circunstância que haja risco de vida, que o impeça de aguardar na fila, as Ouvidorias de Saúde teriam uma atuação no sentido de restabelecer fluxos, municiar usuários de informações, intervirem na garantia de leito, quando há risco de vida, com vistas à resolução da pendência.

Contudo é relevante nessa discussão, chamar atenção para sua intervenção nas demandas exemplificadas acima, para que não se promova iniquidades, ao passar usuários que reclamaram na frente dos demais, e transformar as Ouvidorias numa terceira porta de entrada.

Ao discutir o processo de acionamento das Ouvidorias de Saúde, parece importante incluir outra questão, que diz respeito à ampliação de acesso trazido com a implantação do Sistema Único de Saúde, para aqueles excluídos anteriormente. E considerar que, se de um lado ampliou-se acesso para toda a população, de outro os altos custos da medicina tecnológica atual, aliados aos poucos recursos para financiamento da saúde, têm penalizado muito os cidadãos, que muitas vezes, vêm suas demandas terem que esperar para serem atendidas, por meses e até por anos.

A Ouvidoria de Saúde passa a ter a missão para além de todas as atribuições mencionadas acima, de informação, de recuperar fios perdidos nos fluxos assistenciais, mas também a de contribuir na pressão de governantes e gestores, a incluírem em suas agendas, temas dessa relevância. Há que se mostrar através de consolidações de informações, de exemplos oriundos das demandas à Ouvidoria, a necessidade de uma gestão mais eficiente e em algumas circunstâncias, maior aporte financeiro, para ampliação da oferta.

Explicar isto aos usuários é muito difícil, pois as pessoas têm a um só tempo necessidades naturais e sociais. Segundo Cordeiro (1985), as práticas de consumo na saúde variam conforme as representações que os grupos têm do corpo, da saúde, da doença e conforme sua própria forma de relação com a prática médica. (CORDEIRO, H. 1985, pg.33)

Como exemplo dessas situações, observa-se que a procura por pronto-atendimento nas unidades de urgência é muito superior à real necessidade, a julgar pelo quadro clínico, o que tem sido observado através da implantação de protocolos de classificação de risco, os quais buscam garantir que os casos mais graves sejam atendidos em tempo mais rápido, em detrimento daqueles usuários que, embora tenham chegado primeiro, estão clinicamente em melhores condições e por isso podem esperar mais.

As Ouvidorias de Saúde terão que transitar em meio a essa série de variáveis: os anseios dos manifestantes ante as suas urgências, a baixa oferta de serviços de saúde x alta

demanda, urgência de resposta dos usuários x sistema com graves fragilidades gerenciais e de recursos financeiros, comumente as consequências são respostas mais demoradas.

De fato, para gerir um sistema com a complexidade que tem a saúde, é preciso criar protocolos assistenciais, que visem a priorização de determinados casos nos quais as pessoas possam estar em risco de vida. É nesse cenário de natureza diversa, que o ouvidor deverá realizar seu processo de interlocução, cujo lema central deve ser *“a vida dos cidadãos vale a pena ser vivida”*⁹.

Procurou-se qualificar a experiência de acesso das Ouvidorias de Saúde Nacional e de Minas Gerais, com o propósito de mensurar se elas cumpriram sua missão maior, da intermediação entre cidadãos e instituições públicas, naqueles conflitos que não conseguiram ser equacionados em outras instâncias.

TABELA 12

Como foi a experiência com o acionamento da Ouvidoria

Qualificação da experiência do acionamento da ouvidoria	Nº	%
Muito boa	24	71
Boa	09	26
Razoável	01	03
Deixou a desejar	00	00
Total	34	100

Fonte: Survey da autora/2008.

Observou-se que as Ouvidorias de Saúde cumpriram seu papel de forma satisfatória, uma vez que 97% dos manifestantes responderam que a experiência foi muito boa ou boa, contra 3% que achou razoável e nenhum deles considerou que as ouvidorias deixaram a desejar, mesmo para aqueles que não tiveram suas demandas atendidas. Houve outra pergunta, em complemento a essa, que indagava se os manifestantes usariam novamente as ouvidorias e 100% respondeu que sim.

Durante a realização das entrevistas foi possível observar que as pessoas precisam falar e serem ouvidas; “suas falas” passam a ser qualificadas por pessoas que representam o poder instituído. Ao manifestarem suas insatisfações têm a possibilidade de desconstruir os discursos e os fatos que envolveram o processo conflituoso, e permitir assim novas

⁹ Citação oral feita por Emerson Merhy, professor de medicina social da UNICAMP, em uma consultoria que prestava ao grupo de profissionais da SMSA-BH em 1994, que gravei no coração, como um lema a ser seguido na minha trajetória profissional.

nomeações para os problemas vividos. DaMatta (1997) diz que o homem é o único animal que fala da sua fala, que pensa o seu pensamento, que responde a sua própria resposta e que é capaz de se diferenciar de modo específico a estímulos universais.

Outra ocorrência social que poderia ser provocada nesse acionamento, é o de contribuir para a diminuição do isolamento social em que se encontram muitos desses cidadãos. Para Katzman (2001) a cultura política e social estaria restrita à participação de alguns. Os injustiçados pela má distribuição de renda estariam duplamente penalizados, por serem pobres e por estarem impedidos de participar de decisões que os afetam. As instituições intermediárias poderiam atuar como instâncias vinculadoras desses indivíduos desgarrados.

Ao final das entrevistas foi perguntado aos manifestantes, o que pensavam sobre a criação de ouvidorias. Essa pergunta pretendeu aferir como eles compreendiam o papel das ouvidorias dentro do contexto político, e do cenário da rede de saúde. Ao mesmo tempo em que os localizava do ponto de vista do conjunto das relações de poder dentro da sociedade.

Algumas citações elucidaram os conceitos cunhados por Nunes (1997), em seu livro “A Gramática Política no Brasil”, dentre eles o do corporativismo e clientelismo, já citado anteriormente. Os entrevistados reconhecem a fragilidade diante das formas como são estabelecidos os fluxos em alguns serviços/instituições para atendimento das demandas de saúde e da necessidade de um intermediário institucional para romperem com essas práticas indesejáveis ao bom funcionamento da gestão dos serviços:

É a voz do povo. A pessoa comum teria dificuldade em ser ouvida nesse país, onde só quem tem dinheiro, ou é político ou tem algum parente importante consegue resolver seus problemas. Por isso penso que esse órgão é importante. (E 20)¹⁰.

Importante instrumento de apoio; orientação e de ajuda ao cidadão, aonde sabemos de nossos direitos, o povo está muito sofrido. (E 07)¹¹.

Em função de termos uma administração pública ineficiente e necessitarmos aumentar a regulação do sistema de saúde, uma vez que essa regulação deve ser imparcial e impessoal. (E 12)¹².

A Ouvidoria está por dentro das leis e sabe como correr atrás daquilo que não sabemos e faz valer nossos direitos, além de ser a única forma do povo ser ouvido. (E 29)¹³.

Contribuir na organização dos serviços. (E 15)¹⁴.

¹⁰ Entrevista oral realizada em 01/07/08.

¹¹ Entrevista oral realizada em 20/06/08.

¹² Entrevista oral realizada em 18/06/08.

¹³ Entrevista oral realizada em 13/05/08.

¹⁴ Entrevista oral realizada em 19/06/08.

A imparcialidade da ouvidoria, colocando que todos devem respeitar as regras. (E 32)¹⁵.

Esses discursos demonstram que há um reconhecimento popular por aquilo que DaMatta (1979) chamou do “Sabe com quem está falando?”, mas ao mesmo tempo uma aposta que algo diferente está acontecendo; há uma esperança e uma credibilidade na instituição da Ouvidoria, as falas são no sentido da exigência de processos mais igualitários, demonstrando que não são mais toleráveis regras diferentes a partir de classes sociais diferentes.

Há um resgate da cidadania através da reivindicação por processos regulatórios, pela transparência, pela informação dos direitos, organização dos serviços, impessoalidade, imparcialidade e transparência na condução da coisa pública.

4.2.2 Entrevistas com os gestores

Conhecer o olhar dos gestores municipais e institucionais sobre o significado das Ouvidorias Públicas de Saúde para a rede assistencial, para o planejamento e gestão dos serviços oferecidos e a inclusão ou não da participação dos cidadãos-usuários nos processos de construção das políticas públicas para a saúde, é fundamental para essa pesquisa. A listagem dos gestores estratégicos¹⁶ e o roteiro de entrevista no anexo F.

A pergunta inicial feita aos gestores procurou incluir seu olhar para a atuação das Ouvidorias de Saúde dentro da rede assistencial. Isto é relevante, uma vez que são eles os responsáveis pelos órgãos acionados quando há manifestação e deverão responder pelas denúncias, solicitações, reclamações e às vezes pelas informações solicitadas.

¹⁵ Entrevista oral realizada em 09/06/08.

¹⁶ Diretor da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte; Diretora da Auditoria Assistencial Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; Presidente da Fundação Hospitalar de Minas Gerais; Superintendente de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; Secretária Municipal de Saúde de Itabirito; Secretária Municipal de Saúde de Igarapé e Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Gerência Regional de Belo Horizonte; Secretária Municipal de Saúde de Caeté; Secretário Municipal de Saúde de Betim; Secretário Municipal de Saúde de Sarzedo; Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretário Adjunto de Saúde de Contagem

TABELA 13
O papel das Ouvidorias dentro da rede de saúde para a gestão

Papel das Ouvidorias de Saúde na rede de acordo com os gestores	Frequência do comentário
Instrumento/ferramenta de gestão	05
Indicador e ausculta do que a população vive no cotidiano	05
Democratiza o acesso a demanda, dá capilaridade	04
O cidadão ser mais bem informado sobre o fluxo dentro da rede de saúde	01
Canal de interlocução e controle social	01
Dá verbalização aos usuários do sistema, que em geral só determinados grupos possuem, como no caso da assistência farmacêutica, àqueles ligados a indústria farmacêutica.	01
Transparência no funcionamento do Sistema Único de Saúde	01
Estabelecimento de uma nova cultura organizacional para a resolução dos conflitos, sem que isso seja considerado uma afronta a gestão. Por mais que sejamos vaidosos e não tenhamos o desejo de ver que existem falhas no sistema que gerenciamos, é preciso o entendimento que as ações de avaliação não podem ser feitas para dentro da máquina apenas.	01

Fonte: Survey da autora/2008.

Nas respostas, os gestores parecem reconhecer a importância da Ouvidoria para contribuir na transparência com a gestão da coisa pública, do acolhimento e da escuta aos cidadãos-usuários do sistema. Parecem reconhecer a impossibilidade que qualquer gestor, por mais dedicado que seja, dê conta de saber tudo que acontece nos serviços disponibilizados pela instituição que gerencia, e enxergam a necessidade dos próprios usuários contribuírem também na fiscalização e regulação dos serviços oferecidos.

Há uma fala de um dos gestores que considerei bastante significativa, onde admite que haja certa vaidade dos gestores em saberem que os serviços que gerenciam não são alvos de problemas, de denúncias. Na prática cotidiana da Ouvidoria de Saúde é perceptível o grau de resistência dos gestores em reconhecer que houve falha nos serviços prestados, como se o desvelamento das deficiências dos serviços que gerenciam pudesse representar uma má gestão por parte deles, ao invés de servir como uma ferramenta para sua gestão. Algumas vezes a postura é de reatividade e recrudescimento para com os mediadores institucionais e usuários.

Talvez se esqueça do grau de complexidade envolvido na gerência de serviços de saúde, vivendo a eterna ambigüidade entre o serviço ideal e o serviço real, o possível. Como gestores, ao mesmo tempo em que têm que projetar o ideal a ser atingido, também deve reconhecer os limites para sua realização.

Outra questão abordada, a seguir do papel das ouvidorias, foi se havia processamento das manifestações na instituição. Conhecer essa realidade nos permite entender se de fato as informações oriundas das Ouvidorias seriam utilizadas como ferramenta para a gestão e planejamento da instituição. Em função das tabelas 14 e 15 serem complementares, a análise das duas será feita conjuntamente.

TABELA 14

Há processamento das manifestações recebidas na instituição que gerencia

Há Fluxo	Nº
Sim	10
Não	00
Não respondeu a pergunta	01
Total	11

Fonte: Survey da autora/2008.

TABELA 15

Existe algum estudo sobre as manifestações recebidas

Comentários	Nº	%
Não há, embora considere importante para conhecer os estrangulamentos	06	55
Não respondeu	03	27
Embora as informações não estejam sistematizadas, incluímos no nosso planejamento, mas pretendo sistematizar melhor.	01	9
Discuto com o Conselho Municipal de Saúde	01	9
Total	11	100

Fonte: Survey da entrevistadora/2008.

Embora 91% dos gestores afirmem que há fluxo para a tramitação das manifestações dentro de suas instituições, nenhum tem um processamento capaz de transformá-las em substrato para o planejamento e regulação das ações de saúde, conforme se verifica na tabela 14, onde não houve nenhuma resposta categórica no sentido de que o banco de dados das Ouvidorias de Saúde é utilizado para o planejamento e gestão. Parece que essa forma de participação ainda é algo novo, o planejamento ainda é objeto restrito dos técnicos e políticos, com pequena inclusão de outros atores sociais.

Foi importante conhecer os motivos pelos quais os gestores entendiam que justificava a criação de uma Ouvidoria. Esta compreensão é fundamental, ao imaginar que a gestão teria um papel de produção de interlocuções e de processamentos de questões trazidas por todos os atores envolvidos na rede de saúde inserida em um cenário de enorme complexidade. Certamente as Ouvidorias de Saúde contribuiriam com a gestão no desvelamento de inúmeras questões a serem mais bem entendidas e também na ampliação de possibilidades para soluções mais adequadas, pois estaria incluído aí o olhar do usuário.

TABELA 16
Justificativas para a criação de uma Ouvidoria

Justificativa	Nº de vezes que houve o comentário
A ouvidoria amplia e reforça a percepção institucional dos problemas	06
Balizador para definições de rumos e de planejamento	04
Consolidação do processo democrático	03
Fortalecimento da participação social	03
Para medir a satisfação do usuário	02
A ouvidoria consegue dar respostas mais ágeis aos usuários	01
Faz uma escuta qualificada	01

Fonte: Survey da autora/2008.

Há uma unanimidade na crença de que as ouvidorias de saúde são uma ferramenta na ampliação da participação e que aproxima usuários da gestão dos serviços, inclusive para a contribuição na formulação de políticas de saúde. Contudo, não há concretamente, até o momento, processamento das manifestações com vistas a serem utilizadas no planejamento da gestão, nem uma agenda de discussão para dentro da gestão, com trabalhadores, chefes de serviços, gerentes de unidades, entre outros, para o aprofundamento conceitual do que isso significa.

Diante da unanimidade em favor da criação de ouvidorias seria preciso entender os porquês, as dificuldades que os gestores encontram para implantá-las. Este entendimento poderá construir possibilidades de elaborar estratégias que dêem conta de transpor, em alguma medida, essas barreiras.

TABELA 17
Fatores dificultadores para implantação de uma Ouvidoria

Dificuldades	Frequência do comentário
Ter profissionais capacitados	05
Trabalhar de forma isenta das pressões corporativas e políticas	04
Recursos financeiros	02
Aumentar o “denuncismo”	01
Interferência e resistência do gestor público (prefeito), uma vez que as fragilidades que são apontadas na gestão são utilizadas na disputa eleitoral pelos partidos opositores, em municípios pequenos.	01
Resistência dentro do próprio sistema e um boicote ao tratar as manifestações de forma lenta e burocrática, comprometendo a credibilidade diante do cidadão-usuário. Sendo conhecida pelos servidores como “central de reclamações”.	01
A população não entende o papel da ouvidoria, utilizando-a como forma de acessar algum serviço “ouvidorização da saúde”. Do ponto de vista institucional é vista como uma instância punitiva, coercitiva, adversária ou de vigilância de conduta.	01

Fonte: Survey da autora/2008.

A maioria das respostas demonstrou haver pouca clareza conceitual sobre o tema. Justificar que há um boicote da ouvidoria pelos trabalhadores, ou uma “ouvidorização”, ou ainda aumentar o “denuncismo” pode ser um indicador de que o assunto foi pouco ou não foi discutido na profundidade merecida pela própria gestão. Inclusive com um déficit de compreensão do papel de agente público que todos os funcionários e gestores deveriam ter e se estão esquecidos, deveriam ser lembrados pelos usuários durante todo tempo.

Revela-se aí um paradoxo interessante entre a primeira pergunta do questionário: O papel das ouvidorias na rede de saúde e esta. Na primeira todos reconhecem a fundamental contribuição das ouvidorias. Entretanto, diante das dificuldades encontradas para a implantação e/ou consolidação, fica um sentimento de que o boicote não é tão ruim assim para os gestores. A ampliação da participação cidadã dá mais trabalho, abre mais conflito, obriga aos gestores a tomarem mais decisões na medida em que desvela as fragilidades nos serviços oferecidos, antes não reveladas. Obrigam com isso aos gestores a saírem de uma posição mais confortável de quem não sabe o que está acontecendo, para outra de ciência dos fatos e, portanto de tomada de decisões. Muitas vezes isso representa medidas coercitivas,

demissões, discussões com equipes, situações que representam desgastes, que nem sempre estão dispostos a viver.

Do ponto de vista dos recursos financeiro e humano capacitado, citado pelos gestores, é importante contextualizar, que na realidade para se ter uma ouvidoria, é mister dispor-se de um local, uma sala, equipamento informacional, que não necessitaria ser exclusivo para a ouvidoria, e um telefone. Quanto aos recursos humanos, cuja condição indispensável para tal atuação deve ser a sensibilidade no reconhecimento das necessidades dos cidadãos, é importante também que sejam da área de saúde, e que tenham uma enorme disposição para o encaminhamento das informações demandadas.

O mais importante de fato é conseguir a impessoalidade, a independência e a garantia legal na construção de uma Ouvidoria, que persiga os princípios da universalidade de procedimentos, onde não seja necessário ser indicado, conhecer alguém ou ser alguém importante. Os municípios pequenos reclamam que uma Ouvidoria seria uma prova material contra a própria gestão. De fato, em uma gestão patrimonialista, de compadres, onde a gestão é feita para alguns, não há de caber uma Ouvidoria. Ela seria “indigesta”.

É fundamental retomar nesse momento que se discute os obstáculos para implantação das ouvidorias pelos órgãos gestores, o conceito cunhado por Edson Nunes, sobre clientelismo e universalismo de procedimento já citado anteriormente no Estado da Arte:

O clientelismo repousa num conjunto de redes personalistas que se estendem aos partidos políticos, burocracias e *cliques*. Estas redes envolvem uma pirâmide de relações que atravessam a sociedade de alto a baixo. As elites políticas nacionais contam com uma complexa rede de corretagem política que vai dos altos escalões até as localidades. Os recursos materiais do Estado desempenham um papel crucial na operação do sistema; os partidos políticos –isto é – aqueles que apóiam o governo –têm acesso a inúmeros privilégios através do aparelho de Estado. Esses privilégios vão desde a criação de empregos até a distribuição de outros favores. (NUNES, 1997, p.32).

Em contraposição ao clientelismo encontra-se a idéia do universalismo de procedimento que estaria associado à noção de cidadania plena e igualdade perante a lei, regidos por um governo representativo. Haveria uma preocupação em que benefícios e encargos públicos fossem alocados de acordo com um conjunto de regras e procedimentos gerais. As Ouvidorias Públicas de Saúde estariam buscando a garantia na busca do universalismo de procedimento para os cidadãos-usuários.

4.2.3. Entrevista com mediadores institucionais

Para a pesquisa foi importante conhecer qual a avaliação dos mediadores institucionais sobre as ouvidorias. A principal finalidade destas entrevistas foi a de entender a percepção que os diversos mediadores têm sobre seu papel de intermediários, interlocutores dentro do contexto da rede de saúde. Aferir se eles se enxergam como colaboradores na construção de políticas públicas de saúde, no processo de regulação e de transparência da gestão dos serviços e especialmente na ampliação da participação social. Foram elementos fundamentais para o tema da pesquisa. A listagem dos mediadores institucionais se encontra no rodapé,¹⁷ e no anexo G o roteiro da entrevista utilizada.

Pelo fato das entrevistas terem tido conteúdos muito diversificados, a opção para apresentá-las foi a seleção de algumas respostas consideradas pela pesquisadora de maior relevância para o objeto dessa pesquisa. A primeira questão levantada foi o que os entrevistados pensam da ouvidoria de saúde no contexto da rede assistencial:

A ouvidoria de saúde é ineficaz para a saúde porque é pouco divulgada- (Conselhos de Saúde de BH e de MG)¹⁸.

É importante para realizar o processo de interlocução e mediação entre o cidadão e o aparelho estatal; o poder público precisa conhecer os serviços prestados sob a ótica dos usuários. (Ouvidor adjunto e Ouvidor da Saúde de MG)¹⁹.

Prestar informações quanto aos seus direitos, fluxos de forma isenta das impregnações políticas. (MP)²⁰.

A Ouvidoria Geral do SUS, dentro dos pressupostos da Constituição Federal no artigo 196, que prevê como uma de suas diretrizes a participação da comunidade, estaria sendo mais um canal de comunicação entre a população e o SUS, acolhendo e buscando soluções e informações sobre os serviços de saúde pública. (Diretor Ouvidor SUS)²¹.

As opiniões transitaram em escalas bem diferenciadas, desde os dois conselhos de saúde que responderam não ter importância por conta da sua pouca divulgação, até a citação

¹⁷ Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; Promotora de Justiça de Defesa da Saúde; Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Ouvidora da Secretaria de Saúde de Betim; Ouvidora da Secretaria de Saúde de Contagem; Ouvidora da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte; Ouvidor da Saúde da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais; Ouvidor adjunto da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais; Diretor do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

¹⁸ Entrevista oral realizada em 22/05/08.

¹⁹ Entrevista oral realizada em 17/06/08.

²⁰ Entrevista oral realizada em 27/06/08.

²¹ Entrevista oral realizada em 19/06/08.

da garantia dos preceitos legais da Constituição Federal de 1988, citado pelo Diretor do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.

As considerações feitas pelos conselhos de saúde estadual e do município de Belo Horizonte, na realidade não respondem a pergunta, pois o fato de ser pouco conhecida, assim como o são os conselhos, não fere a sua legitimidade no desempenho de suas funções. Apenas aponta para uma preocupação pertinente da necessidade de serem mais divulgadas, para que o maior número de pessoas possa se beneficiar.

O Ministério Público e os ouvidores demonstraram perseguir sua missão dentro do sistema de saúde, citando seu papel de interlocução, informação e impessoalidade tão desejáveis ao desempenho desse espaço.

Em entrevista com o Diretor da Ouvidoria Geral do SUS chamou a atenção sobre o princípio da legalidade ao qual se baseia a criação das ouvidorias. Lembra-nos que essa reivindicação teve sua trajetória nos primórdios das discussões da oitava conferência nacional de saúde, e que a partir dela, foi possível garantir grande parte do artigo 196, da Constituição Federal de 1988, onde havia a defesa intransigente pela ampliação da participação popular nos desígnios da saúde.

Em princípio essa preocupação com a presença dos cidadãos-usuários nas decisões das políticas públicas de saúde foi a grande bandeira dos que lutavam pela reforma sanitária; entretanto, com o passar dos anos, a implantação do Sistema Único de Saúde revelou outras questões relevantes da participação social, como a qualidade da deliberação, da informação e da própria representação dos membros conselheiros

A verificação do que os mediadores institucionais entendem como sendo papel das ouvidorias e de outros mediadores é fundamental, pois de fato guardam grande similaridade entre si:

Em termos de informações não há diferença. Porém o MP tem a possibilidade de transformar a manifestação em ação penal e de coletivizar as ações. As pessoas procuram essas instâncias por acreditarem na capacidade de intermediação. Entretanto é importante perguntar sempre ao recebermos uma manifestação: Para quê e o Por quê ? É importante avaliar-se os resultados, para que essa instância não seja utilizada como a 3ª porta de entrada e contribuir-se para aumentar a iniquidade no acesso ao sistema de saúde. (MP)²².

O MP é o fiscal da lei, o representante dos cidadãos no judiciário, a instituição que atua na defesa da democracia. As ouvidorias contribuem através de relatórios

²² Entrevista oral realizada em 27/06/08.

gerenciais, para o redirecionamento das políticas públicas- (Diretor Ouvidoria do SUS)²³.

A Ouvidoria seria o espaço onde as pessoas fazem denúncias, embora o CES também receba. O CES-MG tem como sua principal atribuição a de participar na formulação de políticas públicas de saúde. (Conselho Estadual de Saúde de MG)²⁴.

Os conselhos têm impactado pouco no sistema de saúde, pois há uma briga interna, uma rivalidade por conta da informação, que não é democratizada. Esse espaço não tem conseguido se estabelecer como privilegiado para as discussões de conflito. Falta espírito de coletividade, de democracia. Talvez fosse necessário criar uma estrutura mais formal, mais profissional para os conselhos. Ter pedagoga, psicólogo, contador, não sei... Pode ser que dessa forma tivessem mais legitimidade. Afinal a estrutura dos conselhos é cara e o que produzem? Os conselhos não existem porque o gestor quis, isso é regulamentado. (MP)²⁵.

Sim, existem diferenças. O Conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, enquanto a Ouvidoria é um serviço especializado, que faz a mediação em busca do equilíbrio entre os entes envolvidos, a fim de dirimir as divergências. Mas o trabalho de ambos conflui para a garantia da participação da população na gestão do SUS. (Ouvidor de Saúde MG)²⁶.

É possível verificar que todos os mediadores institucionais têm clareza quanto ao fato de atuarem no sentido de acolherem manifestações conflituosas, como também encaminhá-las para esclarecimentos junto aos órgãos envolvidos. No entanto, apenas o Ministério Público, dentre todos os outros mediadores, tem a competência legal de transformar a manifestação em processo legal. Outra diferença que não está explicitada aí é de que os ouvidores pertencem a categorias específicas do âmbito de atuação da ouvidoria. Por exemplo, o ouvidor da saúde é profissional da saúde, e assim por diante, enquanto no Ministério Público a única exigência com relação a graduação é de que seus membros sejam bacharéis em direito. Este fato poderá ter implicações muito diferenciadas na tramitação e encaminhamentos dos processos.

De um lado a pequena vivência do Ministério Público acerca das questões que envolvem o cotidiano da saúde e de como se organizam os fluxos e protocolos assistenciais, o gerenciamento dos serviços, o processo de trabalho das equipes e até mesmo os mecanismos de defesa dos trabalhadores ante a privação extrema, tanto física como social daqueles cidadãos atendidos, pode apresentar-se como uma complexidade muito grande para a compreensão de alguém de fora. Contudo, por outro lado, a contribuição do olhar “estrangeiro” sobre as diversas questões da saúde poderá garantir a estranheza necessária para

²³ Entrevista oral realizada em 19/06/08.

²⁴ Entrevista oral realizada em 22/05/08.

²⁵ Entrevista oral realizada em 27/06/08.

²⁶ Entrevista oral realizada em 17/06/08.

a construção de outras interrogações salutares ao processo de transformação do que está posto.

A fala do Ministério Público revela e expõe uma questão bastante complexa, fala das rivalidades internas dentro dos conselhos, da baixa qualidade na deliberação de questões da saúde e interroga sua legitimidade dentro do processo. Entretanto, a leitura mais adequada a esse contexto não seria de legitimidade, mas sim a discussão da representatividade, uma vez que em outros momentos da entrevista reconheceu a legitimidade dos conselhos criados por lei.

As duas questões de maior centralidade em que orbita a discussão dos conselhos de saúde constituem-se, na opinião da autora, na qualidade da deliberação e no quão os conselheiros têm representado de fato os anseios dos cidadãos-usuários.

Quanto à questão da representação, parece ser importante resgatar o conceito cunhado por Michels, sobre a “Lei de Ferro das Oligarquias”, já mencionada anteriormente, no capítulo 2, na discussão sobre democracia. Para ele um partido que cresce muito se afasta de suas bases e dos seus ideais. Poderia se pensar que os conselheiros de saúde, representantes do segmento usuário podem também viver esse afastamento daqueles que utilizam os serviços de saúde.

A contribuição de Avritzer (2000) para o conteúdo desta discussão sobre deliberação é imperiosa. Clarear nossa compreensão a respeito do desenvolvimento do processo de deliberação no interior dos Conselhos de Saúde é fundamental para o tema deste trabalho, uma vez que os Conselhos são interlocutores e intermediários entre cidadãos e gestores/trabalhadores da saúde, e ainda têm a responsabilidade de decidir sobre as políticas de saúde a serem implantadas e avaliar as que estão em vigência.

O autor reconhece que o espaço para a democracia deliberativa devem ser os fóruns entre o Estado e a Sociedade, como os Conselhos, o orçamento participativo, entre outros. Aponta três elementos centrais para a ocorrência da argumentação deliberativa, dentre eles, a cessão de um espaço decisório por parte do Estado em favor de uma forma ampliada e pública de participação das maiorias e minorias, dos interesses distintos; o segundo elemento envolve a socialização das informações, partindo do pressuposto que as informações estão incompletas e que os atores sociais é quem trarão mais elementos para que a deliberação contemple os problemas envolvidos e as soluções a serem construídas coletivamente. O terceiro e último elemento central passa a ser a possibilidade de variação e não de repetição institucional; significa que o grau de complexidade adquirido pelas sociedades inclui um pluralismo de interesses, valores e concepções morais. Neste cenário há necessidade de outras formas de

socialização das informações e de experimentação que permitam a acomodação das diferenças em novos arranjos administrativos.

Partindo do pressuposto que as incompletudes de informação e de acúmulos dos diversos atores envolvidos no processo de deliberação farão a diferença na construção da decisão, a garantia de que não haja deslocamento dessa representação no momento da deliberação é fundamental para o sucesso das alternativas de soluções.

Quer dizer que o desejável é que o cidadão-usuário fale a partir desse lugar e não do lugar da gestão, ou do trabalhador e assim sucessivamente com as outras representações. O lugar de fala de cada representação não pode ser deslocado ou cooptado, uma vez que nenhum dos membros representantes dos diversos segmentos é capaz de estar em todos os lugares da representação ao mesmo tempo.

Ainda nesta questão, é importante realçar que poderá haver intencionalidades diferentes dos diversos segmentos dos conselhos quanto à questão da informação. Todos estarem suficientemente informados sobre algum item da pauta de deliberação poderá significar uma ameaça a alguns interesses localizados, clientelistas, em torno de projetos específicos de algum segmento.

Talvez os conselhos reproduzam, dentro de um micro sistema, as relações de poder da sociedade. O desafio está em como repensar esse lugar plural dos diversos interesses dos segmentos aí representados, na construção das políticas públicas de saúde e na ampliação da participação social.

Para Cordeiro (1999), a crise da modernidade resultou também em uma crise da linguagem. Segundo o autor muitas vezes, uma voz não é suficientemente entendida no seu poder de dizer, pois nem sempre os ouvidos estão preparados para escutar. Portanto é preciso re-ler o problema. Retomar o problema, avançar de uma simples declaração de que ele existe, para uma descrição, ainda que nesse processo haja ameaça pela sua “desocultação”.

O papel dos diversos mediadores, incluídos aí as Ouvidorias Públicas de Saúde, na construção de arranjos administrativos mais plásticos, capazes de levar em conta toda a complexidade que porta o setor saúde e de participar na construção de processos onde os atores envolvidos possam se aprofundar mais nas questões, homogeneizar conceitos, nomear e descrever os problemas, para então pensar em propostas de soluções adequadas e factíveis as questões apresentadas, de forma consistente e transformadora, parece ser um ideal a ser perseguido na construção de uma deliberação qualificada.

A questão formulada para os mediadores sobre as justificativas para a criação de ouvidorias procurou mensurar de que forma estão construídas as referências conceituais em

torno do tema. Entender o formato de uma ouvidoria para aqueles que estão atualmente exercendo a função de intermediação, significa a compreensão do modelo de sua atuação e a depender estarão ou não consolidando processos de alargamento democrático. Para melhor elucidar a questão, passo a reproduzir algumas falas sobre “os porquês” da criação de Ouvidorias para os mediadores institucionais:

Pela transparência nos serviços, geração de dados e interação entre os diversos atores. (Ouvidora de Contagem)²⁷.

É um instrumento que contribui em direção a garantia dos direitos individuais e na defesa da vida. (Ouvidoria de Saúde de MG)²⁸.

Sempre justifica. “Faça isso antes que alguém faça por você”. Oportuniza outras formas de resolver o problema. Há uma crítica mais qualificada através desses mediadores institucionais. Ninguém gosta de ver apontado suas fragilidades; quanto mais intelectualizados os gestores, pior é. Entretanto o SUS ainda é muito frágil em termos de crítica qualificada. (MP)²⁹.

A Ouvidoria é a garantia do preceito institucional da população na gestão do SUS. (Diretor Ouvidor SUS)³⁰.

Com certeza, acho até que deveria ser descentralizado nos distritos sanitários de Belo Horizonte. (CMSBH)³¹.

Atua como mediador de conflito, aumenta a participação popular. É uma ferramenta para a gestão, garantia dos direitos individuais, além de promover a informação. (Ouvidora de Betim)³².

Há uma avaliação geral positiva quanto ao incremento e criação das ouvidorias de saúde por parte de todos os mediadores institucionais, por aumentar a transparência, a informação, a qualificação das críticas e a garantia do preceito institucional do Sistema Único de Saúde.

Para o propósito da pesquisa e contribuições futuras na criação de outras ouvidorias, especialmente na saúde, objeto central deste trabalho, é fundamental conhecer o que pensam os mediadores institucionais sobre os obstáculos para criação de ouvidorias:

o das Ouvidorias Públicas manterem-se independentes e imparciais dentro da

²⁷ Entrevista oral realizada em 29/05/08.

²⁸ Entrevista oral realizada em 17/06/08.

²⁹ Entrevista oral realizada em 27/06/08.

³⁰ Entrevista oral realizada em 19/06/08.

³¹ Entrevista oral realizada em 22/05/06.

³² Entrevista oral realizada em 24/06/08.

máquina governamental. (Conselho Estadual Saúde/MG)³³.

A garantia da imparcialidade. Os ouvidores devem ser eleitos de forma democrática e seu cargo deve ser desvinculado da gestão pública. O Ouvidor é antes de tudo, um ente público, que trabalha e responde apenas a população. (Diretor Ouvidor SUS)³⁴.

Ter uma regulamentação, lei ou outro instrumento jurídico que garanta ao ouvidor: mandato, independência, atribuições e a impessoalidade no exercício de suas funções. (Ouvidor da Saúde de MG)³⁵.

As falas são muito relevantes, uma vez que todas apontam para a necessidade das ouvidorias criadas estarem garantidas em lei, para cumprir o princípio da imparcialidade, impessoalidade na defesa dos interesses dos cidadãos. Fica clara a preocupação dos Ouvidores em garantir a independência do órgão executivo específico, considerado como princípio fundamental ao exercício da função.

A fala relevante do diretor da Ouvidoria do SUS quanto ao compromisso primeiro do Ouvidor com o cidadão, demonstra uma clareza de seu papel dentro do processo de intermediação. Caso os ouvidores direcionem seu foco para um compromisso primeiro com a gestão, e passem a justificar junto aos cidadãos-usuários as dificuldades para gerenciar serviços de saúde, não estariam contribuindo na intermediação e transformação dos processos, mas blindando o executivo, que continuaria insensível e sem conhecer as reais demandas dos cidadãos.

Nesta circunstância as Ouvidorias seriam transformadas em meros “call centers”, em um depósito de reclamações e lamentações, sem nenhuma possibilidade de transformar o que está posto e não estariam participando da construção de processos mais democráticos.

4.2.4. As ouvidorias públicas de saúde como um instituto de ação social: reflexões finais sobre a pesquisa de campo

A contribuição de Edson Nunes em seu livro “A Gramática Política do Brasil” é fundamental nesta reflexão. O produto do *survey* demonstrou que as respostas dadas pelos

³³ Entrevista oral realizada em 22/05/08.

³⁴ Entrevista oral realizada em 19/06/08.

³⁵ Entrevista oral realizada em 17/06/08.

diversos atores estratégicos transitaram fundamentalmente entre dois conceitos cunhados por ele, *clientelismo e universalismo de procedimentos*.

Para Nunes (1997) o clientelismo repousa em um conjunto de redes personalistas que se estendem a partidos políticos, burocracia, e atravessam a sociedade de alto a baixo. Considera que no Brasil contemporâneo, o sistema clientelista assume o lugar de canais de comunicação e representação entre a sociedade e o Estado. Para ele, o clientelismo tornaria possível a vocalização de demandas específicas para os estratos mais baixos da população. (NUNES, E, 1997, pg. 29)

Carvalho (1998) em seu texto “Pontos e Bordados”, cita a definição de Kaufman (1977) sobre clientelismo, onde o autor diz que em geral este indica algum tipo de relação entre atores políticos que envolvem concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, vantagens fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto. (CARVALHO, 1998, pg. 134)

A cultura política brasileira é marcada por práticas pouco universais no trato com a coisa pública, desde a Primeira República, que foi de 1889 a 1930, marcado pelo poder dos coronéis. Carvalho (1998) recupera o conceito de coronelismo distinguindo-o do clientelismo.

O autor entende que o coronelismo era um sistema político baseado em barganhas entre o governo e os coronéis, onde o primeiro garantia cargos públicos e o segundo a hipoteca do seu apoio ao governo. Já no clientelismo há a possibilidade de mudar de parceiros, aumentar ou diminuir ao longo da história, além de dispensar a presença de coronéis, uma vez que acontece entre governo ou políticos e setores mais pobres da população. (CARVALHO, J.M.,1998, p.132-133)

Em contraposição ao clientelismo, algumas tentativas para corrigir esta prática podem ser observadas, desde a década de 30, quando várias decisões políticas buscaram procedimentos mais universais, baseados em um conjunto de regras a ser cumprido por todos igualmente, onde o ideal perseguido era a idéia da cidadania plena. Um exemplo disto foi a criação do DASP- Departamento de Administração do Serviço Público, em 1938, que serviu para reforçar o universalismo de procedimento no desempenho de suas atividades.

Outras iniciativas de criação de leis que regulavam o emprego no serviço público, a constituição de uma burocracia que levava em conta decisões técnicas, a busca pela impessoalidade e a restrição ao clientelismo, tem sido uma ideal perseguido por muitos atores sociais e políticos.

Apesar de todas estas tentativas, as duas linguagens ainda coexistem no Brasil contemporâneo. Segundo Nunes (1997), há uma tensão permanente entre o universalismo de

procedimento e o clientelismo, onde as relações pessoais são cruciais para se obter êxito naquilo que se pleiteia, desde conseguir um emprego até um pedido aprovado por um órgão público; desde encontrar uma empregada doméstica até fechar um contrato com o governo; desde licenciar o carro até obter assistência médica adequada. (NUNES, E, 1997, pg. 32)

As Ouvidorias surgem neste contexto, para cobrar das instituições a busca pelo universalismo de procedimento, em detrimento ao clientelismo. A fala dos cidadãos-usuários entrevistados na pesquisa de campo revela que há uma aposta na possibilidade de mecanismos mais igualitários e universais, na garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, como na prestação de informações confiáveis. Houve uma tendência desse segmento em considerar como indispensável a intermediação das Ouvidorias na relação entre cidadão e Estado, como garantia dos direitos individuais e busca pela transparência no processo de gestão. Uma das leituras possíveis em relação a isto é o reconhecimento destes, com relação à forte presença ainda do clientelismo como padrão da nossa cultura.

As Ouvidorias estariam vocalizando as demandas, ao mesmo tempo em que também estariam aumentando a transparência dos processos de acesso e gestão dos serviços ofertados, em especial das camadas mais pobres, uma vez que a pesquisa demonstrou que uma grande maioria dos entrevistados tinha renda mensal entre 1 a 5 salários mínimos, em substituição ao ator político, “aos mandões” reduzindo ou até retirando-lhe o controle dos recursos institucionais disponíveis, em troca do voto.

Os gestores entrevistados admitiram a importância de uma Ouvidoria de Saúde como um espaço legítimo de escuta das demandas do cidadão-usuário, como também ser ela uma ferramenta para a gestão, junto ao processo de planejamento das ações de saúde. Entretanto, nenhum gestor declarou categoricamente usar as informações advindas das Ouvidorias do SUS e de Minas Gerais para a realização de planejamento das ações de saúde.

Ainda que as Ouvidorias Públicas de Saúde proporcionem à gestão a oportunidade de construir um planejamento de ações mais próximas das necessidades apontadas pelos cidadãos-usuários, seja através das informações originadas pelos processos instaurados, seja a partir dos relatórios periódicos disponibilizados pelos institutos, observou-se a necessidade destas serem lapidadas e incluídas, de fato, como uma ferramenta para a gestão. Segundo Nunes (1997) sempre que ocorre uma transformação importante, uma passagem - como a industrialização ou uma revolução política, ela exclui várias alternativas e abre inúmeras outras. É possível levar em consideração que a inclusão destas informações poderá representar para a gestão, a abertura de novos tipos de conflitos, diferentes daqueles que já conhecem.

Os mediadores institucionais tocaram em conceitos fundamentais para quem exerce a função de intermediar conflitos entre cidadão e Estado/Instituição. Os entrevistados demonstraram a preocupação em ter a função garantida em lei, e a manutenção da imparcialidade e impessoalidade na condução da coisa pública.

Por princípio, a criação de espaços intermediários entre cidadão e Estado significaria a busca pela linguagem do universalismo de procedimento em contraposição ao clientelismo, a intermediação de políticos, interessados em voto. O caso dos Conselhos de Saúde, no entanto, guarda outro viés, uma vez que além de intermediários, interlocutores, também há uma disputa de classes. De um lado, a dos trabalhadores e, de outro, a gestão dos serviços. A representação do segmento usuário, em tese, reivindica o atendimento das demandas de saúde da população. Haveria além do clientelismo, o corporativismo no interior das deliberações dos Conselhos de Saúde?

Nunes (1997) define o corporativismo como sendo formalizado por leis; reflete uma busca de racionalidade e de organização que desafia a natureza informal do clientelismo; busca a incorporação e o controle e determina os limites da participação.

O autor considera que o corporativismo e o universalismo de procedimento têm uma etiologia diferente: a legislação corporativa busca inibir a emergência de uma ordem de conflitos de classe, enquanto o universalismo de procedimento tenderia a emergir como a segunda melhor opção ao conflito ou impasse. Tal como o clientelismo contemporâneo, o corporativismo é uma arma da engenharia política dirigida para o controle político e intermediação de interesses e controle de fluxo de recursos materiais disponíveis. (NUNES, E, p. 36-37)

A inclusão destes conceitos trazidos por Edson Nunes sobre A Gramática Política no Brasil ajuda na compreensão das instituições formais e da vida social brasileira, para aqueles que atuam em instâncias de mediação e interlocução. Ter esta clareza que elas existem e que resistem no interior das relações institucionais, como um registro da nossa cultura política, é fundamental, para que se possa efetivamente transformá-las, em direção à garantia de procedimentos mais universais, mais justos e que busquem a cidadania plena.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, procurou-se desenhar desde o primeiro capítulo, a construção dos processos democratizantes vivenciados em nosso país, na busca da compreensão dos contextos políticos e sociais que apontam o nascedouro das ouvidorias, especialmente as da saúde. Ao falar-se em Ouvidorias Públicas de Saúde, imediatamente, remonta-se a idéia de uma esfera de regulação, controle, vocalização e escuta institucional. A perspectiva de sua existência no Brasil origina-se a partir de uma “crise de governabilidade”, que demandou do Estado profundas reformas.

Para Diniz (1996) a tensão entre as formas de alcançar os objetivos da nova agenda pública, estabilização econômica, reinserção internacional e institucionalização da democracia, tornaram-se parte constitutiva da crise de Estado, já que os meios postos em prática para realizar as metas econômicas dificultariam o aprimoramento democrático. A eficácia na administração da crise e consolidação democrática foi conduzida como alvos contraditórios. (DINIZ, 1996, p.11).

Os elementos constituintes dessa crise tiveram sua interface no enfraquecimento das políticas econômicas estatais, com uma incapacidade de alocação eficiente dos recursos financeiros e de outro lado, o desafio da inclusão cidadã. Houve, portanto, uma pressão enorme de demandas reprimidas, pelos vinte anos de ditadura, por políticas sociais mais efetivas. Essa multiplicidade de pressões levou o governo a uma paralisia e perda de credibilidade.

Diante desse quadro, os principais desafios dos governos, passam a ser a um só tempo, reduzir ao mínimo seus gastos, mas também garantir a consolidação democrática de fato, para além da formatação legal.

Embora o sistema político brasileiro cumprisse, formalmente, os requisitos básicos da poliarquia, de eleições livres, periódicas e diretas, era insuficiente para dar conta da institucionalização da democracia, na relação entre o Estado e os cidadãos.

Seriam necessárias outras formas de garantir o alargamento democrático, outros espaços de intermediação. As Ouvidorias surgem, enquanto instituições concebidas com o objetivo de dar transparência às atividades do Estado, de recuperar a credibilidade perdida, através da produção de informações, de recomendações quanto às políticas a serem adotadas.

As prerrogativas de uma Ouvidoria, entretanto, serão consolidadas ou não, mediante o desenho institucional dado pelo Estado, sua intencionalidade para com a sua criação, fator

determinante para a definição de suas atribuições e de seu papel, que poderão variar na relação a ser estabelecida frente aos demais órgãos do Estado.

O Estado que tem na Ouvidoria uma perspectiva de construí-la para ser uma ferramenta de sua gestão, favorecendo a transparência de seus atos, e usando-a como um permanente canal de comunicação para informações e participação na coisa pública, certamente fará uma definição clara de suas atribuições e da necessidade de uma relação parceira, para os órgãos executores das políticas públicas. Onde estes deverão responder e esclarecer as Ouvidorias em tudo àquilo que elas necessitam para informar satisfatoriamente aos cidadãos que as demandarem.

De outro modo, os governos que criam ouvidorias sem as legitimar enquanto lócus de interlocução entre cidadão e Estado, sem efetiva atuação junto aos órgãos executores de políticas públicas, cuja intencionalidade aparece difusa e indefinida, poderá estar reduzindo-a a um Call Center para reclamações aos consumidores de serviços estaduais.

As discussões promovidas pelas Ouvidorias junto a outros órgãos incluem a possibilidade de serem elas interlocutoras qualificadas e independentes, capazes de transformar o que está colocado, a partir do olhar do cidadão. Nesta perspectiva poderá ser considerada como um órgão que é sensível aos anseios dos usuários na busca da eficiência dos serviços prestados e capaz de promover processos democratizantes.

Além das Ouvidorias, que a princípio nascem com a proposta de ter controle horizontal das atividades do Estado, recebendo denúncias e reclamações quanto à ação deste último e produzindo informações independentes e autônomas, o Ministério Público brasileiro da forma como foi definido a partir da Constituição Federal de 1988, é outra instituição que também exerce *accountability* horizontal na medida em que impõe o cumprimento da lei e fiscaliza o poder público através da ação civil pública.

Contudo, não basta criá-las em lei. As várias formas de *accountability* horizontal concebidas especificamente com o objetivo de controlar determinadas atividades do governo, terão enquanto variáveis “sine qua non”, a sua eficácia e eficiência, para determinarem a consolidação ou não, do regime democrático.

A pesquisa apontou de maneira decisiva, por todos os atores entrevistados, que as Ouvidorias Públicas de Saúde, o que poderia ser considerado extensivo a qualquer outra Ouvidoria especializada, *se constituem em um canal de interlocução entre cidadão e Estado*.

Mas, é preciso apontar as possíveis fragilidades na construção de Ouvidorias. Dentre elas, a imprescindível necessidade de serem criadas por lei, com atribuições e competências

definidas, mandato estabelecido para o ouvidor, para que não sofra pressão dos órgãos executivos no exercício de sua função.

Cabe perguntar se o desejável não seriam Ouvidorias criadas e monitoradas pelo legislativo. A ligação com o executivo poderá representar uma possibilidade maior de haver pressão na análise dos processos, quando se tratar de órgãos da mesma esfera governamental. Embora no legislativo também possa ocorrer alguma forma de pressão, a amplitude e a correlação de forças dos diversos partidos ali representados, ofereceria certa proteção ao trabalho das Ouvidorias. O exemplo do Ombudsman Sueco, das Ouvidorias na Europa, parece ser interessante enquanto modelo de imparcialidade e impessoalidade. Entretanto, já é um avanço a constituição de Ouvidorias, no atual cenário político brasileiro, ainda que certas peculiaridades mereçam ser observadas no momento de sua criação e implementação.

Aliados às fragilidades apontadas acima, há ainda a necessidade de serem criados espaços de discussão permanente entre os diversos mediadores institucional, com vistas à construção de uma ação mais potente e qualificada junto aos órgãos executores das políticas públicas de saúde. A possibilidade de qualificar as demandas em espaço partilhado entre eles, parece ser um ganho em relação a outros espaços até então constituídos, a exemplo dos Conselhos de Saúde.

Além da garantia na qualidade da tramitação dos processos recebidos pelos ouvidores, pois não é desejável que este seja apenas um atravessador de demandas, mas que as qualifiquem no processo de interlocução, também é preciso garantir a um só tempo, qualidade nesse processo de intermediação e tempestividade, ou seja, respostas rápidas aos manifestantes. Essa garantia só será possível a partir de duas prerrogativas, por uma ação do governo central, onde este determine a importância da Ouvidoria dentro do poder executivo e na pactuação entre as Ouvidorias e as diversas instituições envolvidas.

As indagações iniciais que constituíram objeto desta pesquisa apontam para uma resposta positiva, por parte dos atores entrevistados, a constituição das Ouvidorias Públicas de Saúde como uma ferramenta para a gestão e de controle social. Entretanto, para que isso seja verdade, dependerá de algumas variáveis na construção do seu desenho institucional, da intencionalidade dos governos que a criaram, e especialmente do desejo efetivo dos cidadãos em participarem dos processos de regulação e planejamento tão almejado em tempos pretéritos.

Neste contexto parece oportuno terminar as *considerações finais* com uma reflexão de João Guimarães Rosa citado por Cordeiro (1985): “Todo abismo é navegável a barquinhos de papel”, pois há uma longa construção de processos democratizantes em nosso país, mas

apesar de todas as fragilidades na consolidação, é possível apostar na sua efetivação, mesmo que seja com barquinhos de papel.

REFERÊNCIAS

ALMOND, G. & VERBA, S. The Civic Culture. Boston, Little, Brown and Company, 1965.

ANASTASIA, Fátima. Responsabilización por el control parlamentario. In: Consejo Científico del CLAD. (Org.). **La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana**. Buenos Aires: Eudeba, 2000, p. 16-115.

AVRITER, L. Sociedade civil e Democratização. In: ARATO, Andrew; COHEN, Jean (Org.). **Sociedade civil e Teoria Social**. Belo Horizonte: Del Rey. 1994. p. 01 – 11.

BRASIL. Constituição (1988). 2 ed. São Paulo, **Revistas dos Tribunais**, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº. 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre os princípios e normas da Administração Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de junho de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS-Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. **Relatório final apresentado na Décima Conferência Nacional de Saúde**, Brasília. 1996. 124 p. Disponível no site <http://www.portal.saude.gov.br>, disponível em PDF. Acesso em 27/01/2008.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 266, de 1984. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF.

BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 92 700, de 21 de maio de 1986. Institui a função não remunerada de Ouvidor da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de maio de 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 4.726, de 09 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de Junho de 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 5.841, de 13 de Julho de 2006. Revoga o Decreto nº 4.726, de 09 de Junho de 2003 e aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de julho de 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Poder Executivo. Decreto nº 5.974, de 26/11/2006. Revoga o Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006 e Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 de novembro de 2006, p. 8.

BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 5683/2006, de 24 de janeiro de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Controladoria-Geral da União, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de janeiro de 2006. Disponível em <http://www.cgu.gov.br/Legislacao/Decretos.asp>.

BRASIL. Constituição (1988). Decreto nº 93 714, de 15 de dezembro de 1986. Dispõe sobre a defesa de direitos do cidadão contra abusos, erros, omissões na Administração Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 de dezembro de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF.

BRASIL, Ministros de Estado da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86 de 22 de agosto de 1986. Constitui a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BECKER, Howard S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec. 1983.

CAMPOS, ROSANA O. O Encontro trabalhador – usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 3, p.573-583, 2005.

CARNEIRO, Ladeira Carla B. **Governança e Accountability: Algumas Notas Introdutórias**. Trabalho realizado para disciplina “Governança, Accountability e Democracia”, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania: tipos e percursos. **Revista Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 337-359, 1996.

CARVALHO, José Murilo de Carvalho, Pontos e Bordados: Escritos de História e Política, Ed. UFMG, Belo Horizonte, 1998, 130-153p.

COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, M. **Participação e deliberação**. São Paulo: 34. 2004.

COMPARATO, Fábio Konder. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, CEBES, 1985.

CORDEIRO, S. J. C. **Hermenêutica e a Crise da Modernidade**. 1999. 181 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

DaMATTA, R. **Carnavais, Malandros e Heróis: Para uma Sociologia do Dilema Brasileiro**. Cap. 5. Rio de Janeiro: Guanabara. 1979. 287p.

DaMATTA, R. **Relativizando: Uma introdução à Antropologia Social**, A antropologia no quadro das Ciências Sociais. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1997.

DAHL, Robert A. **La Poliarquia: Participação e Oposição**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. Prefácio: Fernando Limongi; tradução Celso Mauro Paciornik. (Clássicos; 9).

DAHL, Robert A. **La Democracia y sus críticos**. Barcelona: Paidós.1993.

DAHL, Robert A. **Despues de la Revolucion?** Barcelona: Gedia. 1994.

DINIZ, Eli. **Crise, Reforma do Estado e Governabilidade**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 1997.

DINIZ, Eli. Governabilidade, Governance e Reforma do Estado: Considerações sobre o novo paradigma. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**. Brasília: ENAP, ano 47, v. 120, n. 2, p. 5-21, mai-ago.1996.

DOMINGUES, José Maurício. **Sociologia e Modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2005.

DUARTE, Rosália. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o Trabalho de Campo, Cadernos de Pesquisa, nº 115, p.139-154, março/2002.

EINSENBURG, José e JÚNIOR, João Feres. Dormindo com o Inimigo: Uma Crítica ao Conceito de Confiança. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro. v. 49, n. 3, p. 457-481. 2006.

FLEURY, Sônia. **A Reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade**. Ciência e Saúde Coletiva v. 12, n. 2 Rio de Janeiro, abr. 2007.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. **O Regime Jurídico das Ouvidorias Públicas Brasileiras: Causalidade de Sentido e Adequação Estruturo - Funcional**. 511 fls. 2000. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GOMES, Romeu. Os Homens cuidam pouco da sua saúde. **RADIS**, n. 74, Rio de Janeiro, out. 2008, p. 19. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis.

GRAU, Nuria Cunnill. **Nudos críticos de La accountability societal**: extrayendo lecciones de su institucionalizacion em American Latina. In: Conferencia Políticas de Control Ciudadano en Latinoamérica. Universidad Torcuato di Tella. Buenos Aires, 18-19 mayo 2000.

HOBBSAWM, Eric. J. **Da revolução industrial inglesa ao imperialismo**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2000. Tradução de Daldson Magalhães Garschagen

KATZMAN, RB. Seducidos y Abandonados: el asilamento social de los pobres urbanos. **Revista de La Cepal**. 75, p. 171-189, diciembre 2001.

LANDIM, Leilah. **Para além do mercado e do Estado?** Filantropia e cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: ISER, 1993, p.28-29.

LINSPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro. Rocco, 1998, p.87

LYRA, Rubens Pinto. **A Ouvidoria na esfera pública brasileira**. Curitiba: UFPR. 2000.

LYRA, Rubens Pinto (Org). Autônomas x Obedientes: a Ouvidoria pública em debate. In: GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. **Do Instituto do Ombudsman à Construção das Ouvidorias Públicas no Brasil**. João Pessoa: UFB. 2004.

LYRA, Rubens Pinto. Do Instituto do Ombudsman à Construção das Ouvidorias Públicas no Brasil. In: LYRA, Rubens Pinto (Org). **Autônomos x Obedientes**: a ouvidoria pública em debate. João Pessoa: Universitária da UFPB, 2004. p. 41- 118.

LESSA, Renato. A Teoria da Democracia: balanço e perspectivas. In: PERISSINOTO, Renato; FUKS, Mário. (Org.). **Democracia**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2002, p. 33-54.

LJPHART, Arend. **Modelos de Democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

MAIORANO, Jorge Luís. **El ombudsman: defensor Del pueblo y lãs instituciones republicanas**. Buenos Aires: Macchi. 1987.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Escriba, 1846.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar. 1967.

MELO, Marcus André. A Política Regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 16, n 46, jun. 2001. p. 55 - 68.

MINAS GERAIS. Constituição (1989). **Constituição do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Líder, 2005. 258 p.

MINAS GERAIS. Constituição (1989). Lei 12.622 de 25 de setembro de 1997. Cria a Ouvidoria de Polícia de Minas Gerais e da outras providências. **Diário do Executivo**, Belo Horizonte, 26 de setembro 1997, p.1.

MINAS GERAIS. Constituição (1989). Lei nº 15298, de 06 de agosto de 2004. Cria a Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. **Diário do Executivo**, Belo Horizonte, 07 agosto 2004, p.2.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez. 2000.

NASSIF, G. C. **Ouvidorias Públicas: Instrumento de Aprimoramento da Democracia**. Dissertação (Mestrado em Direito). 244f. 2007. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

NUNES, E. **A Gramática Política do Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997, 146p.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Revista Lua Nova**, n. 44. p. 27-52. 1998.

O'DONNELL, Guillermo. **Notas sobre várias accountability**. 2000. Mimeo.

OLIVEIRA FILHO, João. O "Ombudsman": instrumento de defesa dos direitos humanos nas democracias modernas. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, n. 66, p.261-262, mar.1977.

PINTO, E. G. **Alguns Riscos na Conformação de Accountability Através da Proposta de Institucionalização do Exercício de "Ouvir o Povo" em Minas Gerais**. In: VI Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de La Adminstracion Pública, Buenos Aires, Argentina, 5-9 nov. 2001. Painel: Estado, Sociedade e Accountability Democrática.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização**: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/biblioteca>>. Acesso em: 08/10/2008.

PUTNAM, Robert. D. **Comunidade e Democracia**: a experiência da Itália moderna. 5ed. Rio de Janeiro: FGV. 2007. 206p.

PRADO, A.M.M. **Exames de apoio diagnóstico**: um estudo exploratório dos sentidos e significados para usuários da rede básica do SUS na periferia de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública-Políticas de Saúde e Planejamento).140f. 2004. Universidade Federal de Minas Gerais.

REIS, Fábio Wanderley. Democracia, Igualdade e Identidade. In: PERISSINOTTO, R.; FURKS, M. **Democracia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2002. p. 11 – 31.

REIS, Bruno Pinheiro W. Capital Social e Confiança: Questões de Método. **Revista de Sociologia Política**. Curitiba: 21, p. 33-49, nov. 2003.

RIBEIRO, Luiz César de Q.; JÚNIOR, Orlando Alves S. Democracia e Segregação Urbana: Reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira. **Revista EURE**. Santiago do Chile, v. 39, n. 88, p. 70-95, dez 2003.

ROUSSEAU, Jean Jacques. Do contrato social. **Os Pensadores**. São Paulo. 1999, p. 47-81.

ROUSSEAU, Jean Jacques. Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens. **Os Pensadores**, São Paulo, 1973, 86 pg.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**, 2 ed., Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **O Paradoxo de Rousseau**. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

SOUKI, Léa. Atualidade de T.H. Marshall no estudo da cidadania no Brasil. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v.6, Porto Alegre: PUCRS. p.39-58. jun. 2006.

VIEGAS, Sônia. **A Vereda trágica do “Grande Sertão: Veredas”**. São Paulo: Loyola, 1985.

WEBER, Max. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras. 2004.

ANEXO A - LEI 15298/2004, Criação da Ouvidoria Geral do Estado

Artigos que tratam das competências e atribuições

Art.7º- As autoridades dos órgãos e entidades da administração pública estadual fornecerão ao Ouvidor-Geral, ao Ouvidor-Geral Adjunto ou aos Ouvidores, quando solicitados, dados, informações, certidões ou documentos relativos a suas atividades, sob pena de responsabilidade.

§ 1º - A solicitação, feita por escrito pelas autoridades previstas no “caput”, será atendida no prazo de dez dias contados do seu recebimento.

§ 2º - Na impossibilidade de se observar o prazo fixado no §1º, a autoridade responsável pelo órgão ou entidade comunicará o fato por escrito ao solicitante até setenta e duas horas antes do vencimento do prazo, e o Ouvidor-Geral poderá prorrogá-lo por, no máximo, trinta dias.

§ 3º - As autoridades da OGE deverão manter sigilo sobre as informações que tenham caráter reservado.

§ 4º - A OGE poderá aplicar multa de até quinhentas Unidades Fiscais do Estado de Minas Gerais - UFEMG - ao dirigente de órgão ou entidade que não atender ao disposto neste artigo.

Art. 8º - As sugestões, reclamações ou denúncias serão dirigidas diretamente à Ouvidoria-Geral ou às Ouvidorias especializadas, devendo ser formuladas por escrito e instruídas com documentos e informações que possibilitem a formação de juízo prévio sobre sua procedência e plausibilidade.

§ 2º - O Ouvidor-Geral encaminhará à Auditoria-Geral, à Advocacia-Geral, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público Estadual os casos que configurarem indício de prática de ilícito civil, administrativo ou penal, inclusive as representações ou denúncias que se afigurarem manifestamente caluniosas, para que esses órgãos adotem as medidas cabíveis, de acordo com as atribuições e competências legais respectivas.

Das atribuições

Art. 12 - Incumbe ao Ouvidor-Geral dirigir e coordenar as atividades da Ouvidoria-Geral do Estado, em especial:

I - oficiar à autoridade da Administração Pública direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo estadual e a concessionário e permissionário de serviço público estadual, sempre que necessário ao exercício de suas funções, podendo:

a) solicitar documentos e informações; b) providenciar a realização das inspeções, diligências e sindicâncias que reputar necessárias, mediante solicitação encaminhada ao titular do órgão em questão;

II - propor, fundamentadamente, à autoridade competente:

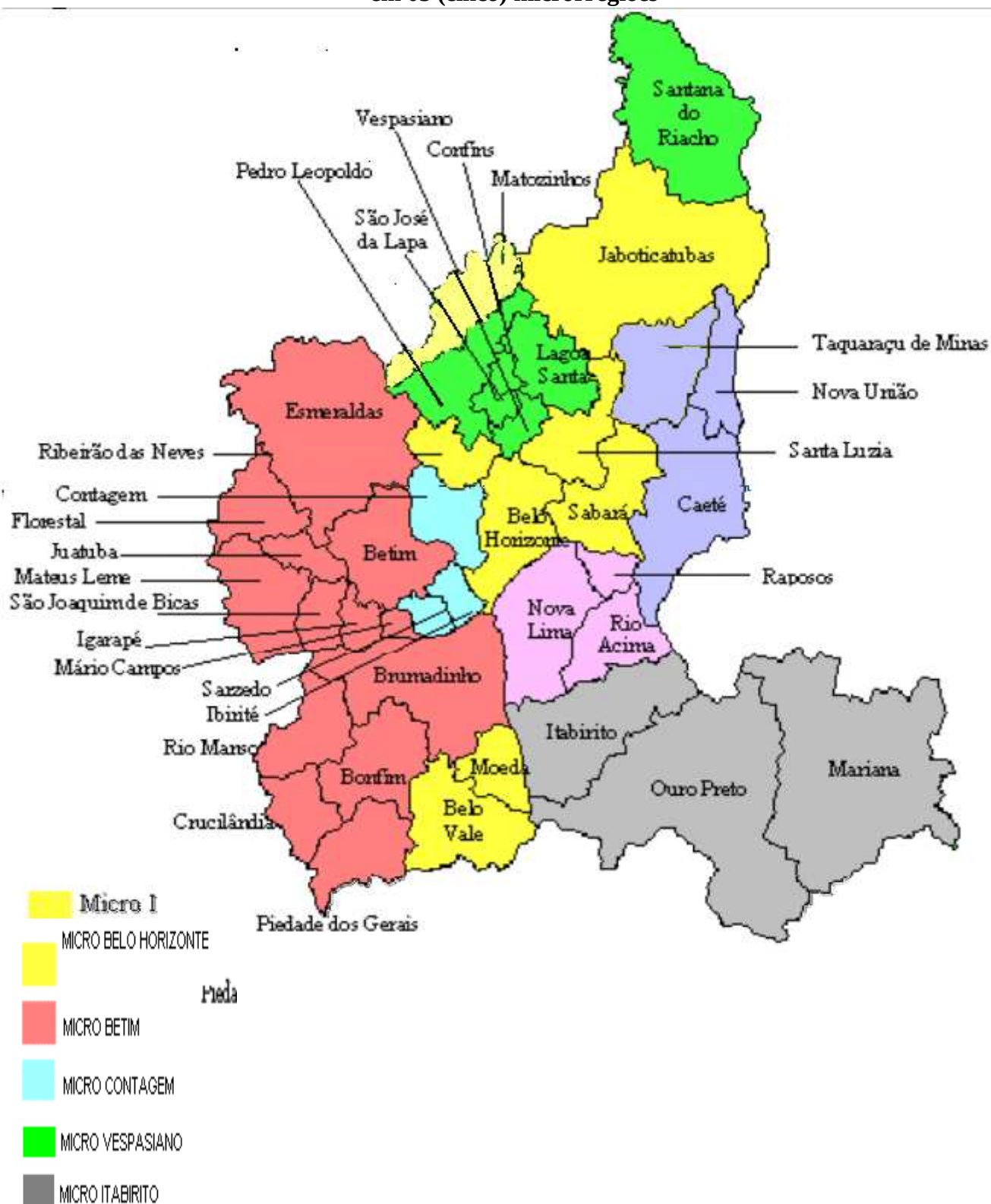
a) a exoneração de cargo em comissão, a destituição de função ou o afastamento remunerado, por até dez dias, de ocupante de cargo em comissão ou função gratificada, de servidor efetivo ou de detentor de função pública e o seu remanejamento para outro setor do mesmo órgão ou entidade, durante as verificações da Ouvidoria-Geral;

b) as medidas cabíveis decorrentes do acolhimento de denúncias, reclamações ou sugestões;

c) a adoção de medidas necessárias para a prevenção e a correção de omissões, falhas ou abusos verificados no âmbito da Administração Pública do Poder Executivo estadual;

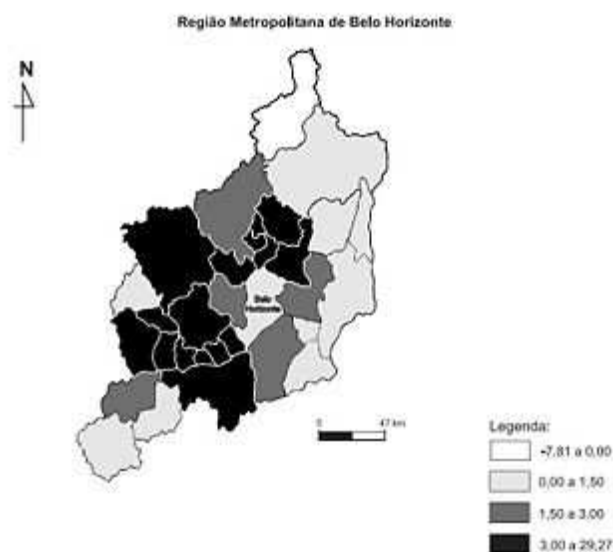
d) a instauração de sindicância, inquérito ou ação para apurar a responsabilidade administrativa e civil de agente policial, civil ou militar, ou de bombeiro militar e representar ao Ministério Público no caso de indício ou suspeita de crime;

ANEXO B – Municípios jurisdicionados à gerência regional de saúde de BH-SES/MG distribuídos em 05 (cinco) microrregiões



ANEXO C – Composição

A RMBH é constituída por 34 municípios: Baldim, Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Confins, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçu, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano.



**ANEXO D - População estimada segundo reg saúde/município
regional de saúde: Belo Horizonte**

Período: 2008

Reg Saúde/Municip	População estimada	%
... Belo Horizonte	2.434.642	46,8
... Contagem	617.749	11,9
... Betim	429.507	8,3
... Ribeirão das Neves	340.033	6,5
... Santa Luzia	227.438	4,4
... Ibirité	155.290	3,0
... Sabará	125.285	2,4
... Vespasiano	99.557	1,9
... Nova Lima	75.530	1,5
... Ouro Preto	69.251	1,3
... Pedro Leopoldo	58.635	1,1
... Esmeraldas	58.307	1,1
... Mariana	53.989	1,0
... Lagoa Santa	47.287	0,9
... Itabirito	43.314	0,8
... Caeté	40.634	0,8
... Matozinhos	34.789	0,7
... Brumadinho	33.693	0,6
... Igarapé	32.967	0,6
... Mateus Leme	26.631	0,5
... Sarzedo	24.828	0,5
... São Joaquim de Bicas	23.462	0,5
... Juatuba	20.567	0,4
... São José da Lapa	18.855	0,4
... Jaboticatubas	16.248	0,3
... Raposos	15.418	0,3
... Mário Campos	11.899	0,2
... Rio Acima	8.597	0,2
... Belo Vale	7.472	0,1
... Bonfim	6.904	0,1
... Florestal	6.152	0,1
... Confins	5.966	0,1
... Nova União	5.636	0,1
... Rio Manso	5.212	0,1
... Crucilândia	4.752	0,1
... Piedade dos Gerais	4.721	0,1
... Moeda	4.652	0,1
... Santana do Riacho	4.346	
... Taquaraçu de Minas	3.910	
Total	5.204.125	

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU

ANEXO E - Roteiro de entrevista com manifestante

Roteiro de Entrevista

1. Identificação

- Nome:
- Município:
- Classificação da manifestação: solicitação () denúncia() reclamação()
informação()
- Ouvidoria acionada: SUS () MG()
- Tipo de acesso ao Ouvidor: telefone () e-mail() carta() FAX () presencial()

2. Perfil do manifestante

Sexo: F() M()

Idade: -----em anos

O senhor (a) é: casado/vive junto () separado() solteiro() viúvo() NR ()

Escolaridade:

Ensino Fundamental incompleto ()

Ensino Fundamental completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Superior incompleto ()

Superior completo ()

Pós Graduação ()

Mestrado ou doutorado ()

- **Ocupação:** Empregado no setor público () Empregado no setor privado()
Trabalhador por conta própria () Não remunerado()
- Empregador () Dona de casa()
- Estudante () Aposentado()
- Desempregado () NS/ NR()

➤ **Renda:**

➤ Menos de 1 salário mínimo()

Entre 1 a 5 salários mínimos()

Entre 6 a 10 salários mínimos ()

Mais de 10 salários mínimos

3. Perfil de utilização dos serviços públicos de saúde**3.1. Qual (is) os serviços de saúde pública já utilizou em seu município?**

1. Unidade Básica de Saúde (PSF; posto de saúde) ()
2. Pronto Atendimento (UPA; UAI; Pronto Socorro) ()
3. Internação Hospitalar ()
4. Assistência farmacêutica (medicamentos de CS; medicamentos excepcionais; estratégicos) ()
5. Consultas especializadas (PAM; Centro de especialidades) ()
6. Algum outro, qual:
7. Não utiliza

3.2. Em relação aos serviços de saúde pública que já utilizou, você:

1. Confia totalmente ()
2. Confia muito ()
3. Confia pouco ()
4. Não confia ()
5. Não sabe o que é/ não conhece ()

3.3. Você sabe qual é a responsabilidade que a Secretaria de Saúde de seu município, da estadual e do ministério da saúde em relação aos serviços de saúde?**4. Quanto ao nível de informação que você tem sobre os serviços de saúde, considera que:**

1. Conhece muito ()
2. Conhece o suficiente ()
3. Conhece pouco ()
4. Não conhece ()

5. Onde obtêm, preferencialmente, informações sobre o atendimento de suas necessidades e seus direitos em relação aos serviços de saúde?

1. Leio informativos da SMS ()
2. Pergunto a outras pessoas ()
3. Procuro a Unidade Básica de Saúde ()
4. Através de agente comunitário de saúde ()
5. Radio e televisão ()
6. Não faço nada ()
7. Outros, qual(is):

6. Avaliação da participação social

1. Participa de Conselhos de Saúde formalmente organizados

() Sim: qual(is):-----

() não

() Não conhece

2. Já participou de reuniões na SMS, Conferências de Saúde, conselho local ou distrital: () mais de 1 vez () nunca () não conhece

7. Nos últimos doze meses você participou de alguma atividade de mobilização da saúde em prol da comunidade? () sim () não

Campanha contra a dengue; conferências de saúde; Orçamento Participativo, entre outras.

8. Por que você acionou a Ouvidoria de Saúde?

9. Tentou encaminhar sua demanda de outra forma?

() Sim () não, porque?

Em caso afirmativo como?

1. Conversar diretamente com o profissional que motivou sua insatisfação ()

2. Procurar o chefe do serviço ()

3. Procurar o secretário de saúde ()

4. Procurar o prefeito ()

5. Procurar um político ()

6. A imprensa ()

7. Procurar a polícia ()

8. Procurar o judiciário ()

9. Ouvidoria ()

10. Outros () quais:

11. Como foi a sua experiência com a Ouvidoria?

() Muito boa () boa () razoável () deixou a desejar

11. Você a usaria novamente? () sim () não

12. Como ficou sabendo da existência da Ouvidoria?

13. Em sua opinião justifica a criação de uma ouvidoria?

ANEXO F- Roteiro de entrevista gestor

- I. Identificação
 - 1.1. Nome
 - 1.2. Cargo
 - 1.3. Ocupa o cargo há quanto tempo
- II. Em sua opinião qual o papel das Ouvidorias Públicas dentro da rede de Saúde?
- III. Como são processadas as manifestações recebidas nessa instituição?
- IV. Existe algum estudo sobre as manifestações recebidas?
- V. Em sua opinião quais seriam as dificuldades para o desenvolvimento de uma ouvidoria de saúde?
- VI. Em sua opinião o que justificaria a constituição de uma ouvidoria de saúde?

ANEXO G - Roteiro de entrevista para os ouvidores e conselheiros

- I. Identificação
 - 1.1. Nome-----
 - 1.2. Ouvidor / Conselheiro -----
 - 1.3. Ocupa o cargo há quanto tempo-----
- II. Você acha que a Ouvidoria é eficaz para o sistema de saúde? () sim () não pq?
- III. Como distingue o papel das Ouvidorias de Saúde da do Ministério Público?
- IV. Como entende a atuação dos Conselhos de Saúde e das Ouvidorias de Saúde?
- V. Em sua opinião quais são os principais obstáculos para o desenvolvimento das Ouvidorias Públicas de Saúde?
- VI. Justifica-se a implantação de uma ouvidoria de saúde? Por quê?

ANEXO H - Roteiro de entrevista para o ouvidor adjunto de Minas Gerais**I. Identificação**

1.1. Nome-----

1.2. Ouvidor Adjunto -----

1.3. Ocupa o cargo há quanto tempo-----

II. Em sua opinião o que justificaria a constituição de uma Ouvidoria?

III. Em sua opinião qual o papel da Ouvidoria Geral dentro do Governo de Estado?

IV. Você acha que a Ouvidoria é eficaz para o sistema de saúde? () sim () não pq?

V. Como distingue o papel das Ouvidorias da do Ministério Público?

VI. Em sua opinião quais são os principais obstáculos para o desenvolvimento das Ouvidorias?

ANEXO I - Termo de consentimento livre esclarecido

DECLARO ESTAR CIENTE DOS OBJETIVOS, JUSTIFICATIVAS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA “ O PAPEL DAS OUVIDORIAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DO CONTROLE SOCIAL E GESTÃO DO SUS NACIONAL E DE MINAS GERAIS” , REALIZADO PELA MESTRANDA EM CIÊNCIAS SOCIAIS NINON DE MIRANDA FORTES, PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, SOB ORIENTAÇÃO DA PROFESSORA LEA SOUKI GUIMARÃES, NA CIDADE DE BELO HORIZONTE, NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 2008.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA ATRAVÉS DA CONCESSÃO DE ENTREVISTA. ESTOU CIENTE DE QUE A ENTREVISTA SERÁ ESCRITA, GRAVADA E TRANSCRITA, E QUE AS INFORMAÇÕES SERÃO UTILIZADAS NA PESQUISA DE FORMA ANÔNIMA.

BELO HORIZONTE, -----de -----de 2008.

ASSINATURA

Informações para contato:

Pesquisadora: Ninon de Miranda Fortes

Telefones: 32377722- Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais

91066079-celular

e-mail: saude@ouvidoriageral.mg.gov.br