

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Lucas Alexandre Pedebôs

**A OUVIDORIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA
COTIDIANA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Bioética
Orientadora: Marta Inez Machado
Verdi

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P371o Pedebôs, Lucas Alexandre

A ouvidoria da saúde em Santa Catarina [dissertação] : uma análise sob a perspectiva da bioética cotidiana e da política nacional de humanização / Lucas Alexandre Pedebôs ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi. - Florianópolis, SC, 2010.

89 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Bioética. 3. Humanização dos serviços de saúde
4. Ouvidoria. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva.
III. Título.

CDU 614

Lucas Alexandre Pedebôs

**A OUVIDORIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA
COTIDIANA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública, e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 30 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas
Coordenado do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi
(Presidente)

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
(Membro)

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
(Membro)

Profa. Dra. Fátima Büchele
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Através destes escritos, deixo meu sincero agradecimento a todos que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho, em especial:

Aos meus pais e minha avó “Cotinha”, por saber que sempre acreditaram em mim, mesmo nos momentos em que minhas decisões puderam não parecer as mais sensatas; e também por me suportarem financeiramente durante a graduação, sem a qual não seria possível estar finalizando o mestrado;

Aos demais membros da família, por torcerem por mim em todos os momentos desta caminhada;

À minha namorada, Thayomara, pelo companheirismo, amizade, confiança, compreensão e tantas outras coisas mais;

À minha orientadora, professora Marta Verdi, pelas várias oportunidades e grandes contribuições bioéticas;

Aos membros da banca, pelas importantes contribuições ao trabalho;

Aos professores Iria, Rejane e Ericson, pela amizade e confiança no meu trabalho;

Aos colegas de mestrado, pelos fervorosos debates, aliados a momentos de descontração;

À Tanise, pela amizade e pelos momentos de “desabafos científicos”;

Aos amigos mais próximos, por serem minha família presencial enquanto meus parentes consanguíneos não puderam estar presentes fisicamente;

A todos os moradores do apartamento em que resido deste 2005, por me ajudarem a tornar os momentos de tristeza e solidão menos frequentes;

Aos companheiros da Liga de Saúde Pública, pelas grandes discussões – podem ter certeza que vocês contribuíram muito para que isto acontecesse;

Aos companheiros de movimento estudantil, por todas as lutas e construção política;

Aos trabalhadores da SES-SC, em especial aos da ouvidoria, por tornarem este trabalho possível e contribuírem com a discussão aqui apresentada.

[...] todos são filósofos, ainda que a seu modo, inconscientemente – já que, até mesmo na mais simples manifestação de uma atividade intelectual qualquer, na "linguagem", está contida uma determinada concepção do mundo [...].

(Gramsci, 1995)

RESUMO

Este estudo qualitativo teve como objetivo analisar as implicações éticas resultantes do processo de utilização da ouvidoria do SUS, tomando como base o serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Para tanto foi utilizado o conteúdo escrito das manifestações realizadas pelos cidadãos à ouvidoria, juntamente com entrevistas dos profissionais deste serviço. Tendo como referencial de análise a Bioética Cotidiana de Berlinguer, levantamos duas categorias: Com a palavra, os cidadãos: as manifestações à ouvidoria como expressão da situação de saúde; Da resolução de problemas às limitações do serviço. Os resultados demonstram que a ouvidoria, como um canal de comunicação entre cidadão e gestor, traz possibilidades de melhorias no sistema de saúde ao levantar áreas críticas que necessitam de maior atenção do Estado. Contudo, sendo um serviço muito diferente do original *ombudsman*, possui várias limitações gerenciais, fazendo com que estas possibilidades estejam diretamente vinculadas ao comprometimento dos gestores.

Palavras-chave: Saúde Pública; Bioética Cotidiana; Humanização; Ouvidoria.

ABSTRACT

This qualitative research aimed to analyze the ethical implications resulting from the process of using the ombudsman in the Brazilian health system (SUS), based in the service of the Santa Catarina State Board of Health. For this objective, was used the written content of the manifestations made by the system's users to the ombudsman, along with the interviews from the employees of this service. Using the Daily Bioethics as the referential for the analysis, raised two categories: With the word, citizens: the manifestations to the ombudsman as an expression of the health's situation; From problem solving to the limitations of the service. The results show that the ombudsman, as a channel of communication between citizens and manager, brings possibilities for improvements in the health system by raising critical areas that need more attention from the State. However, being a service very different from the original ombudsman, it has several managerial limitations, so that these possibilities are directly linked to the commitment of managers.

Keywords: Public Health; Daily Bioethics; Humanization; Ombudsman.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABONG = Associação Brasileira de Organizações não Governamentais
ABRASCO = Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRES = Associação Brasileira de Economia da Saúde
ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBES = Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONASEMS = Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CGU = Controladoria Geral da União
ESF = Estratégia de Saúde da Família
OMS/WHO = Organização Mundial da Saúde
MPF = Ministério Público Federal
MRSB = Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS = Ministério da Saúde
PNH/HumanizaSUS = Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde
PROCON = Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
PSF = Programa de Saúde da Família
SES-SC = Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SUS = Sistema Único de Saúde
UnB = Universidade de Brasília
UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura
Unicef = Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO.....	17
1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1 Participação Popular e Controle Social	25
3.2. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS/HumanizaSUS.....	28
3.3. Ouvidoria.....	33
3.4 Bioética Cotidiana	37
4. METODOLOGIA	43
4.1 Tipo de Pesquisa.....	43
4.2 Coleta de Dados.....	45
4.3 Análise dos Dados	47
4.4 Cuidados Éticos	48
REFERÊNCIAS	49
ARTIGO CIENTÍFICO.....	55
Com a Palavra, os Cidadãos: os desafios e as fragilidades da Ouvidoria do SUS em Santa Catarina	57
APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	81
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	85
APÊNDICE D – ORÇAMENTO DETALHADO.....	87
APÊNDICE E – AMOSTRA DA MATRIZ ANALÍTICA.....	89

PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1. INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo é lançar um olhar ético sobre a ouvidoria da saúde, utilizando o exemplo de Santa Catarina para coleta de dados, porém permeando elementos que podem, facilmente, serem aplicados a outras esferas organizativas. Assim, esta pesquisa não se coloca como um estudo de caso. Tampouco pretendemos realizar uma análise avaliativa acerca das dificuldades e potencialidade no funcionamento deste serviço. Nosso intuito é levantar implicações éticas inerentes à utilização deste tipo de estrutura: um serviço que recebe manifestações de todos os tipos, sendo controlado por aquele ao qual as próprias críticas se direcionam.

Entretanto, diferentemente de um ator ou escritor, que pode simplesmente ignorar as críticas negativas realizadas a sua obra, os serviços públicos devem levar em consideração as manifestas necessidades e exigências da população, desde que contextualizadas. Assim, da mais singela à complexa reivindicação devem ser ouvidas e devidamente encaminhadas aos setores responsáveis, para que os mesmos possam tomar as providências cabíveis.

Este serviço, o de “ouvir”, representado na estrutura organizada da ouvidoria, não é exclusividade dos setores públicos. Todavia, no setor privado, os mesmos estão diretamente relacionados aos ganhos da empresa. Geralmente através dos SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor, o setor administrativo fica sabendo o que agrada e, principalmente, o que desagrada o consumidor, providenciando mudanças que possam melhorar o uso e imagem do produto ou serviço. Para que muitas dessas mudanças ocorram é necessário um investimento inicial, compensado pelo retorno futuro que o produto ou serviço melhor proporciona.

A saúde, ao longo do último século, tem se mostrado um negócio extremamente lucrativo para empresas privadas como os laboratórios farmacêuticos, fabricantes de aparelhos diagnósticos, e também para os prestadores de serviços em geral, inclusive os profissionais liberais. Contudo, ouvir as “reclamações” dos usuários ao “serviço saúde” fornecido pelo Estado, os quais exigem, em geral, maiores investimentos para que as melhoras ocorram, pode não ser um “negócio” interessante em um setor no qual não há retorno monetário direto.

Ainda que existam evidências bastante concretas de que o setor saúde (mas não só ele) precisa de maiores investimentos, sejam as mostradas através de pesquisas científicas ou aquelas que saltam aos

olhos na observação cotidiana dos serviços, estes acréscimos monetários continuam a não vir. Pesquisa divulgada pela Fundação Instituto de Administração (FIA), entidade ligada à Universidade de São Paulo (USP), mostra que o Brasil investe atualmente em saúde o mesmo que investia há 15 anos: US\$ 280 *per capita* anual (Agência Brasil, fev. 2008). É fato que, apesar disso, os serviços de saúde sofreram grande ampliação neste tempo, fruto de melhorias na estrutura do sistema e de valorização cambial mas, ainda assim, os investimentos em saúde no Brasil estão muito abaixo de outros países, inclusive da América Latina.

Para que haja a reversão deste quadro, o dinheiro destinado à saúde deve ser visto como investimento, não como dispêndio. E este investimento não deve ser realizado sob uma visão unicamente laboral, para que haja uma maior força produtiva atuando. Como escrito em nota de esclarecimento público divulgada pela ABRASCO em 2006 (assinada pela mesma entidade, pelo CEBES, CONASEMS, ABRES e ABONG) sobre os gastos em saúde no Brasil, “Consideramos (...) que os gastos em saúde devam ser encarados como investimentos na cidadania, no prolongamento da vida e desfrute de sua plenitude para todos e para cada um dos brasileiros”.

Sobre este ponto, a participação popular pode ser vista como uma possibilidade de interferência social no quadro da saúde no país. No entanto, historicamente imprescindíveis para a garantia da saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), os espaços constituídos através da luta do povo foram, aos poucos, sendo institucionalizados. Logicamente cabem exceções, mas a observação e experiência cotidianas suscitam importante aspectos nestes espaço a serem considerados.

Cabe lembrar que 50% dos integrantes dos Conselhos de Saúde são representantes da população, sendo o processo de escolha dos mesmos bastante variado, desde eleições diretas em comunidades à indicação por entidades que se consideram representativas de determinada parcela de pessoas. Dos 50% restantes, 25% ainda são representantes do governo e de prestadores de serviços. Muitas vezes, esta representação de parcelas tão distintas acaba por determinar lutas de poder, de maneira similar à observada em instâncias legislativas superiores. A figura do Secretario de Saúde como presidente do Conselho, como ocorre em diversos destes, levanta ainda outras tantas inquietações sobre estes jogos de poder.

Quanto às Conferências de Saúde, casos peculiares como o de Santa Catarina no ano de 2007, durante a 5ª Conferência Estadual de Saúde do estado, em que somente foi permitida a entrada no evento aos

delegados, titulares e suplentes, e alguns representantes da imprensa, nos levam a duvidar de sua legitimidade como instância de participação popular. Diversas pessoas foram impedidas de entrar no local, contrastando com as imagens de tantas outras conferências, como a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Através deste tipo de manifestação, a “utopia da democracia direta”, como assinalado por Gastão Wagner Campos (1998), parece crescer aos olhos.

Com o surgimento da PNH, os espaço de participação popular passam a ser entendidos como de cogestão. Como uma das diretrizes da política, a cogestão pressupõe o compartilhamento das responsabilidades entre as diferentes parcelas envolvidas no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A “Humanização” dos serviços de saúde também perpassa pelo fomento à autonomia e protagonismo dos sujeitos, sendo os espaço de cogestão centrais neste processo.

Neste contexto, a Humanização converge para a abordagem de Giovanni Berlinguer à bioética em algumas de suas obras. Berlinguer utiliza o termo “bioética cotidiana” para se referir a situações mais próximas às experiências cotidianas de todas as pessoas, contrapondo os temas que têm ocupado o palco principal dos debates bioéticos nos últimos anos: aborto, eutanásia, reprodução artificial, etc. O autor chama atenção para as violências cometidas diariamente a muitos indivíduos, e que nos passam despercebidas. Situações que ferem a autonomia do indivíduo, pela diminuição da liberdade de escolha e/ou manifestação, quer seja pela ausência de dispositivos sociais propícios ou através das manifestações de poder inerentes à nossa sociedade, estão dentre os muitos exemplos utilizados pelo autor para caracterizar as questões éticas em que estamos envolvidos diariamente (BERLINGUER, 1993; 2004).

As propostas da PNH vão justamente ao encontro da busca de alternativas para a inclusão dos indivíduos nos processos de gestão e a minimização dessas situações cotidianas tão debatidas por Berlinguer. Assim, o próprio serviço de Ouvidoria supõe um dispositivo de escuta destas manifestações e promoção de autonomia, quando possibilita ao sujeito expressar sua opinião e, assim, influenciar possíveis mudanças. Neste sentido, o Manual da Ouvidoria do SUS aponta como um dos objetivos do serviço “Criar um canal direto de comunicação e escuta, que tenha como características independência, autonomia e ética (...)”.

A possibilidade de produção de sujeitos proposta pela PNH através do incentivo ao protagonismo confronta o possível “endurecimento” da ouvidoria, um instrumento de cogestão que fuja à

disputa de poderes e caráter formalista adquirido por alguns Conselhos de Saúde. Com possibilidade tanto para o progresso na construção de um sistema de saúde mais equânime e menos falho como para o auxílio ao silenciamento das vozes do povo, de que lado estaria a ouvidoria: daquele a quem “ouve” ou daquele a quem “fala”?

Assim, a justificativa e motivação desta pesquisa se dá haja vista a carência de trabalhos nesta área e a inquietação por parte dos pesquisadores se a Ouvidoria da Saúde estaria contribuindo para a resolução dos conflitos éticos envolvidos no processo de cogestão e Humanização dos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as implicações éticas envolvidas no processo de utilização da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva da bioética cotidiana e da Política Nacional de Humanização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo geral de tramitação das manifestações ocorridas à Ouvidoria do SUS, através da Secretaria de Estado da Saúde e Santa Catarina;
- Identificar as características das manifestações realizadas a este serviço;
- Levantar e analisar as implicações éticas emergentes das manifestações realizadas a este serviço no período de maio de 2009 a abril de 2010.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL

A participação popular no âmbito da saúde aparece como aspecto central desde a década de 70, quando foi introduzida na Declaração de Alma-Ata, em 1978 por ocasião da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Tal evento, organizado pela OMS em conjunto com o Unicef, se constitui como um marco para a estruturação dos sistemas e ações em saúde, a partir de então.

Na mesma década, no Brasil, a participação da população através da organização em movimentos populares combatia o governo ditatorial instalado em 1964 através de um golpe militar. Desde o final da década de 60, sobretudo, em meados da década de 70, em meio ao período mais repressivo que o país já passou, começou a se constituir uma base teórica e ideológica sobre a medicina social, crescente nos ambientes acadêmicos, que busca na teorias Marxista a determinação social do processo saúde-doença. Em 1974, duas teses, consideradas hoje como divisores de águas, fortaleceram este novo pensamento no campo da saúde: “O Dilema Preventivista” de Sérgio Arouca; e “Medicina e Sociedade”, de Cecília Donnangelo.

Em meio a esse cenário, a discussão sobre este novo modo de pensar a saúde se propaga, sobretudo no meio acadêmico, onde os congressos e seminários científicos da área organizados pelos estudantes desempenham importante papel, pelo fato de a ditadura não enxergá-los como campo de disputa política. Posteriormente à academia, esta discussão adentra o meio profissional e, conseqüentemente, boa parte da sociedade, sendo o movimento posteriormente denominado Movimento da Reforma Sanitária (Brasileira), sendo esta denominação utilizada anteriormente na Itália, cujo processo de reforma inspirou o movimento brasileiro.

Enquanto no meio internacional, como em Alma Ata, a participação popular estivesse sendo estabelecida como tema central da Atenção Primária à Saúde, no Brasil esta, ainda que guiada por intelectuais, estava lutando para garantir o avanço da construção de um sistema de saúde público e universal. Salvo as devidas considerações que alguns autores fazem sobre a elitização do Movimento da Reforma Sanitária, a ocupação de espaços de discussão, como as Conferências de Saúde, se deu não somente por aqueles que Gramsci chama de intelectuais orgânicos, mas também, para usar outra denominação

marxista, por proletários os quais entendiam que era de responsabilidade do Estado a garantia de saúde à população.

No ano em que ocorreu aquela que se tornou um marco da conquista do SUS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual reuniu mais de 4 mil pessoas sendo 50% de usuários, ocorre também a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), seguindo o movimento das cidades saudáveis e afirmando, novamente, a importância da participação da população na construção das políticas de saúde.

Além de ter sido elemento fundamental para a concretização do SUS na Constituição Federal de 1988, a participação da população dentro do sistema, denominada formalmente no Brasil como controle social, foi regulamentada na lei 8.142 de 1990, após o veto de todo o capítulo que discorria sobre este ponto na lei 8.080 do mesmo ano pelo então presidente Fernando Collor de Mello. Apesar da controvérsia do termo “controle social”, que já designou, na época da ditadura militar, a repreensão com privação de liberdades à população pelo Estado absolutista, aqui ele representa o oposto: o controle, pela população, dos gastos e investimentos do Estado, neste caso no setor saúde.

A lei 8.142/90 regulamentou duas instâncias de participação popular: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Ambos ocorrem em níveis nacional, estadual e municipal, sendo que os Conselhos de Saúde ainda existem localmente, dentro das comunidades. As Conferências de Saúde, nos termos desta lei, devem se reunir “a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990b). Já os Conselhos de Saúde são de caráter permanente e deliberativo (com exceção dos Conselhos Locais de Saúde que possuem caráter consultivo e propositivo aos conselhos municipais) e compostos por 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços, incluindo os privados. Como atribuições dos Conselhos de Saúde estão atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b).

Ainda que oficialmente o termo “controle social” seja utilizado para representar espaços de participação popular que, como os Conselhos de Saúde, possuem aspectos de supervisão e denúncia sobre a gestão às instâncias correspondentes, de maneira a controlar as ações governamentais, esta denominação é bastante controversa e tem

suscitado diversos debates, tanto no campo específico das políticas públicas em saúde como das Ciências Sociais e Humanas de maneira geral.

O Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre tal termo como sendo o “(...) controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais”, de maneira a beneficiar o conjunto da sociedade através desta forma de Democracia Participativa, a qual deve ser de caráter permanente, em concordância com o exposto na lei 8.142/90. Outro órgão oficial do governo, a Controladoria Geral da União (CGU), dá noção bastante semelhante do termo, quando assinala, sobre a relação de participação e controle social, que:

(...) por meio da participação na gestão pública, os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, podem exercer controle sobre a ação do Estado, exigindo que o gestor público preste contas de sua atuação (BRASIL, 2009c).

Contudo, o termo controle social, ao longo das últimas décadas, tem sido empregado nos mais diversos campos do saber e com significados igualmente heterogêneos, algumas vezes antagônicos. As raízes do termo são encontradas nas formulações clássicas de Durkheim (apud. Alvarez, 2004) acerca do problema da ordem e da integração social. Ainda que discorresse basicamente sobre temas como o crime e a pena, o foco estaria não na punição do criminoso pela sociedade, mas na garantia da integração social contrapondo a ofensa gerada pelo crime a um dos membros desta sociedade. Posteriormente à Segunda Guerra Mundial e de maneira mais forte a partir da década de 1960, quando se realizam diversas pesquisas empíricas em instituições fechadas como prisões, asilos e hospitais, a noção de “controle social” aponta para as práticas de dominação organizadas pelo Estado ou pelas classes dominantes da sociedade para a manutenção da ordem social, tema amplamente discutido por Michel Foucault (ALVAREZ, 2004; LIANOS, 2003; FOUCAULT, 2003).

No final do século XX, no entanto, a utilização do termo se aproxima novamente de sua proposta original, invertendo a dominação do Estado e das instituições e classes dominantes sobre qualquer forma de resistência, como amplamente utilizada durante o regime militar nos

países da América Latina, incluso o Brasil; pela demonstração de uma integração social capaz de garantir o suprimento das necessidades da população através do controle desta sobre o Estado (ALVAREZ, 2004). Assim, o controle social passa a ser uma das bandeiras da Reforma Sanitária e do movimento pela redemocratização do país como um todo, entendendo que o povo tem poder de modificar a realidade a seu favor, expresso no parágrafo único do artigo 1º da Constituição Federal de 1988 através das seguintes palavras: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

No entanto, ainda que formalmente o termo controle social no Brasil seja válido para a referência a instâncias oficiais de participação popular, indicando o olhar da população sobre o Estado e suas ações, os autores, em concordância com Cohen (2001), o qual escreve que a discussão em torno das utilizações do termo realizadas por psicólogos, sociólogos, antropólogos, historiadores e cientistas políticos, contribuem para a criação de “algumas terríveis confusões” (tradução livre para “some terrible muddles”). Assim, será evitada, ao longo deste trabalho, a utilização de tal termo.

3.2. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NO SUS/HUMANIZASUS

Em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a consequente reestruturação da atenção básica, que através de rápida expansão tornou-se predominante em todo o país, diversas diretrizes foram adotadas para o cumprimento do novo modelo de assistência à saúde reivindicado desde a década de 70 por aquele que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Essa reestruturação passa como uma das medidas para que seja cumprido o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do movimento sanitário brasileiro, e plasmando no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 da seguinte maneira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua

promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Após alguns anos, o PSF é transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), vista a comprovação de sua efetividade como modelo de atenção à saúde. As contribuições trazidas por tal modelo de atenção são visíveis, tanto nos indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil, por exemplo; quanto na contínua retirada do hospital como centro da atenção à saúde, fazendo com que este sirva como suporte em casos especializados ou que necessitem de maior “tecnologia pesada”.

Todavia, passados quase 10 anos do início dessa reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), importantes avanços, como a ampliação dos níveis de integralidade, equidade e universalidade, conviviam de modo contraditório com múltiplas debilidades e fragilidades do sistema. Diversas eram as evidências para afirmar que havia um SUS que “dava certo”, mas algo precisava ser feito em direção a respostas para tantas outras debilidades e fragilidades do sistema (BRASIL, 2008).

Assim, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH/HumanizaSUS) surgiu em direção à minimização dessas contradições e efetivação dos preceitos do próprio SUS. Tratada como diretriz política transversal e dimensão fundamental à construção de um sistema de saúde qualificado, a humanização surge com uma tarefa dupla e inequívoca: a produção de sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2008).

Para tanto, no momento de sua criação, estavam entre as principais metas de tal política ampliar o vínculo entre os profissionais, usuários e famílias; fortalecer o controle social e aumentar a participação da comunidade nos serviços de saúde através de processos de cogestão, provendo autonomia aos sujeitos; colocar os profissionais como co-gestores dos processos de trabalho em que estão inseridos e valorizá-los; efetivar o trabalho multiprofissional e transversal (BRASIL, 2008).

Talvez a opção pela utilização de termos já difundidos no senso-comum, como humanização, acolhimento, roda, etc., ainda que com significados diferentes daqueles adotados pela política, faça com que a mesma possa parecer apenas um “fazer melhor”, com mais atenção, de maneira mais “humanizada”, caridosa, atenciosa. Porém, se trata, sim, de fazer de um jeito que dá certo, de fazer diferente com o diferente, com o outro, sem alusão a qualquer sentimento de caridade, mas de

solidariedade, pelo modo de enxergar o outro como um igual em momento/estado diferente.

A PNH, tal como qualquer política de saúde, possui estrutura que, nesse caso, se dá a partir de Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos. Os princípios que estruturam a PNH se baseiam na:

- Transversalidade – entendida como o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; e a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde –,
- Indissociabilidade entre atenção e gestão – supondo que a alteração dos modos de cuidar é inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; que há inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; e que deve haver um integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho –, e
- Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos – entendendo que trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, incluindo as diferentes realidades sociais; e que as mudanças na gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, contratando entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e cuidar (BRASIL, 2008a).

Como Método, a PNH utiliza (1) a inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade (gestores, trabalhadores e usuários); (2) a inclusão dos analisadores sociais, possivelmente potencializadores dos processos de mudanças através da desestabilização dos modelos tradicionais de atenção e gestão; e (3) a inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como percepção singular de um determinado grupo de trabalhadores. Esta união proposta pela política como potencializadora para os processos de mudança é referenciada como o “método da tríplice inclusão” (BRASIL, 2008a).

Dentre as Diretrizes, uma merece especial atenção neste trabalho, ainda que estes escritos permeiem diversas outras pelo modo indissociável como são distribuídas na PNH: a cogestão. Em conformidade com uma diretriz geral da política de saúde no Brasil, a participação cidadã, esta prevê que a gestão do sistema e dos serviços de saúde devem ser compartilhadas com outros atores que não os gestores formalmente estabelecidos. Assim, trabalhadores e usuários devem ser

incluídos nos processos de decisão na saúde, em espaços de vocalização de interesses e necessidades que possam servir como base para a composição de políticas de saúde do SUS (PASCHE, 2008).

Motta (1982) assinala a cogestão como a forma mais avançada de gestão participativa, por se caracterizar não somente pela possibilidade de escuta dos trabalhadores não-gestores na gestão, mas pela inserção direta destes nos processos decisórios.

Dessa forma, a PNH pretende, através do processo de cogestão, produzir sujeitos não somente participativos, mas corresponsáveis pelos processos envolvidos nestas mudanças. Corresponsáveis pelo entendimento de que a participação dos mesmos é peça fundamental nestes processos, sendo a valorização do usuário algo além da escuta às suas manifestações, mas a interiorização dos mesmos nestes processos.

Os espaços formalizados de participação popular, como Conselhos e Conferências de Saúde, muito anteriores à PNH, desempenham importante papel nos processos de cogestão (ainda que geralmente se refira a estes espaços como sendo de controle social), estando presentes nos três níveis de poder (federal, estadual e municipal). Contudo, cabe lembrar que os Conselhos de Saúde são formados por representantes da população, sendo o processo de escolha dos mesmos bastante variado, indo de eleições diretas em comunidades à indicação por entidades que se acreditam representativas de determinada parcela de pessoas.

Quanto às Conferências de Saúde, casos peculiares como o de Santa Catarina no ano de 2007, durante a 5ª Conferência Estadual de Saúde, em que somente foi permitida a entrada no local onde a mesma ocorreria, dos delegados titulares e suplentes, além de alguns representantes da imprensa, nos levam a duvidar de sua legitimidade como instância de participação popular. Diversas pessoas foram impedidas de entrar no local, contrastando as imagens de tantas outras conferências de saúde. Através deste tipo de manifestação, a “utopia da democracia direta”, como assinalado por Gastão Wagner Campos (1998), parece crescer aos olhos.

A participação social, portanto, não pode se restringir a instâncias formalizadas. Logicamente existem dificuldades para que, tanto os usuários como os próprios trabalhadores possam participar mais nos processos decisórios, inclusive das unidades na qual são atendidos/trabalham. Atribui-se a estas dificuldades tanto um modelo excessivamente burocratizado quanto gestões centralizadoras e que não incentivam a participação (BRASIL, 2009b).

Ainda assim, não é difícil imaginar que o compartilhamento da gestão em um modelo com fortes relações de poderes instituídas e serviços de saúde compartimentalizados, baseados nos saberes profissionais específicos, se dê sem conflitos. A “tríplice inclusão”, método proposto pela PNH, por si só é um gerador de conflitos. E a conversação entre usuários, trabalhadores e gestores, apenas um parte deste processo, também não possui uma combinação ideal de interesses (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, a PNH se distingue de outras políticas de saúde do Brasil por partir, em diversos elementos, do campo prático para o teórico, fazendo o caminho inverso a tantas outras. Ao reconhecer construções e experimentações desenvolvidas em conformidade com as bases do SUS, por um conjunto enorme de sujeitos e em diversos locais do país, traz “para o papel” experiências concretas de avanço, “tanto na construção de novos modos de gerir, como na constituição de novos modos de cuidar” (PASCHE, 2008, p. 3).

Em conformidade com essa proposta, um dispositivo incorporado por tal política que se constitui como espaço de cogestão é a Ouvidoria. Segundo a PNH, este serviço deve ser oferecido ao usuário de maneira descentralizada, estando presente nos municípios e estados, ainda que o próprio Ministério da Saúde mantenha um serviço semelhante (BRASIL, 2007a).

Tal espaço não se constitui como uma alternativa aos Conselhos e Conferências de Saúde. Pelo contrário, apresenta-se como um espaço complementar, não possuindo caráter deliberativo, mas se mostrando como mais uma fonte de manifestação do usuário. Fazendo novamente uma analogia à “utopia da democracia direta” de Gastão Wagner Campos, a ouvidoria tem potencial para se construir como um instrumento de representação direta da população, através da qual os usuários do SUS possam manifestar suas necessidades individuais e/ou coletivas, mas também oferecer outros indicativos através de elogios e sugestões. Cabe lembrar que tal instrumento também desempenha importante papel no esclarecimento de dúvidas da população, sobre os mais diversos temas.

Outro ponto de destaque da PNH é a forma como esta se apresenta: um projeto ético-estético-político. O próprio termo “Humanização”, por si só, é suficiente para despertar diversas questões éticas, sobretudo pela polissemia e plasticidade deste conceito, conforme lembram Benevides & Passos (2005). Para estes autores, um elemento diferencial que pode ser caracterizado na PNH seria a

possibilidade da produção de saúde juntamente com a produção de subjetividades protagonistas e autônomas que pudessem se tornar transformadoras das práticas cotidianas, com novos sujeitos implicados em novas práticas.

3.3. OUVIDORIA

Formalmente, a ouvidoria, ou o cargo de ouvidor, surgiu na Suécia com a criação do *ombudsman*, palavra que no original significa algo próximo de “o homem representante”. Há divergências quanto à data exata de sua criação e função desempenhada no início. Os relatos históricos vão desde a fiscalização dos funcionários públicos para o cumprimento de seus deveres dentro dos regulamentos à função de ouvir as críticas, boas e ruins, da população ao governo do país e representar o povo perante este.

Independentemente de que função exatamente exercia o *ombudsman* na Suécia àquela época, há registros deste tipo de serviço, um intermediador entre a população e os serviços prestados pelo governo, que zela pelo funcionamento adequado destes últimos aos primeiros, bem anteriores, na Roma antiga. Lá os “tribunais da plebe” eram incumbidos de receber as denúncias do povo contra os erros e transgressões cometidas pelo poder de Roma.

Mesmo no Brasil a função de ouvidor precede em muito a criação formal do *ombudsman* sueco. Em 1549, o então governador-geral Tomé de Souza nomeou Pero Borges como o primeiro ouvidor-geral da nossa história. Ainda que nunca tenham sido encontrados documentos oficiais que indicassem as instruções de Pero Borges, registros em material suplementar indicam que as competências a ele atribuídas teriam sido bastante amplas, incluindo funções gerais de investigação, julgamento em primeira instância de denúncias, e a incumbência de presidir audiências das sentenças proferidas por outros ouvidores, os quais, de maneira geral, eram os responsáveis por julgar os casos que entendiam estar em desacordo com as leis. Cabia ao mesmo, ainda, visitar as capitâneas para inspecionar a situação da justiça nas mesmas, agindo assim como uma extensão do poder da Coroa nessas terras geridas por donatários (SCHWARTZ, 1979).

Dentro deste misto de serviço de escuta e poder judiciário sob o comando de Pero Borges, há relatos que boa parte das denúncias realizadas aos ouvidores seriam direcionadas a irregularidades praticadas pela própria Coroa Portuguesa ou críticas relacionadas a

descontentamentos com a mesma, representada pelo governo de Tomé de Souza à época. Muitas destas denúncias, na medida em que poderiam causar algum prejuízo ao governo, não teriam sido devidamente apuradas pelo ouvidor-geral e demais subordinados, sendo que algumas vezes aqueles que as realizam passavam a ser perseguidos, então. Schwartz (1979, p. 28) alerta para um fator de suma importância relacionado ao intuito da Coroa no estabelecimento de tal serviço, nas seguintes palavras:

Deve ser ainda lembrado que a introdução do cargo de ouvidor geral no Brasil refletiu não só o desejo da Coroa em melhorar a situação da justiça, mas também sua vontade em aumentar o controle real centralizado. O interesse da Coroa pela área cresceu a partir de 1550 e o ouvidor-geral, na qualidade de funcionário real de confiança, a cada passo assumiu novas funções e responsabilidades em nome do interesse real (SCHWARTZ, 1979, p.28).

Nos tempos contemporâneos, a primeira ouvidoria pública dentro de setores governamentais criada no país, em moldes muito próximos aos encontrados hoje em boa parte destes serviços, foi em Curitiba, Paraná, em 1986. Desde então, vários instrumentos foram criados para propiciar não somente um canal de comunicação do cidadão com os serviços, mas também um meio de controle das pessoas sobre os prestadores, sejam estes públicos ou privados. Um passo importante neste processo fora a criação do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), em 1990. A isto se seguiu o surgimento de diversas centrais do Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON) e a criação de sistemas de ouvidoria em diversos segmentos governamentais, tais como a Ouvidoria-Geral da República dentro da estrutura do Ministério da Justiça (1992). Mais tarde, em 2001, seria criada a Corregedoria-Geral da União sendo, posteriormente, boa parte das atribuições da Ouvidoria-Geral da República transmitidas a este órgão, que passaria a status de Controladoria-Geral da União (CGU) em 2003 (BRASIL, 2009a).

Todos estes órgãos, independentemente de terem o foco de suas ações voltado às instituições governamentais (*e.g.* CGU) ou privadas (*i.e.* PROCON) se constituem como instâncias de controle social, sob o sentido formal abordado anteriormente, onde os cidadãos exercem controle sobre as organizações. Em ambos os casos (instituições

públicas ou privadas), a ação dos sujeitos está voltada para que os mesmos não sejam lesados por mau uso do seu dinheiro. No caso do PROCON, o cidadão aciona o órgão toda vez que se sente lesado pela empresa prestadora de serviço ou fornecedora de determinado produto ao entender que esta parte não cumpriu com o estabelecido no contrato de compra e venda. Observando as similaridades, o acionamento da CGU, Ministério Público Federal (MPF) e estaduais ou outro órgão que possua ingerência sobre as ações governamentais, por parte do cidadão, tem por fim o controle para que os gastos públicos melhor atendam à população, ainda que este controle se limite à denúncia de irregularidades, ficando a maneira como o orçamento é aplicado a cargo dos governantes.

No caso da saúde, especificamente, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) foi criado em 2003 pelo decreto nº 4.726 e compõe a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. O decreto nº 6.860 de 2009 institui como competências desse departamento:

- 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;
- 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.

No estado de Santa Catarina, o serviço de ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC) foi criado em maio de 1999. Administrativamente, está subordinado à Diretoria de Planejamento e Coordenação, dentro da Gerência de Organização Administrativa da secretaria. Teve sua origem na reestruturação da saúde no país, a partir dos princípios do SUS e no relacionamento democrático com a sociedade, juntamente com a necessidade de transparência da administração pública. Tal serviço possibilitaria a identificação de necessidades e distorções na Saúde do estado, bem como a apresentação de possíveis soluções a este quadro através do uso deste canal intermediário de comunicação entre e população e o Governo do estado. São atribuições específicas deste serviço:

- Receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pelo Setor Saúde no Estado e encaminhar soluções; apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas; fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento das unidades de competência do Estado; identificar e avaliar o grau de satisfação da população em relação aos serviços de saúde executados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; buscar a participação social através do acompanhamento e controle dos serviços realizados; obter informações para o gerenciamento do SUS;
- Sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades da Secretaria de Estado da Saúde (BRASIL, 2009a).

A ouvidoria do SUS em SC recebe as manifestações e as encaminha conforme o fluxograma interno, que divide estas em 5 categorias: Reclamações, Denúncias, Sugestões, Elogios e Informações. Uma vez que a resposta às manifestações não possa ser fornecida de imediato, esta será encaminhada para o solicitante por carta, desde que o mesmo opte em declarar seu endereço. Para entrar em contato com o órgão, pode-se optar por duas vias: através do telefone da ouvidoria (0800 482 800); ou por e-mail (ouvidoria@saude.sc.gov.br). Aqui surge um complicador: para o atendimento pelo telefone, o solicitante pode, naturalmente, omitir seus dados ou, caso os mesmos sejam solicitados, optar por fornecer dados falsos. No caso do e-mail, este, por si mesmo, se constitui em um registro pessoal, pelo qual a pessoa pode ser identificada. Além disso, as orientações no site da ouvidoria indicam para que a pessoa forneça, juntamente com o corpo do texto referente a

sua solicitação, os seguintes dados: nome, número do cartão do SUS (caso possua), endereço completo, CEP, telefone, dados da ocorrência (data, horário, unidade de saúde, setor, município, nome das pessoas envolvidas e descrição do evento). Ainda que seja com o intuito de poder fornecer o melhor atendimento possível para este solicitante (ao menos isso é o que se supõe), cabe questionar se esta atitude não poderia inibir a iniciativa de alguns cidadãos.

Conforme consta nos relatórios estatísticos publicados no site do serviço, a maior parte das manifestações (período de 11/05/1999 a 18/12/2002) era classificada, segundo o fluxograma interno, como Informações (53,67%), seguido de Reclamações (33,24%), Denúncias (8,06%), Sugestões (2,76%) e Elogios (2,27%). Apesar destes dados serem relativamente antigos, informações extra-oficiais fornecidas pelo próprio serviço indicam que a relação entre os tipos de manifestações permanece semelhante.

Quanto à maneira como a ouvidoria se estrutura, sendo um setor interno de um órgão estatal (SES-SC), cabe fazer uma analogia ao caso do nosso primeiro ouvidor-geral, Pero Borges: estaria este serviço servindo, primariamente, àqueles que realizam as manifestações, os cidadãos; ou não teria este serviço conseguido desvincular suas ações daquele a quem é subordinado e que garante seu “sustento”, de maneira análoga à relação entre Pero Borges e a coroa portuguesa?

No entanto, imaginando a ouvidoria como um órgão realmente a serviço do cidadão, incorporando as atribuições de “avaliar o grau de satisfação da população em relação aos serviços de saúde”, “buscar a participação social”, mas, sobretudo “obter informações para o gerenciamento do SUS” junto à população, aliado aos princípios e diretrizes da PNH, isto faz com que este serviço possa se constituir em um importante meio para o exercício da cogestão.

3.4 BIOÉTICA COTIDIANA

Por tratar de temas tão diversos em suas falas e escritos, incluindo livros e outros textos, Berlinguer não traça limites precisos sobre o campo de atuação da bioética cotidiana, já que o autor discute temas tão diversos como reprodução artificial e condições de trabalho. O que Berlinguer faz, sim, é discorrer sobre um modo de olhar determinadas questões geralmente negligenciadas aos questionamentos bioéticos. Tentaremos, assim, neste capítulo, traçar idéias gerais sobre este

referencial e o olhar que lançaremos sobre os dados e demais escritos reunidos neste trabalho.

A difusão da bioética como campo teórico possibilitou um novo olhar a questões já debatidas anteriormente. Tais conceitos, geralmente ligados a temas da biomedicina, como eutanásia, aborto e pesquisas clínicas com seres humanos, sobretudo aqueles que envolvam medicamentos, sofreram importantes contribuições de pensadores de outras áreas que não a da saúde, como a filosofia, a sociologia, a antropologia e até mesmo a teologia.

Berlinguer denomina este conjunto de temas como componentes de uma “bioética de fronteira” (ou “bioética de situações limite”) por estarem próximos (alguns mais que outros) aos limites da vida: nascimento e morte. O pensador e político italiano não desconsidera a grande importância destes temas, tanto relacionado a especificidades individuais como quanto a condições de saúde pública. No entanto, alerta para uma vasta gama de temas de importância mundial e com ocorrência muito maior do que estes que são, muitas vezes, ignorados, sobretudo em debates intelectuais. Estes outros temas, na concepção de Berlinguer, estariam intimamente ligados à bioética e deveriam, tanto quanto os anteriores, serem alvo de grandes debates e ações (BERLINGUER, 1993).

A este vasto campo que se propõe discutir a cacotanásia (“péssima morte”) à eutanásia (“boa morte”); casos de infertilidade evitáveis à reprodução assistida; os danos permanentes a órgãos aos transplantes dos mesmos; dentre tantos outros controversos e iníquos acontecimentos em nossa sociedade, Berlinguer dá o nome de “bioética cotidiana”. Outra característica que diferencia a bioética cotidiana daquele dita “de fronteira” é que, enquanto as situações referentes a esta última somente surgiram com o desenvolvimento das ciências biomédicas, sendo consideradas, muitas destas, anteriormente impraticáveis ou mesmo impensáveis, as referentes à primeira podem ser consideradas persistentes por possuírem raízes muito anteriores a esse grande avanço tecnológico da biomedicina, e mesmo ao surgimento da bioética como disciplina (BERLINGUER, 2004).

Essas áreas temáticas antagônicas identificadas por Berlinguer são referenciadas com terminologia diferente, com manutenção ou noção muito aproximada das definições originais, em outros espaços importantes de discussão, como na Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Diz-se, em lugar de “bioética cotidiana” e “bioética de fronteira”, “bioética das situações persistentes” e “bioética das situações emergentes”, respectivamente, por se entender que, ao passo que estas

surgem recentemente, geralmente com alguma relação a avanços científicos em determinadas áreas; aquelas, segundo Berlinguer (2004) existem há muito tempo, “acontecem todos os dias e não deveriam mais estar acontecendo”.

Dessa forma, através da aproximação da reflexão ética a questões sociais, evidenciadas cotidianamente e que afetam um grande número de pessoas em todo o mundo, Giovanni Berlinguer se coloca como um dos idealizadores do campo que se intitula “bioética social”. Identificada no enfoque da bioética cotidiana, ou nas propostas da “bioética da intervenção” de Volnei Garrafa, “bioética da proteção” de Fermin Roland Schramm, dentre outras variações propostas por autores com posições contrárias aos enfoques tradicionais discutidos por Engelhardt Jr. e outros, a bioética social amplia o debate sociológico ao campo epistemológico da filosofia. Cabe lembrar, aqui, que na Grécia antiga, os filósofos eram figuras públicas e em posições similares as que os políticos hoje ocupam nas repúblicas, guardadas as devidas especificidades e capacidades, inclusive reflexivas, entre estes dois grupos.

Mas, como assinala Garrafa (2005), a discussão das questões sociais sob o olhar da bioética, norteadas pela justiça sanitária, denotando as imensas desigualdades no acesso aos recursos¹, sofre importantes resistências, tanto nos centros desenvolvidos como naqueles ditos em desenvolvimento. O autor atribui isso, em primeiro lugar, ao preciosismo acadêmico, formal e asséptico, que tenta desqualificar academicamente o debate sócio-político da bioética, por entenderem que questões relativas à desigualdade e inclusão social não sejam da alçada da bioética, como disciplina; e em segundo lugar, ao conservadorismo ou estreiteza de alguns pesquisadores da área que criticam a imersão da bioética no campo da política, local onde, de fato, as grandes decisões são tomadas, sejam em direção à inclusão ou exclusão de indivíduos ou grupos.

Nestes pontos, bioética e política sofrem grande aproximação. Pelo olhar da bioética cotidiana pode-se dizer que diversos dos problemas éticos existentes em nossa sociedade e com os quais nos deparamos diariamente poderiam ter sido solucionados através da adoção de determinados posicionamentos políticos no passado, que priorizassem investimentos sociais em certas áreas. Assim seria caso qualquer um que tivesse o poder de decidir pelas prioridades em uma

¹ Como recursos entende-se não somente aqueles de assistência direta à saúde, mas todos os que caracterizam a qualidade de vida de uma população.

hierarquia das necessidades humanas desse a mesma atenção à saúde que os indivíduos normalmente lhe atribuem (BERLINGUER, 1993).

Cabe salientar que nestes tempos de crise mundial correm os noticiários os milhões ou bilhões injetados no sistema bancário para a amenização dos impactos e perdas deste. Ao encontro desta afirmação, Berlinguer cita Lorenzo Tomatis (*Cancer Epidemiology*, março-abril, 1992) que afirma, em um tom de quase exclamação: “alguém pode perguntar-se se os recursos para a saúde são inevitável e irremediavelmente escassos ou tal escassez é uma escolha política”. A questão da distribuição dos recursos da saúde, discutida centralmente em algumas abordagens da bioética social, preocupa-se em determinar de que forma deveriam ser distribuídos e aplicados os finitos recursos destinados à saúde. Mas, ecoando o dito por Tomatis, não seriam suficientes os recursos produzidos pela humanidade para ofertar assistência à saúde de toda a população, utilizando tratamentos eficazes e efetivos e realizando massivos investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças (já que hoje estas recebem uma parcela mínima dos recursos)? Não cabe, neste trabalho, iniciar uma discussão sobre o porquê um grande montante de recursos financeiros são despendidos com compra de medicamentos e equipamentos muitos caros enquanto tecnologias, ditas “leves”, que potencialmente aumentariam a condição de saúde das populações e auxiliariam estas a viver de maneira menos dependente de intervenções externas, usufruindo de maior protagonismo nas mudanças necessárias, são negligenciadas e desacreditadas pelos poderes sociais dominantes. Mas Nietzsche (2007) nos dá uma pista (quicá a explicação inteira) ao dizer que os valores e padrões morais de uma dada sociedade são estabelecidos nos espaço-tempo da dominação de uma determinada parcela daquela mesma sociedade, de modo a favorecer este grupo minoritário.

Além de Nietzsche, outro filósofo alemão, Marx, também discutiu o modo como o pensamento e, conseqüentemente, os valores sociais se constroem em uma dada época. Para Marx, as relações entre os seres humanos e as noções de certo e errado seriam pautadas pela maneira como os modos de produção estão organizados socialmente; o modo como o homem se relaciona com o seu trabalho, seus meios de subsistência. Para o autor, a sociedade industrial moderna (ao menos àquela época) possuía, basicamente, duas classes sociais: os burgueses, que detinham os meios de produção dos produtos¹; e os proletários, os

¹ Para efeito explicativo optou-se pela supressão da classificação de bens produzidos, nomeando-os apenas como produtos. Para maiores detalhes, ver “O Capital”, de Karl

quais, por não deter meios de produção, se viam obrigados a vender sua mão-de-obra para os burgueses como forma de sobreviver. Ao entender que a classe social dominante, a burguesia, moldava a sociedade e os valores que a compunham para satisfazer os interesses do mercado que dominavam, Marx se aproxima da noção de controle da sociedade através da instituição de uma moral, exposta por Nietzsche¹.

Como maneira de contrapor esta moral instituída, que dita um dado “modo de fazer” e de se comportar corretamente, inclusive no campo da saúde (que dentro dos serviços formais de saúde é agravado pela “certeza inequívoca” do saber científico), pode-se pensar estratégias que promovam o protagonismo dos sujeitos. Este ponto, abordado pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH/HumanizaSUS) foge ao modelo culpabilizante discutido por Schramm, Castiel, mas anteriormente por Foucault e outros. Não se trata de atribuir unicamente ao indivíduo a real condição em que se encontra, através de “acertos e erros”, desvinculando estes dos problemas da sociedade em que vive e das omissões do Estado. Trata-se sim de criar condições propícias para que estes indivíduos (e.g. trabalhadores da saúde) possam modificar, através de seus modos e conhecimentos, a realidade em seu favor, fazendo com que isto tenha impactos positivos no ambiente em que está inserido e nos que os cercam.

Podemos novamente refletir em Nietzsche (2007) quando o autor fala que os valores sociais podem, muitas vezes, impedir que os indivíduos exerçam todas as suas habilidades e usem todo o seu conhecimento a favor de si mesmos e dos demais. O incentivo ao protagonismo seria, então, uma possibilidade para a mudança, com a possível desestabilização de determinados paradigmas na saúde intimamente ligados a valores morais, inclusos aqueles que se referem a relações desiguais de poder. Sob o olhar da PNH, algumas instâncias de participação popular, ou “controle social”, poderiam auxiliar no processo de protagonização destes trabalhadores, sejam estes espaços indiretos, através da indicação ou eleição de representantes (i.e. conselhos de saúde); sejam estes espaços diretos de manifestação, como os serviços de ouvidoria da saúde.

Marx.

¹ Cabe lembrar que Nietzsche nasceu em 1844 e faleceu em 1900, sendo a maioria de seus escritos posteriores às obras de Marx (1818 – 1883).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Dentro do grande campo das ciências encontramos diversas abordagens possíveis para uma pesquisa. Existem padrões e métodos específicos a serem seguidos para que tal trabalho possa ser considerado científico. No entanto, as abordagens e métodos possíveis são tão diversas que boa parte do desafio em uma pesquisa científica reside na escolha daqueles que serão mais adequados aos objetivos pretendidos.

As classificações de pesquisa científica são tão diversas quanto os diversos enfoques dados pelos autores. Estas são geralmente classificadas segundo os objetivos ou os procedimentos técnicos utilizados, sendo que as nomenclaturas e definições são bastante variadas e não produzem um consenso a medida que os autores realizam abordagens diferentes sobre estes mesmos pontos. Assim, distingue-se as classificações de Gil (1994), Cervo & Bervian (1983) e Kerlinger (1980).

Neste trabalho, utilizaremos os referenciais de Gil (1994), sendo esta pesquisa classificada como do tipo exploratório-descritivo, quanto ao objetivo do trabalho. Note-se que há a fusão de dois elementos tratados como distintos por Gil: pesquisa descritiva e pesquisa exploratória. Entende-se, no entanto, que através da metodologia escolhida possamos contemplar tanto a aproximação e detalhamento do objeto de pesquisa quanto a correlação de variáveis que emergirão do processo investigativo. Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, este trabalho se define como uma pesquisa documental, sendo o detalhamento das ações explicado adiante.

Quanto à abordagem dos dados temos dois tipos básicos de pesquisa: as quantitativas, que possuem como variáveis principais as numéricas, utilizando-se de números absolutos, relativos, e seus desdobramentos para concluir uma análise; e as qualitativas, que usufruem principalmente dos textos e contextos, geralmente agregando discursos a observações não-experimentais passa chegar a um resultado (RICHARDSON, 1999).

Entende-se que cada abordagem possui vantagens e desvantagens, cabendo ao pesquisador selecionar a mais adequada para o(s) objeto(s) estudado(s) e investigação da hipótese, visto que um mesmo problema de pesquisa analisado sob estas duas ópticas diferentes

(e também os métodos inclusos nestas) resultam em análises distintas, chegando, em algumas casos, a se oporem (RICHARDSON, 1999).

A abordagem quantitativa, na área da Saúde Pública/Coletiva é usualmente utilizada para estudar populações maiores, muitas vezes utilizando-se da generalização da análise através da coleta de dados em amostras representativas do todo. Dentro deste campo, tal abordagem tem se mostrado bastante adequada para os estudos epidemiológicos de populações, podendo ser utilizada também em estudos de avaliação de serviços, incluso os diretamente ligados à saúde, ou ainda em determinadas questões específicas relativas às ciências sociais e humanas (geralmente em conjunto com a abordagem qualitativa). (MINAYO & DESLANDES, 1999)

Já a abordagem qualitativa, conforme Minayo (2007) e Richardson (1999), se propõe a estudar casos com uma perspectiva de profundidade, buscando fatores relacionados que o método quantitativo não se mostra capaz. Todavia, justamente pelo maior dispêndio de tempo necessário relativo ao processo de análise, como pela maior complexidade do processo como um todo, o método qualitativo costuma trabalhar com número reduzidos de pessoas, em comparação com o quantitativo, se mostrando inadequado para determinados estudos, sobretudo os populacionais. No lugar da amostra representativa da abordagem quantitativa, pode-se delimitar um número específico de indivíduos, de acordo com o tempo hábil disponível pelos pesquisadores, ou realizar entrevistas até que os dados sejam esgotados¹.

Uma alternativa às limitações impostas por cada método de pesquisa é apresentada por Minayo (2007) sob o nome de “Triangulação de Métodos”. Tal abordagem pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação integrativa, que busca superar os marcos do positivismo, tão presentes em investigações quantitativas, e as “restrições relativas à compreensão da magnitude dos fenômenos e processos sociais” (Minayo, 2007, p.359), barreiras intrínsecas da investigação qualitativa. Para tanto, integra estas abordagens, buscando tirar proveito dos pontos fortes de ambas para uma compreensão maior do objeto pesquisado.

Segundo a proposta de Minayo, os atores com os quais se faça contato na pesquisa de campo devem ser sujeitos de auto-avaliação, não apenas objetos de análise, tornando este método muito adequado para

¹ Processo em que, após um certo número de dados coletados, não mais emergem das entrevistas novas perspectivas sobre o assunto abordado.

pesquisas de avaliação de serviços. Porém, como alerta a própria autora e tantos outros, isso não o torna menos adequado para a utilização em outros tipos de análise, onde o pesquisador queira uma maior clareza dos objetos investigados, aprofundando a discussão e ampliando sua magnitude.

Triviños (1987), em obra anterior a Minayo, enfoca o uso da técnica de triangulação em pesquisas na área das ciências sociais que façam uso exclusivo da abordagem qualitativa. Sobre a técnica, diz que:

A técnica de triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, (...) sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social (TRIVIÑOS, 1987, p.138).

Assim, o termo “triangulação de métodos” não ficaria restrito àquelas pesquisas em que são utilizados tanto métodos quantitativos quanto métodos qualitativos. Significa, sim, o uso de estratégias diferentes para coleta de dados, mesmo que dentro de um único método, proporcionando uma abordagem multilateral e, portanto, obtendo dados sob perspectivas diversas, algo que com a utilização de uma única estratégia não seria capaz.

Desta forma, o presente trabalho se caracteriza pelo uso de uma abordagem qualitativa, utilizando entrevista em profundidade e pesquisa documental, como detalhado adiante, para a obtenção dos dados que se fazem necessários ao cumprimento dos objetivos propostos.

4.2 COLETA DE DADOS

Esta pesquisa trabalhou com três conjuntos distintos de dados: (1) relatórios estatísticos do serviço de ouvidoria em questão, incluindo relações numéricas dos tipos de manifestações realizadas e local de origem destas; (2) registros de manifestações, por escrito, realizadas ao serviço de ouvidoria; e (3) entrevistas feitas com os profissionais que compõem o corpo de trabalho do serviço de ouvidoria em questão.

Os dois primeiros conjuntos de dados foram fornecidos aos pesquisadores diretamente pela SES-SC. Estes se constituíram em (1)

relatório contendo o número e natureza das manifestações realizadas durante o período compreendido entre maio de 2009 e abril de 2010, envolvendo manifestações originadas a partir de todo o estado; e (2) o conteúdo escrito de manifestações (registro transcrito pelo atendente do serviço quando realizada por telefone, ou texto integral quando enviada por e-mail), quer seja reclamação, elogio, pedido de informação, denúncia ou evento de qualquer outra natureza. Estes registros ficam armazenados nas bases de dados da SES-SC e foram obtidos através de visita pré-agendada ao local.

Durante o período analisado, o serviço de ouvidoria da SES-SC recebeu 3.459 manifestações de todo o estado de Santa Catarina. Devido a este elevado número de manifestações, o que torna inviável a análise de sua totalidade segundo o método proposto (discutido adiante, e em concordância com a afirmação de Minayo (2002), segundo a qual a pesquisa qualitativa “não se baseia em critérios numéricos para garantir representatividade”, entendemos que a análise de 60 manifestações seria suficiente para o alcance dos objetivos propostos.

Para se chegar a este número foram selecionadas 5 manifestações por mês, durante um ano, escolhidas de maneira aleatória, evitando assim que algum padrão sazonal existente pudesse ter uma influência maior nos registros utilizados. Tal preocupação se devia ao fato de a demanda por serviços de saúde, de maneira geral, ser maior no inverno, o que poderia gerar uma ocorrência maior de reclamações realizadas ao serviço de ouvidoria nesta época do ano. As manifestações selecionadas que, por ventura, segundo julgamento dos pesquisadores, não possuíam conteúdo suficiente para a análise sob o referencial teórico escolhido, foram excluídas do processo. Após a obtenção destes documentos, 51 deles continham dados que nos ajudavam a cumprir os objetivos, sendo os demais descartados.

O terceiro grupo de dados utilizados foi obtido a partir de entrevistas realizadas com os trabalhadores do serviço de ouvidoria da SES-SC. Tal equipe possui 7 membros, sendo 1 coordenador; 2 supervisores e 4 operadores do sistema de recepção. Com exceção do coordenador, que atua em tempo integral, os demais funcionários possuem uma escala de trabalho organizada em turnos. Para que todos os trabalhadores tivessem a oportunidade de contribuir com a pesquisa, os pesquisadores visitaram o campo em diferentes turnos, pré-agendados com os trabalhadores do setor, ao longo do período de coleta de dados (ver Cronograma de Atividades – Apêndice I), sendo a entrevista de cada funcionário realizada após os devidos esclarecimentos sobre o presente trabalho e tendo, cada um, manifestado o consentimento em participar

do mesmo através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice II). Apenas um dos funcionários não concordou em participar das entrevistas.

Estas entrevistas foram do tipo semiestruturada, realizadas com a utilização de um roteiro confeccionado pelos pesquisadores exclusivamente para este trabalho (ver Apêndice III). As mesmas foram gravadas na sua íntegra e posteriormente transcritas pelos pesquisadores para, juntamente com o segundo conjunto de dados (ver acima), serem analisadas sob o referencial teórico adotado e conforme a metodologia de análise descrita abaixo.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para o conjunto dos dados, excetuando-se aqueles de caráter numérico e/ou estatístico, foi realizado o processo de categorização, sendo as categorias definidas *a posteriori*. Como método de análise para os dados qualitativos, os autores utilizaram como referência o método hermenêutico-dialético, pelo entendimento dos pesquisadores de que este se trata de um método adequado para a análise qualitativa de relatos pessoais extraídos a partir de entrevistas ou registros documentais (como no caso do serviço de ouvidoria), sem que esta análise fique restrita aos elementos textuais, incluindo o contexto no qual os sujeitos estão inseridos. Durante o processo de análise, foi utilizada a matriz elaborada por Moretti-Pires e Campos (2009) em estudo anterior. Um exemplo de como os dados desta pesquisa foram inseridos na matriz pode ser visto no Apêndice V.

Quanta à abrangência do estudo, os pesquisadores compartilham opinião com Tripodi et al. (1981) quando o autor discorre sobre a generalização de dados obtidos através de estudos descritivos. Apesar dos mesmos terem potencial para produzirem conhecimento diretamente aplicável a ambientes semelhantes, deve-se tomar cuidado com as diferenças existentes entre distintas realidades, as quais podem afetar a validade da generalização. Assim, pretende-se que a presente pesquisa possa ser mais do que um estudo de caso, contendo elementos que poderão ser extrapolados para outros serviços de ouvidoria da saúde, favorecendo a análise ética em sistemas similares sob a óptica aqui abordada, desde que consideradas as devidas diferenças.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Os pesquisadores se responsabilizaram pelo cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares. Os materiais e dados coletados somente serão utilizados para os fins específicos desta pesquisa, sem divulgação de informações pessoais de qualquer dos sujeitos envolvidos neste trabalho para terceiros. Tais dados ficarão sob a guarda dos pesquisadores durante o prazo de 5 anos, sendo após este tempo incinerados. Apenas foram utilizados os dados daqueles sujeitos que tenham demonstrado sua concordância em participar da pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A elaboração de tal documento em linguagem clara e simples possibilita ao entrevistado ter conhecimento sobre os procedimentos utilizados e os usos que serão feitos com os dados coletados, sendo que quaisquer dúvidas restantes após a leitura do termo foram esclarecidas de imediato pelo pesquisador principal. Além disso, os sujeitos da pesquisa tiveram total liberdade para desistir da participação neste trabalho a qualquer momento, e estavam livres para entrar em contato através por e-mail ou telefone, ambos informados no TCLE (Apêndice II), sendo que uma cópia deste documento ficou com os pesquisadores e outra com o sujeito participante.

Os resultados da pesquisa serão divulgados publicamente através do serviço de bibliotecas da universidade em questão e de periódicos científicos, sendo uma cópia do trabalho final entregue na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Gastos em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?**. Nota de esclarecimento público. 11 de julho de 2006.

Agência Brasil. **Estudo mostra que investimentos em saúde no país são os mesmos de 15 anos atrás**. 16 fev. 2008. disponível em <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/02/08/materia.2008-02-08.7942602048/view>> . Acesso em 15 de julho de 2009.

ALVAREZ, M. C. **Controle Social**: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em Perspectiva, vol.18, no.1. São Paulo, Jan./Mar. 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva., v. 10, n. 3, 2005.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: UnB, 2004.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida**: ética, ciência, saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Breve Histórico das Ouvidorias**. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/ouvidoria/index.htm>>, acesso em 10 de junho de 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, MS, 1ª ed., 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Prática do Controle Social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Série histórica do CNS, n. 1. Brasília: MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para Implantação de Ouvidorias do SUS**. Brasília: MS, 2006b

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: MS, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: gestão participativa – co-gestão. 2ª ed. rev. 1ª reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: gestão participativa e cogestão. 1ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Ouvidoria do SUS**. Texto extraído do caderno de textos de apoio da “Formação de Apoiadores Institucionais para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde” da Escola de Saúde Pública/SC, novembro de 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.125 de 6 de Julho de 2002**. Brasília, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.679 de 19 de Setembro de 2002**. Brasília, 2002b.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990a.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília, 1990b.

BRASIL, Presidência da República. **Portal da Transparência**: controle social. 2009c. Disponível em <<http://www.portaltransparencia.gov.br/controlSocial>>, acesso em 25 de maio de 2009.

BRASIL, Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

CAMPOS, G. W. S. **O Anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e

compromisso. Cad. Saúde Pública, vol. 14, n. 4. Rio de Janeiro, out-dez, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**: para uso dos estudantes universitários. 3.ed. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil, 1983.

COHEN, S. **Visions of Social Control**. 1ª ed., 9ª reimp. Malden (USA): Polity Press assoc. Blackwell Publishers Ltd., 2001

DESLANDES, S. F. **O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (FRSB). **O SUS pra Valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, 2006.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Saúde Pública**. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

GARRAFA, V. **A Inclusão Social no Contexto da Bioética**. conferencia apresentada no Seminário Mensal julho/2005 da ANVISA, em Brasília-DF e no painel “Bioética: inclusão e justiça social”. Belo Horizonte, VI Congresso Nacional da REDE UNIDA, 04/07/2005. Disponível em
<http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/inclusao_social_bio.pdf>, acesso em 22 jun. 2009.

GARRAFA, V. **Bioética Cotidiana**, Giovanni Berlinguer. Resenhas, Cad. Saúde Pública, 21(1):333-341, jan-fev, Rio de Janeiro, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GRAMSCI, A. **Concepção Dialética da História**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo : EPU/EDUSP, 1980.

KISSSLER, L. **Ética e Participação: problemas éticos associados à gestão participativa nas empresas**. Florianópolis: UFSC, 2004.

LERNER, W. **Organização Participativa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LIANOS, M. **Social Control after Foucault**. *Surveillance & Society*, v. 1, n. 3: p. 412-430, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed, São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, jul/set, Rio de Janeiro, 1993.

MOTTA, F. C. P. **Participação e Co-Gestão: novas formas de administração**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

NIETZSCHE, F. **A Genealogia da Moral**. Coleção grandes obras do pensamento universal, vol. 20, 2ª ed. São Paulo: Escala, 2007.

PASCHE, D. F. **Princípios do SUS e a Humanização das Práticas de Saúde**. Seminário “A Humanização do Sus em Debate”. Vitória, julho de 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SCHWARTZ, S. B. **Burocracia e Sociedade no Brasil Colonial**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3ª ed. rev. ampl. São Paulo: USP, 2002.

SOUZA LIMA, R. C. G. **Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde**. Florianópolis, 2008. 184f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

THIOLLENT, M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 1985.

TRIPOLDI et al. **Análise da Pesquisa Social**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1981.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1987.

ARTIGO CIENTÍFICO

Com a Palavra, os Cidadãos: os desafios e as fragilidades da Ouidoria do SUS em Santa Catarina¹

With the Word, the Citizens: the challenges and weaknesses of the Ombudsman of SUS in Santa Catarina

Con la Palabra, los Ciudadanos: los retos y las debilidades de la Oidoría del SUS en Santa Catarina

Autor Principal: Lucas Alexandre Pedebôs – Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis – SC.

Endereço para correspondência: Rua Luiz Oscar de Carvalho, n.75, Bloco A5, Apto. 31.

Fone: +55 (48) 8419-2176. E-mail: lucas.enfermagem@gmail.com

Co-autora: Marta Inez Machado Verdi – Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: verdi@mbx1.ufsc.br

¹ Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito. Artigo inédito resultado de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O projeto de pesquisa do qual derivou, intitulado “A Ouidoria da Saúde em Santa Catarina: uma análise sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização e da Bioética Cotidiana”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o número 0071.1904-10.

Com a Palavra, os Cidadãos: os desafios e as fragilidades da Ouidoria do SUS em Santa Catarina

With the Word, the Citizens: the challenges and weaknesses of the Ombudsman of SUS in Santa Catarina

Con la Palabra, los Ciudadanos: los retos y las debilidades de la Oidoría del SUS en Santa Catarina

RESUMO

Este estudo qualitativo teve como objetivo analisar as implicações éticas resultantes do processo de utilização da ouvidoria do SUS, tomando como base o serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Para tanto foi utilizado o conteúdo escrito das manifestações realizadas pelos cidadãos à ouvidoria, juntamente com entrevistas dos profissionais deste serviço. Tendo como referencial de análise a Bioética Cotidiana de Berlinguer, levantamos duas categorias: Com a palavra, os cidadãos: as manifestações à ouvidoria como expressão da situação de saúde; Da resolução de problemas às limitações do serviço. Os resultados demonstram que a ouvidoria, como um canal de comunicação entre cidadão e gestor, traz possibilidades de melhorias no sistema de saúde ao levantar áreas críticas que necessitam de maior atenção do Estado. Contudo, sendo um serviço muito diferente do original *ombudsman*, possui várias limitações gerenciais, fazendo com que estas possibilidades estejam diretamente vinculadas ao comprometimento dos gestores.

Palavras-chave: Saúde Pública; Bioética Cotidiana; Humanização; Ouidoria.

ABSTRACT

This qualitative research aimed to analyze the ethical implications resulting from the process of using the ombudsman in the Brazilian health system (SUS), based in the service of the Santa Catarina State Board of Health. For this objective, was used the written content of the manifestations made by the system's users to the ombudsman, along

with the interviews from the employees of this service. Using the Daily Bioethics as the referential for the analysis, raised two categories: With the word, citizens: the manifestations to the ombudsman as an expression of the health's situation; From problem solving to the limitations of the service. The results show that the ombudsman, as a channel of communication between citizens and manager, brings possibilities for improvements in the health system by raising critical areas that need more attention from the State. However, being a service very different from the original ombudsman, it has several managerial limitations, so that these possibilities are directly linked to the commitment of managers.

Keywords: Public Health; Daily Bioethics; Humanization; Ombudsman.

RESUMÉN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo examinar las implicaciones éticas derivadas de la utilización de la oidoría del sistema de salud brasileño (SUS), basado en lo servicio de la Secretaria de Salud de Santa Catarina (Brasil). Para ello se utilizó el contenido escrito de las protestas de los ciudadanos a oidoría, juntamente con entrevistas de los profesionales de este servicio. Tomando como referencia para al análisis la Bioética Cotidiana de Berlinguer, se plantearon dos categorías: Con la palabra, los ciudadanos: las manifestaciones a Oidoría como una expresión del estado de salud; De la resolución de problemas a las limitaciones del servicio. Los resultados muestran que la Oidoría, como un canal de comunicación entre el ciudadano y el gerente, ofrece oportunidades para mejoras en el sistema de salud mientras que plantea las áreas críticas que necesitan más atención del Estado. Sin embargo, al ser un servicio muy diferente de lo ombudsman original, tiene varias limitaciones de gestión, haciendo con que estas posibilidades están directamente vinculados con el compromiso de los directivos.

Palabras clave: Salud Pública; Bioética Cotidiana; Humanización; Oidoría.

INTRODUÇÃO

A ouvidoria nos moldes modernos, tal qual conhecemos através dos atendimentos por ligação gratuita ou e-mails existentes tanto em empresas e setores públicos e privados, surgiu formalmente na Suécia, entre os séculos XVIII e XIX. Apesar das divergências históricas quanto à data de criação do *ombudsman* sueco, sabe-se que após sua instituição este serviço se tornou um importante representante da população sobre as decisões governamentais e funcionamento do serviço público. Entre as diversas funções delegadas à ouvidoria sueca, com jurisprudência nacional, estavam a fiscalização dos funcionários públicos para o correto cumprimento dos deveres e a apuração das críticas e denúncias realizadas pela população, representando esta perante o governo.

Podemos entender, assim, que a ouvidoria moderna em seu início servia como um mecanismo de controle social¹, pois instituiu uma via pela qual a população podia reclamar seus anseios, reivindicar seus direitos e exercer certo controle sobre o governo. No entanto, se suprimirmos as relações de poder existentes, podemos perceber este mesmo serviço como um canal de comunicação entre a população, com suas vontades, e os gestores, diante das reais possibilidades de mudança, incluindo limitações legais e orçamentárias.

Os mecanismos de participação na gestão, como o citado anteriormente, podem ser de tipos diferentes. Administrativamente, quando pessoas que não integram o corpo gerencial são possibilitadas a interferir diretamente na gestão, normalmente através de opinião ouvida e ponderada pelo gestor, dizemos que tal gestão é do tipo participativa. No entanto, este é um grupo bastante amplo de sistemas gerenciais que, para o propósito deste artigo, merece certa delimitação, já que a gestão participativa, por si, não implica que tais opiniões serão consideradas nos processos decisórios.

Um dos tipos de gestão participativa merece especial atenção por integrar elementos de fundamental importância para o trabalho em saúde. Considerada como o modelo participativo mais avançado em um sistema hierarquizado, a cogestão propõe a existência de espaços de livre diálogo, em que as partes, despidas temporariamente de seus poderes, porém seguros das funções que lhes cabem, possam discutir buscando elementos comuns nas diferentes percepções. Propõe-se a

¹ Sob o sentido empregado no SUS: atividades de controle e fiscalização exercidas pela população sobre o Estado.

buscar soluções para as dificuldades cotidianas através da diversidade de opiniões dos diferentes atores envolvidos.

Todavia, para que sejam construídas instâncias de cogestão, é imperativo o rompimento de determinadas amarras burocráticas e hierárquicas. Não se trata de criar um sistema sem padrões, mas não é possível que haja realmente livre diálogo entre as partes envolvidas quando uma parte subjuga a outra. A cogestão só é possível em um sistema no qual todos são instigados a buscar melhores mecanismos de funcionamento para a execução das atividades, sendo incompatível com sistemas gerenciais no qual uma minoria “pensa”, enquanto todos os demais executam, desconsiderando as especificidades e problemas envolvidos com estes últimos.

Apesar dos grandes avanços ocorridos no Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua implantação, temos, de maneira geral, uma realidade semelhante a esta última descrita. As gerências/diretorias de saúde elaboram os planos de atividades, com tarefas a serem realizadas e metas a serem cumpridas, enquanto os serviços de atenção os executam. Tal cena demonstra uma grande fragilidade do sistema desde sua criação, que tende a separar o pensar em saúde (gestão) do executar em saúde (atenção), favorecendo a disparidade entre as reais necessidades dos serviços de saúde e as prioridades das gerências centrais (Brasil, 2008).

Estas disparidades entre atenção/gestão, necessidades/direitos servem, apenas, à perpetuação dos mesmos problemas sociais existentes há tempos; no campo da atenção à saúde, alguns deles existentes há séculos e agravados com a moderna mecanização e “coisificação” dos processos de cuidado (Deslandes, 2008). É verdade que os progressos científicos e tecnológicos nos permitem, hoje, agir sobre doenças antes distantes de intervenção. Mas muitos desses problemas são situações persistentes, surgidos muito antes do recente avanço tecnológico da biomedicina, e resultado de disparidades sociais históricas causadas, pelo menos em parte, por direcionamentos ético-políticos dos governantes que diferem das necessidades populacionais (Berlinguer, 2004).

Neste cenário de progressos e fragilidades concomitantes no SUS, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH/HumanizaSUS). No eixo central desta política está a inseparabilidade entre atenção e gestão, no entendimento de que o pensar e o executar em saúde não podem ser considerados tarefas distintas, bem como se destaca a transversalidade das ações, uma vez que a PNH se propõe a dialogar com as demais áreas produtoras de

saúde. Partindo de experiências concretas de sucesso ao longo do país, a PNH criou princípios, métodos, diretrizes e dispositivos numa tentativa de contribuir com o progresso do sistema de saúde, mas considerando as peculiaridades socioculturais de cada localidade/população. Cabe ressaltar que tais experiências bem sucedidas só foram possíveis porque, em algum momento, trabalhadores da atenção e/ou gestão em saúde² romperam com protocolos e os “velhos” modos de produzir saúde e resolveram inovar neste campo tão singular.

A “humanização” da saúde pressupõe um sistema em que haja reconhecimento do outro como legítimo cidadão de direitos. Contudo, este termo “humanização”, por si só, é suficiente para despertar diversas questões éticas, sobretudo pela polissemia e plasticidade do mesmo, conforme lembram Benevides & Passos (2005). Para estes autores, um elemento diferencial que pode ser caracterizado na PNH seria a possibilidade da produção de saúde juntamente com a produção de subjetividades protagonistas e autônomas que pudessem se tornar transformadoras das práticas cotidianas, com novos sujeitos implicados em novas práticas. Assim, mais do que garantir o direito à saúde previsto na Constituição Federal, é necessário que haja a valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo gestores, trabalhadores e usuários do sistema.

O termo “humanização” da saúde, portanto, não busca sustentação no humanismo clássico, nem se trata de uma tentativa institucional de tornar as pessoas “melhores”, “mais sorridentes” ou “mais simpáticas”. A escolha por esse termo para nomear a política em questão se dá em oposição à coisificação vivida não somente na saúde, mas também nela. É necessário e urgente o entendimento geral de que não é possível construir saúde “com” a população (ao invés de “para”) através da supremacia e totalização de protocolos assistenciais e burocráticos, reduzindo a identificação individual de necessidades e as singularidades do processo assistencial (Brasil, 2008).

Dessa forma, a PNH se apresenta como uma aposta ético-estético-política³. Nos termos do documento-base:

² Apesar de concordarmos que a gestão e a atenção em saúde são indissociáveis, neste artigo trataremos os trabalhadores da saúde como “trabalhadores da atenção” e “trabalhadores da gestão”, de maneira distinta, apenas para facilitar a compreensão dos leitores.

³ Tais termos, ética, estética e política, carregam consigo um amplo arcabouço de discussões sobre os quais existem publicações dedicadas. Portanto, não nos cabe, neste texto, realizar discussões individuais sobre as definições e implicações das mesmas acerca destes termos, exceto aquelas aplicadas diretamente ao objeto de estudo (ouvidoria) e referenciais adotados.

[...] ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Brasil, 2008, p.62).

Adotar uma determinada visão de saúde ou postura metodológica exige uma atitude política. Dessa forma, a construção de uma política pública parte de uma imagem-objetivo, um parâmetro de onde se quer chegar, fazendo determinadas apostas e esperando certos resultados. A PNH aposta na construção de um cenário de saúde que, através da valorização, respeito e inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, rompendo amarras administrativas que dificultem a singularidade deste campo, possibilite a concretização de um sistema de saúde mais equânime, construído e empenhado para a resolução dos principais problemas de saúde da população.

Partindo desta imagem-objetivo e apostando em experiências concretas de sucesso no SUS, a PNH desenvolve diretrizes entendidas como campos de ação para a humanização das práticas de saúde. Sendo a cogestão e gestão compartilhada um desses campos emblemáticos, alguns dispositivos foram propostos como maneiras para expandir as possibilidades de ação. Assim, no âmbito da PNH, os sistemas de escuta, como as ouvidorias, são postos como instrumentos representativos de demanda dos usuários e trabalhadores da saúde, mapeando problemas, apontando áreas críticas e promovendo uma aproximação das instâncias gerenciais (Brasil, 2008). Desta forma, a ouvidoria serve como um mecanismo em prol da comunicação entre gestores e não gestores, de maneira que a inclusão destes últimos – trabalhadores e usuários – através do compartilhamento de opiniões pudesse contribuir para a construção de um melhor sistema de saúde.

Todavia, para que seja garantido esse compartilhamento de ideias, é necessário que as ouvidorias se constituam como instâncias autônomas ou que os gestores que as controlam estejam dispostos a compartilhar o poder gerencial da decisão, através da consideração de problemas e possíveis soluções apontados pelos usuários e trabalhadores, e mediados pelas ouvidorias. Caso contrário, estes serviços podem se tornar elementos pouco expressivos na gestão dos serviços de saúde e, mais grave, servirem como meros espaços de interceptação de reclamações,

sem que estas se tornem uma possibilidade de intervenção para melhorias.

Assim, a depender do grau de autonomia e de atuação, bem como do modo pelo qual este serviço se estrutura dentro do sistema de saúde, uma ouvidoria pode exercer as duas conotações de “controle social”: a mais recente e atualmente utilizada no SUS, entendida como o conjunto de atividades de poder exercidas pela população sobre o Estado para que os interesses gerais do povo sejam atendidos; ou a anterior, muito utilizada durante os governos totalitários do último século, sob a qual o Estado exerce poder sobre a população.

Ainda que nossas principais referências sobre este assunto sejam os regimes militares, o Brasil possui histórico de “controle da população” envolvendo serviços de ouvidoria muito anteriores, que datam dos primeiros anos destas terras após a chegada por portugueses. Em 1549, o então governador-geral Tomé de Souza nomeou Pero Borges como o primeiro ouvidor-geral da nossa história. As atribuições de Pero Borges, bastante amplas, incluía funções gerais de investigação, julgamento em primeira instância de denúncias e presidir audiências de sentenças proferidas por outros ouvidores, sobre ações em desacordo com a coroa. Registros históricos relatam, no entanto, que como boa parte das reclamações eram sobre as próprias atividades da coroa, muitos daqueles que realizam manifestações para o ouvidor-geral acabavam por serem perseguidos e punidos (Schwartz, 1979).

Não pensamos que a ouvidoria atualmente, independentemente do gestor, possa de constituir em um serviço como o de Pero Borges. No entanto, a possibilidade de um serviço que registre as reclamações e sugestões da população existir apenas como uma forma de “acalmar ânimos” nos parece bastante perversa. Assim, o controle social a que nos referimos, potencialmente exercido pelo serviço, pode fazer o mesmo ser entendido como uma estrutura de biopoder, servindo não como um canal que amplie as possibilidades de cogestão, mas como um falso instrumento de gestão democrática e, ao mesmo tempo, um meio para saber o que os usuários e trabalhadores pensam sobre a gestão. No contexto político, as possibilidades de uso de um serviço assim se tornam bastante diversas.

Assim, a justificativa desta pesquisa se dá pelo entendimento, portanto, que o *modus operandi* de uma ouvidoria pode significar tanto um avanço na construção de um sistema de saúde mais equânime, que se pautem na valorização dos diferentes atores envolvidos; quanto pode servir como um mecanismo perverso de gestão, dando voz aos trabalhadores e usuários, mas sem que suas manifestações estejam

sendo, de fato, consideradas nas decisões para o sistema de saúde.

Desta maneira, nosso objetivo neste estudo foi analisar as implicações éticas envolvidas no processo de utilização da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva da Bioética Cotidiana e da Política Nacional de Humanização, através da compreensão do trâmite das manifestações realizadas a este serviço, bem como das características das mesmas, incluindo as respostas fornecidas.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, optamos por um estudo de abordagem qualitativa utilizando um desenho exploratório-descritivo. Esta pesquisa fez uso de três conjuntos de dados: (1) relatórios estatísticos do serviço de ouvidoria em questão, incluindo relações numéricas dos tipos de manifestações realizadas e local de origem destas; (2) registros de manifestações, por escrito, realizadas ao serviço de ouvidoria; e (3) entrevistas feitas com os profissionais que compõem o corpo de trabalho do serviço de ouvidoria em questão.

Ao todo foram entrevistados seis dos sete profissionais do serviço, pelo fato de um deles não ter concordado em participar da pesquisa. Estas foram realizadas com o uso de um roteiro construído especificamente para esta pesquisa, e o método adotado foi o da entrevista em profundidade semiestruturada. Tanto os relatórios quanto os registros de manifestações obtidos foram relativos ao período de maio de 2009 a abril de 2010, totalizando um ano, na tentativa dos pesquisadores de evitar alguma sazonalidade existente com relação às manifestações. Quanto aos registros de manifestações, em um total de sessenta, foram obtidos junto à base de dados interna da ouvidoria, com o coordenador da mesma, sendo cinco de cada um destes meses. Estes registros contém a transcrição da manifestação do usuário – caso esta tenha sido realizada por telefone –, ou o texto integral da mesma – caso tenha sido realizada por e-mail; e a resposta dada à mesma, se existente, já que muitas manifestações, apesar de encaminhadas pela ouvidoria aos setores responsáveis, acabam não recebendo resposta.

Para a análise, tanto das entrevistas quanto das manifestações, optamos pela hermenêutica-dialética como método, uma vez que na interpretação dos dados tal método indica o uso tanto dos elementos textuais quanto dos contextuais. Para tal, utilizamos a matriz elaborada para esta finalidade por Moretti-Pires e Campos (2009).

O referencial teórico utilizado foi o da Bioética Cotidiana,

desenvolvida por Giovanni Berlinguer. Em suas obras, o autor italiano demonstra como questões bioéticas importantes estão intimamente ligadas ao dia a dia da sociedade em que vivemos, mostrando que situações de limite da vida, como eutanásia e aborto, não devem ser os únicos focos desta disciplina. No “pano de fundo deste cenário”, está a Política Nacional de Humanização (PNH). Além de incorporar a bioética em seu escopo, ela insere a ouvidoria como um de seus dispositivos, entendendo este serviço também como uma aposta de humanização do sistema de saúde.

A partir disto, obtivemos 2 categorias de análise, a saber: Com a palavra, os cidadãos: as manifestações à ouvidoria como expressão da situação de saúde; Da resolução de problemas às limitações do serviço.

A OUVIDORIA DO SUS EM SANTA CATARINA: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A ouvidoria da saúde, da maneira como instituída atualmente, funciona como um canal de comunicação entre o cidadão, usuário do SUS, e os gestores da saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde passou a incentivar a implantação de serviços de ouvidoria nas secretarias de saúde, sejam estas municipais ou estaduais. Para tanto, o MS disponibilizou orientações, por meio de manuais técnicos operacionais, os quais buscam detalhar o processo de constituição do serviço (espaço físico, número de trabalhadores, aparatos necessários), bem como os mecanismos de funcionamento deste.

O serviço de ouvidoria investigado segue os padrões estabelecidos no “Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS” (Brasil, 2010), um dentre os documentos oficiais do MS, como citado acima. Assim sendo, esta ouvidoria possui um ambiente próprio instalado dentro da secretaria de saúde em que se encontra. Desta maneira, as manifestações realizadas a este serviço (por e-mail ou telefone) não podem ser ouvidas ou lidas diretamente por outras pessoas que não aquelas que trabalham no setor, exceto com autorização destas. Este serviço conta com um coordenador, presente durante todo o período de funcionamento; um supervisor por turno; e dois operadores por turno, responsáveis pelo atendimento e registro das ligações telefônicas.

Uma vez recebida a manifestação pela ouvidoria, realiza-se uma primeira análise quanto à pertinência desta, no sentido estrito de verificar se a manifestação possui ligação com o setor saúde do

estado/municípios. Caso contrário, é indicado de imediato ao solicitante o telefone ou outro meio de contato com o setor administrativo pertinente à manifestação, caso o serviço público possua um meio possível de atender a esta demanda.

Após o atendimento e registro da manifestação, inicia-se o processo de tramitação interna da mesma, exceto se esta for uma solicitação de informação resolvida pelo próprio atendente. As manifestações podem ser divididas em seis categorias: **informação**, quando o solicitante se dirige à ouvidoria para obter informações sobre algum assunto relacionado à saúde; **sugestão**, quando o solicitante considera que possa sugerir algo que venha a contribuir para o fortalecimento do SUS ou assunto relacionado; **elogio**, quando o solicitante, por ventura de atendimento bem sucedido ou outro evento relacionado, deseje elogiar um profissional, grupo de profissionais, serviço ou instituição; **reclamação**, quando o solicitante vivenciou ou presenciou algum ato relacionado à saúde que não o tenha deixado satisfeito; **solicitação**, a qual inclui questões relacionadas a marcação de consultas e exames, processos de medicamentos, fiscalização, dentre outras; e **denúncia**, quando o solicitante, por conhecimento de alguma irregularidade ou infração, resolve se dirigir ao setor administrativo em uma tentativa de contribuir para o bom funcionamento dos serviços de saúde.

Iniciada a tramitação interna, a manifestação é encaminhada ao setor, da Secretaria de Estado da Saúde ou não, que atenda ao problema relatado. No prazo de 7 dias úteis – conforme regulamento da ouvidoria –, as respostas dadas pelos setores devem ser encaminhadas novamente à ouvidoria. A maior parte das manifestações exige uma resposta ao solicitante, de modo que este deva deixar dados para que a ouvidoria possa retornar o contato (por e-mail, telefone ou correspondência). A critério do solicitante, estes dados podem ser encaminhados juntamente com a manifestação ou permanecerem disponíveis somente à ouvidoria.

CATEGORIA 1 - COM A PALAVRA, OS CIDADÃOS: AS MANIFESTAÇÕES À OUVIDORIA COMO EXPRESSÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Após esta breve contextualização, entendendo o trâmite básico das manifestações que chegam à ouvidoria, apresentamos a primeira categoria, que busca relacionar o conteúdo das manifestações, as respostas dadas pelos setores responsáveis para estas, e as implicações

bioéticas resultantes deste processo. Portanto, nesta categoria inicial, nossa análise será mais ampla, contemplando questões gerais sobre o sistema de saúde, enquanto nas outras duas nos concentraremos em tratar aspectos mais específicos sobre a ouvidoria.

A escolha por trabalharmos com as manifestações dos usuários se pautou pela importância que estas assumem para o contexto das relações estabelecidas no âmbito dos serviços de saúde e representarem um instrumento diário de trabalho deste serviço. Além disso, nas manifestações dos usuários estão explicitadas questões importantes sobre o sistema de saúde que podem servir como indicadores dos serviços de atenção. Mais do que isso, as respostas dadas às manifestações demonstram a capacidade e empenho dos diferentes setores gerenciais da saúde em lidar com as adversidades deste complexo campo e necessidades de saúde da população.

Sobre estes registros, apenas fatos sobre a tramitação das mesmas dentro dos setores gerenciais dizem respeito direto à ouvidoria. Acerca disto, todas as manifestações a que tivemos acesso (60, no total), haviam sido devidamente encaminhadas para os setores responsáveis, ou diretamente respondidas, quando a resolução do motivo da manifestação estava ao alcance direto dos atendentes – telefones de determinados setores e outras informações gerais. Portanto, o papel desta ouvidoria, analisada como canal de comunicação, fora devidamente seguido.

Como dito anteriormente, as manifestações são divididas, pela ouvidoria em questão, em seis categorias: reclamações, solicitações, denúncias, informações, elogios e sugestões. No período analisado, as **reclamações** responderam por 65,45% das manifestações, sendo a categoria com maior volume de atendimentos. Em seguida, aparecem as **informações** com 12,54%, seguidas pelas **solicitações** com 10,33%, e pelas as **denúncias** com 8,29%, e por fim os **elogios** e as **sugestões** com 2,65% e 0,74%, respectivamente. A categoria informações teve as maiores porcentagens do período durante os meses em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia da gripe H1N1, acumulando manifestações suficientes como a segunda com maior número de registros no período. No entanto, a partir do final de 2009, quando a pandemia passou a se mostrar sob controle, o número de manifestações desta categoria caiu consideravelmente, passando a oscilar entre 3,6% – em fevereiro de 2010 – e 8,47% – em abril do mesmo ano.

Tais dados nos mostram a importância de um canal de comunicação direto que possa fornecer informações exatas rapidamente ao cidadão, ajudando-o a tomar as melhores medidas possíveis. Mas nos

mostram também que a atividade com que a ouvidoria possui maior envolvimento, ao menos numericamente, tem sido receber e encaminhar reclamações sobre os serviços de saúde. Não podemos, no entanto, a partir destes números, supormos que os serviços de saúde do estado a que a ouvidoria pertence não consigam, na maioria das vezes, realizar o atendimento de maneira adequada, já que o número de reclamações é mais de 20 vezes superior ao de elogios. Sabemos que o sistema de saúde possui muitas experiências exitosas, tanto em programas específicos, como o de imunizações ou DST/AIDS, como na atenção à saúde realizada nos diversos ambientes de cuidado, de maneira geral. No entanto, é mais comum recorrermos aos espaços institucionais de escuta, como a ouvidoria, nos casos em que, de alguma maneira, nos sentimos prejudicados.

Não entendemos que essa disparidade entre reclamações e elogios se trate de uma “injustiça” com o sistema de saúde, de forma alguma. Logicamente, a valorização dos diferentes atores envolvidos na produção de saúde, um dos pontos centrais da PNH, é fundamental a um sistema de saúde de qualidade, mais justo e cidadão. No entanto, ela pode se dar por outras maneiras: no cotidiano dos serviços, através de mudanças nas posturas gerenciais e melhorias nas condições de trabalho, por exemplo. Assim, as reclamações quanto aos serviços não prestados adequadamente não só são legítimas como devem ser entendidas como indicadores de pontos críticos do sistema, ajudando a gestão a direcionar esforços.

A ouvidoria é um dispositivo de humanização da saúde porque permite a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações conflitivas que são sintomas, manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. [...] as informações das ouvidorias permitem a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento e subsidiam a formulação de políticas de gestão do SUS (Brasil, 2009, p.43).

Não obstante, devemos buscar os motivos que originaram estas situações de insatisfação, já que, se existem reclamações, devem existir condições em que o direito à saúde não esteja sendo garantido. Assim, a análise realizada aqui não diz respeito ao serviço de ouvidoria em si, já que somente o encaminhamento dado às manifestações compete a este. Discutimos, sim, os modelos utilizados pelo setor saúde para prover o que, além de estar plasmado na Constituição Federal – “A saúde é

direito de todos e dever do Estado” –, entendemos como direito primeiro de todo ser humano.

Dentre os tipos de reclamações realizadas com maior frequência no período analisado estão aquelas relativas à falta de medicamentos nas unidades de saúde, problemas com marcação de consultas (especialistas médicos, na maioria das vezes) e encaminhamentos para a realização de exames. Quanto aos medicamentos, pelo fato de serem produtos que exigem gerenciamento logístico e dependem da entrega correta dos fornecedores, em sua ampla maioria laboratórios privados, podemos entender que existam maiores dificuldades. Contudo, mesmo que as barreiras burocráticas referentes aos processos de compra tenham certa carga de culpa nessas dificuldades, não se pode admitir que a falta de medicamentos e a consequente interrupção de tratamentos seja uma constante. Este tipo de situação implica em uma piora da saúde da população, tanto diretamente, pela ausência do tratamento específico; quanto indiretamente, pela perda de confiança no serviço e consequente fragilização do vínculo, um dos pilares da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e elemento fundamental de um sistema que se preconiza mais próximo do usuário.

Para os que acompanham a rotina dos serviços públicos de saúde, problemas relacionados à marcação de especialistas e de exames não são novidade, mas os relatos observados nas manifestações ajudam a agregar e afirmar elementos importantes nessa discussão. Em uma destas, a reclamação da usuária referente a espera para a realização de um exame específico é respondida da seguinte forma: “[...] a demanda é maior que a oferta”. Salvo a sinceridade da pessoa que escreveu a resposta reencaminhada à ouvidoria, todo o resto é condenável. Se a demanda é maior do que a oferta, claramente nos encontramos em um cenário em que os serviços de saúde estão subdimensionados à realidade populacional. Infelizmente isto não é um achado da nossa pesquisa, já que não se trata de qualquer novidade. Contudo, entender esta como uma situação frequente não significa aceitá-la.

Tal problema incide em um ponto de grande polêmica no campo da saúde: os custos. Conforme o avanço tecnológico ocorre, melhores meios para diagnóstico e tratamento também surgem. Podemos entender que aquelas tecnologias ditas “leves”, que englobam os processos de produção de comunicação e outras formas de relação, não geram, necessariamente, custos, e permitem melhorias na produção de saúde. No entanto, as que envolvem desenvolvimento de aparatos, sobretudo de natureza tecnológica, acabam por contribuir para o encarecimento dos processos de cuidado, ainda que possam trazer melhorias diretas para a

saúde das pessoas. Sendo muitos destes aparelhos de custo elevado, a instituição pública tem permitido que a iniciativa privada participe ativamente nestes processos, através da prestação de serviços específicos, como exames de média ou alta complexidade.

Alguns destes procedimentos são solicitados para que se possa dar sequência a um tratamento. Em uma das manifestações, a usuária relata que esperava há quatro (4) anos pela realização de um exame que custa em torno de um mil reais. Tal procedimento seria necessário para a realização de uma cirurgia no pé. Apesar de não possuímos mais dados referentes ao quadro da pessoa, podemos afirmar que esperar 4 anos para a realização de um procedimento só favorece o surgimento de mais problemas de saúde. Não há como medir os impactos deste tipo de espera na qualidade de vida de uma pessoa (quando não da própria vida), mas sabemos que eles existem. No entanto, caso a usuária tivesse dinheiro para pagar diretamente a realização do exame, toda esta situação de sofrimento teria sido abreviada. Assim, percebemos que, em um mundo no qual o comércio se tornou a medida e o valor dominante das relações humanas e sociais (Berlinguer, 1996), os seres humanos mais valem quanto mais possuem.

CATEGORIA 2 - DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ÀS LIMITAÇÕES DO SERVIÇO

Sendo as manifestações encaminhadas à ouvidoria de natureza e complexidade diversa e não sendo este serviço o responsável por elaborar a maioria das respostas (apenas encaminhar novamente ao cidadão), o nível de resolução dos problemas, motivos da origem das manifestações, também varia bastante. Nesta categoria, analisamos a capacidade de resolução dos problemas relacionados às manifestações dos usuários por parte da ouvidoria, considerando as limitações que o serviço encontra na tentativa de resolver problemas que não estejam diretamente sob a sua ingerência.

Uma pequena parte das manifestações que chegam à ouvidoria pode ser resolvida pelo próprio serviço, uma vez que trata de questões simples nas quais o solicitante pode obter resposta adequada imediatamente, ou questões que não exigem resposta direta ao solicitante. São estes momentos nos quais os cidadãos contatam a ouvidoria para obter informações que não tenham conseguido por outro meio, como telefones de setores/serviços específicos ou o modo como proceder em determinadas situações (*e.g.* encaminhamentos para

marcação de consultas/exames, internação de dependentes químicos/portadores de transtorno mental).

Em outros casos, como aqueles envolvendo denúncias de irregularidades, sejam diretamente nos serviços de saúde ou em outros ambientes cujos problemas possam gerar consequências para a saúde individual ou coletiva; bem como naquele em que as manifestações estejam relacionadas à demanda de fiscalização, podemos considerar que a ouvidoria é capaz de resolver os problemas relatados pelos solicitantes. Claro que tal análise considera que os serviços fiscalizatórios ou responsáveis pela apuração das denúncias desempenhem seu papel adequadamente. No entanto, sempre existe a possibilidade de, ainda insatisfeito, o cidadão contatar novamente o serviço de ouvidoria realizando, desta vez, uma reclamação quanto à ausência de fiscalização/permanência da irregularidade. Desta forma, a ouvidoria solicitará uma resposta ao setor responsável. Nos casos analisados, os problemas relacionados foram resolvidos após este segundo contato.

No entanto, nos outros tipos de manifestações que chegam à ouvidoria, as limitações do serviço se tornam mais evidentes. Ainda que a pequena estrutura seja um problema a ser analisado, as questões puramente estruturais (espaço e funcionários) são de resolução mais fácil. O que gostaríamos de ressaltar, aqui, diz respeito à amplitude de ação do serviço. Se a criação do *ombudsman* foi considerada uma vitória pelo povo sueco, foi porque esta instituição possuía autonomia para investigar casos relatados pela população que estivessem, de alguma maneira, prejudicando ou deixando de beneficiar o povo. Portanto, mais do que “escutar” problemas, a ouvidoria sueca era também capaz de cobrar soluções para estes.

Esse é o motivo central pelo qual o *ombudsman* passou a ser conhecido em vários países como corregedor administrativo, conforme explica Leite (1975). A razão de ser deste serviço estaria expressa nas seguintes palavras:

É sobretudo, repita-se, no avassalador crescimento da área de atuação do Estado contemporâneo que se situa a necessidade de amparar a pessoa humana no isolamento cada vez mais acentuado a que se vê relegada, e daí o afã com que a sociedade se volta, em diferentes países, para soluções como a do corregedor administrativo (Leite, 1975).

O mesmo autor diz ainda que os países onde este tipo de serviço já exista à época em que o livro fora escrito, são aqueles em que havia uma maior preocupação em encontrar “meios adequados de apurar com justiça de rapidez a eventual ocorrência de impropriedade ou insensibilidade no funcionamento da administração pública”. Assim, a preocupação em estabelecer autoridade e autonomia a um setor capaz de investigar a própria administração traduz o empenho em resolver problemas dos quais não se possa ficar alheio, como as iniquidades em saúde (Leite, 1975).

Contudo, a ouvidoria analisada, ao seguir a estrutura geral de uma ouvidoria da saúde, é muito diferente disto. Não basta que a ouvidoria cumpra seu papel. É necessário, também, que cada um dos setores para o qual o serviço encaminha as manifestações esteja comprometido com os objetivos do SUS. Ao questionarmos Ômega se o papel da ouvidoria, de contribuir com o cidadão, seria cumprido, este nos diz:

No que diz respeito à ouvidoria, sim, porque a gente dá a resposta, entende?! Mas agora se a resposta é positiva ou não, daí, no caso, já não é de nossa competência. Depende de outra pessoa. Mas, assim, dentro da ouvidoria é realmente cumprido. É um meio de intermediar, e a gente intermedia, e a resposta vem e a gente encaminha. Este papel é cumprido (Ômega).

Estabelecemos, assim, consideráveis diferenças entre as ouvidorias, ditas, originais, cuja autonomia e poder delegado as possibilita um leque muito maior de ação quanto à apuração das manifestações; e as outras, reduzidas, cujo papel continua de grande importância na medida em que recebe as manifestações da população, facilitando a identificação de gargalos e demais dificuldades, mas que ao mesmo tempo necessita, impreterivelmente, da ação de outros setores para a melhoria dos serviços no qual se inserem. No primeiro grupo teríamos como exemplos o Ministério Público (entendendo o setor de ouvidoria como parte integrante deste, pela natureza do órgão) e os PROCONS, ainda que o poder deste último sobre estabelecimentos comerciais dependa de legislação municipal e, portanto, sofra variações entre os municípios.

Tanto o serviço investigado como as outras ouvidorias da saúde, de maneira geral, não possuem este tipo de poder, de acordo com os documentos do Ministério da Saúde. A própria ouvidoria geral do ministério, a qual reencaminha as manifestações feitas a ela para as

demais secretarias de saúde através de um sistema online chamado OuvidorSUS, não possui qualquer poder direto de investigação. Assim, as ouvidorias são canais de comunicação entre o usuário e o gestor não apenas por este ser o papel primordial destes setores, mas por se mostrar como o único modo de ação destes “*ombudsmans* reduzidos”.

Sendo desta forma, várias manifestações encaminhadas pela ouvidoria não retornam dentro do prazo estipulado. Quando, passados sete dias sem que o setor para o qual a manifestação foi encaminhada tenha enviado uma resposta, a ouvidoria pode solicitá-la novamente. No entanto, acabam aí as possibilidades de ação da ouvidoria sobre os outros setores. Tal limitação fica evidenciada na fala de Épsilon:

As dificuldades, elas existem, é claro, porque existem, às vezes, prazos que não são cumpridos na resposta. Então a ouvidoria, quando foi criada, foi estipulado um prazo para que a pessoa responsável pela resposta pudesse estar nos encaminhando essa resposta para que a gente então pudesse estar informando o cidadão daquela manifestação dele. Mas nem sempre é assim. Não é a ouvidoria que responde. A ouvidoria busca uma resposta àquela manifestação e informa o cidadão (Épsilon).

Como dito por Épsilon, a ouvidoria investigada, assim como as demais ouvidorias da saúde de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, são formas de comunicação entre a população e o gestor, tal como respondido por todos os entrevistados ao lhes indagar qual seria o papel deste setor. Épsilon ainda diz que “Não podemos aqui estar confundindo ouvidoria com auditoria. A ouvidoria é este canal de comunicação. A auditoria é algo mais fiscalizatório”. E de fato, nos moldes atuais, o é.

Contudo, a efetivação deste canal não garante que as demandas populacionais serão atendidas. Como entende a própria PNH, os interesses de população e gestores não são plenamente compartilhados. Desta maneira, a existência deste canal de comunicação acontece como uma ação meio e não uma ação fim. Este “fluxo de voz” existe porque, de alguma forma, o cidadão precisa de maneiras para garantir o seu direito à saúde, no caso de as ações governamentais ordinárias, somente, não serem suficientes. A população precisa de um instrumento de democracia direta e rápida que possa eliminar ou minimizar as iniquidades em saúde; e que possa auxiliar na ação sobre as questões cotidianas indesejáveis que continuam a acontecer, sem que haja motivo

plausível para tal.

Sigma e *Delta*, trabalhadores da ouvidoria, ao falar sobre o trâmite necessário para a resolução de manifestações realizadas ao serviço, demonstram como os próprios funcionários da ouvidoria se mostram descontentes com esse cenário:

Muitas vezes até vem a resposta dizendo que a marcação foi feita, foi marcada pro dia 'tal', mas algumas vezes também vêm 'ah, tem uma fila de espera de tantas pessoas'. Então não é a resposta que o cidadão gostaria de receber. Ele tem o direito, o cidadão, de retornar a ligação pra gente, ou via 0800 ou por e-mail, dizendo que a resposta da unidade não satisfaz, aí a gente abre uma nova solicitação, encaminha novamente pra eles, informando que a resposta não satisfaz, e que o cidadão solicita maiores providencias. Mas a gente tem que encaminhar a resposta que a gente recebe (Sigma).

A gente tenta, a gente faz o nosso papel, aí encaminha, aí vem uma resposta que a gente tem vergonha de mandar a resposta porque é uma resposta que a gente não ia gostar de receber. Uma resposta que realmente o cidadão não vai ficar satisfeito. Mas a gente encaminha porque é o que a gente pode fazer, assim. Acho que não [...] a gente tenta realmente fazer o correto, mas a gente não recebe suporte dos outros locais que precisariam dar uma resposta melhor ou fazer com que funcione (Delta).

Não nos serve entendermos que a ouvidoria está cumprindo o papel de levar aos gestores os problemas dos serviços de saúde se não houver intenção de resolvê-los. A existência de um serviço dentro da gestão da saúde que ouça os cidadãos, mas não possibilite o acolhimento destas manifestações, é um ferimento à autonomia das pessoas. Entender o usuário como um mero "reclamante" não apenas é uma atitude oposta a de qualquer governante comprometido com o bem estar populacional como desconsideração ao exercício de direitos de qualquer ser humano. Em primeira instância, o direito à saúde; em última o direito à vida. Ignorar as necessidades populacionais que chegam à ouvidoria, em sua maioria através das reclamações, é perpetuar as situações de violência à saúde humana, cometidas cotidianamente, e considerar a dignidade humana como algo secundário (Berlinguer, 1996).

[...] as pessoas que estão do outro lado (setores para os quais são encaminhados), eles acabam não levando muito a sério o sistema de ouvidoria do SUS, né?! Até

pelas respostas que a gente recebe. Alguns sim, a gente vê que existe um esforço grande pra tentar ajudar a população e marcar a consulta, marcar o exame, mas outras não: simplesmente respondem só pra dizer que fizeram o papel dela (Lâmbda).

Tal como descrito por Schramm & Kottow (2001), o Estado deveria assumir obrigações sanitárias para com a população, considerando os reais contextos no qual se inserem e os vários determinantes do processo saúde/doença. Os autores se baseiam nesta “ética da responsabilidade social” para construir a bioética da proteção, atribuindo ao Estado um papel central e único na garantia não apenas dos direitos constitucionais dos cidadãos, mas dos direitos que estes possuem como seres humanos.

Partindo deste conceito, entendemos que, apesar de a ouvidoria analisada cumprir seu papel como canal de comunicação entre população e gestor, a criação de *ombudsmans*, semelhante ao original, com plenos poderes na área da saúde, traduziria, como citado por Leite (1985) “o empenho de resolver um problema de que nenhum país pode hoje alhear-se”. Essa construção demonstraria a iniciativa em agir sobre os conflitos bioéticos que vemos cotidianamente nas filas para marcação de consultas, de exames, ou em outros casos que demonstram o descaso dos serviços e/ou profissionais para com as reais necessidades da população.

Não obstante, observadas as especificidades deste campo, uma instituição meramente fiscalizadora, que atuaria apenas sobre os setores e problemas, poderia dificultar melhorias mais subjetivas na área. Assim, um serviço que pudesse, a partir das manifestações de usuários/trabalhadores, auxiliar na composição de soluções e evoluções para os problemas relatados, junto aos serviços responsáveis, mas exigindo que a situação relatada não permanecesse em descaso, poderia ser mais adequado ao que se pretende para o SUS.

Reiteramos que se posicionar politicamente em favor da resolução de problemas desta espécie é também um posicionamento ético. Os limites entre ética e política se tornam menos precisos quanto mais as decisões que envolvem estes campos interferem na vida humana. E a saúde é um campo em que esta questão é intrínseca a todas as decisões.

Vários problemas éticos com os quais nos deparamos cotidianamente poderiam ter sido solucionados, ou, pelo menos, minimizados através da adoção de determinados posicionamentos políticos anteriores. O tratamento gerencial de necessidades e direitos

como coisas distintas não deve fazer parte do cotidiano social. Assim como o valor dado à saúde, em uma hierarquia das necessidades humanas, por aqueles que possuem o poder de decisão deve ser o mesmo que os indivíduos, inclusive estes que decidem por todos nós, normalmente atribuem a ela (Berlinguer, 1993).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a ouvidoria se constituir como uma instância importante no que concerne a dar mais voz aos cidadãos, nesta “evolução” democrática que nos conta a história, as possibilidades de auxílio à população pela ouvidoria tem se restringindo cada vez mais a isso, unicamente: fazer-se ouvir. Quando criado, o *ombudsman* era responsável não somente por receber as manifestações dos cidadãos, mas também por apurá-las e dar provimento a estas. Assim, reunia funções semelhantes às ouvidorias modernas, como a estudada, mas também possuía liberdade para investigar e auditar instituições/setores que não estivessem cumprindo devidamente com suas obrigações para com a população.

A saúde coletiva, no entanto, se constitui em um cenário bastante complexo, no qual uma instituição meramente fiscalizatória não se mostra como a mais adequada. Contudo, da maneira como está estruturado, o serviço de ouvidoria possui limitações que deixam, em última instância, nas mãos do gestor a decisão de agir ou não sobre os problemas relatados pelos cidadãos, o que não é coerente com a proposta de um sistema que esteja voltado para as necessidades da população.

Ao incorporar a ouvidoria como um dispositivo de cogestão, a proposta da PNH é fazer deste serviço um espaço de humanização na medida em que possibilita discussões sobre os processos de produção de saúde. As informações captadas através das manifestações recebidas pela ouvidoria poderiam servir como base para a formulação de ações que visassem minimizar ou solucionar os problemas relatados; ou ainda, gerar tencionamentos sobre determinadas áreas críticas do sistema, possibilitando a construção de novos espaços de escuta.

Todavia, todas essas questões são apenas possibilidades as quais, no atual contexto, parecem não passar do plano da ficção. Da mesma forma que a ouvidoria se encontra presa a uma estrutura institucional, limitando suas possibilidades de atuação, as principais decisões de saúde se dão no cenário político, possibilitando a inclusão ou exclusão de

grupos, estratégias e ações. Sem a construção de uma política de saúde única, que esteja, de fato, comprometida com a saúde da população, estas construções não devem passar de possibilidades.

Portanto, se a existência de um espaço de escuta das necessidades de saúde da população contribui para a construção de um sistema de saúde solidário, o simples encaminhamento de respostas insuficientes às demandas do povo não fazem da ouvidoria da saúde, da maneira como estruturada, um instrumento válido. No momento em que as manifestações passam a não serem realmente acolhidas pela gestão, apesar do devido encaminhamento da ouvidoria, fica estabelecido um diálogo fictício entre “quem manda” e o “reclamante”.

Neste cenário, a proposição de uma ouvidoria que possa representar, de fato, a voz do cidadão, na busca de um SUS mais próximo da maneira como foi pensado, pressupõe governantes comprometidos com esta proposta, na construção de um Estado ético. Mas um Estado que não prioriza as reais necessidades de sua população não pode se dizer ético; tampouco o podem aqueles que o dirigem e perpetuam esta situação.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*., v. 10, n. 3, p.561-571, 2005.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: UnB, 2004.

_____. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Questões de Vida: ética, ciência, saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS** – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS**. 2ª ed. rev. 2ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Gestão Compartilhada e Co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Cartilhas da Política Nacional de Humanização).

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica** – para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

LEITE, C. B. **Ombudsman: corregedor administrativo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed, São Paulo: Hucitec, 2007.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Pesquisa em Saúde Coletiva como Instrumento de Transformação Social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. Texto produzido como requisito para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2009.

MOTTA, F. C. P. **Participação e Co-gestão** – novas formas de administração. São Paulo: Brasiliense, 1982 (Coleção Primeiros Vãos).

SCHRAMM F. R., KOTTOW, M. **Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**. Cad Saúde Pública 2001; 17:949-56.

SCHWARTZ, S. B. **Burocracia e Sociedade no Brasil Colonial**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciência Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Marta Verdi. Sou professora titular do departamento de Saúde Pública da UFSC e estou coordenando a pesquisa de título “A Ouvidoria da Saúde em Santa Catarina: uma análise sob a perspectiva da política nacional de humanização e da bioética cotidiana”. O aluno do Mestrado em Saúde Pública da UFSC, Lucas Alexandre Pedebôs, também é pesquisador deste projeto.

O objetivo desta pesquisa é realizar uma discussão sobre as questões éticas envolvidas com a utilização da ouvidoria da saúde. Cremos que isso irá contribuir positivamente para melhorias e ampliação nos serviços de ouvidoria em saúde.

Para isso realizaremos entrevistas para saber qual o conhecimento das pessoas sobre os serviços de ouvidoria da saúde e de que forma elas entendem que este tipo de serviço contribua com o SUS. Esta entrevista será feita utilizando um roteiro com algumas perguntas e não causará qualquer risco ou desconforto ao entrevistado.

Se a qualquer momento você quiser desistir da pesquisa, pode entrar em contato pelo telefone (48) **8419-2176** ou enviar um e-mail para **lucas.enfermagem@gmail.com**. Caso concorde em participar desta pesquisa, garantimos que os dados obtidos na entrevista somente serão usados neste trabalho e não serão divulgados usando seu nome.

Assinaturas:

Pesquisador coordenador: _____

Pesquisador entrevistador: _____

Eu, _____,

fui esclarecido sobre a pesquisa “A Ouvidoria da Saúde em Santa Catarina: uma análise sob a perspectiva da política nacional de humanização e da bioética cotidiana” e estou de acordo com o exposto.

Florianópolis, _____ de 2010.

Assinatura: _____ R.G.: _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1** – Há quanto tempo trabalha no serviço de ouvidoria da SES-SC?
- 2** – No que você acha que este serviço pode contribuir com os preceitos do SUS?
- 3** – Você entende que este papel é cumprido? Caso a resposta seja não, quais os principais motivos para que esta situação aconteça?
- 4** – O que acontece quando um setor para o qual tenha sido encaminhado uma solicitação não retorna uma resposta à ouvidoria?
- 5** – Na sua percepção, o serviço de ouvidoria possui autonomia dentro da SES-SC?
- 6** – Você acha que o serviço de ouvidoria pode favorecer o usuário do SUS? Se sim, como? Se não, por quê?
- 7** – Pode também favorecer o trabalhador da saúde? Se sim, de que maneira? Se não, por quê?

APÊNDICE D – ORÇAMENTO DETALHADO

Orçamento Detalhado			
Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total do Item (R\$)
Resma de papel A4 (500 folhas)	2	12,00	24,00
Caneta esferográfica azul	3	0,75	2,25
Caneta esferográfica preta	3	0,75	2,25
Lápis preto	4	0,60	2,40
Borracha	2	1,90	3,80
Apontador de lápis	1	2,50	2,50
Toner para impressora Lexmark E120n	1	120,00	120,00
Valor total (R\$)			157,20

APÊNDICE E – AMOSTRA DA MATRIZ ANALÍTICA

Etapa Hermenêutica			Etapa Dialética		Síntese Hermenêutica Dialética
Legitimação	Interpretação	Saturação	Questionamentos Emergentes	Dialética	Síntese e Superação
<p>A cidadã relata que aguarda desde o dia 26 de março de 2010 junto ao CEPON por uma exame de Cintilografia Ossea. No entanto, foi informada de que este levará cerca de 60 dias para poder ser realizado pois possui muitas pessoas na fila em sua frente. Aduz não poder esperar tanto tempo para realizar este, uma vez em que já é paciente do CEPON e está com muita dor em seu pé, podendo ser algum tipo de tumor.</p>	<p>Não é ofertado serviço em quantidade suficiente para suprir a demanda.</p>	<p>Presente também na solicitação 4</p>	<p>Exames de alta complexidade são caros. O encaminhamento acontece somente para um hospital da região. O tempo de espera é muito grande para casos graves.</p>	<p>Exames de alta complexidade são caros e, portanto, dispendiosos financeiramente para o Estado. Tanto a compra de equipamentos e a contratação de profissionais especializados quanto a contratação de serviços terceirizados gasta muito recurso que poderia ser aplicado em áreas de menor densidade de tecnologia dura e atender a uma quantidade muito maior de pessoas. No entanto, a saúde é um direito humano de maior grandeza e, se tratando de real doença, deve ser tratado com o que há de melhor disponível. Assim, podemos entender que 'ou o Estado não está cumprindo seu papel ao fornecer serviço em quantidade menor do que o adequado, ou os profissionais estão solicitando em demasia este tipo de procedimento, o que também deve ser investigado'.</p>	<p>De maneira alguma a ampliação da quantidade de equipamentos será solução para os problemas do SUS. Uma formação mais adequada a realidade brasileira (social e epidemiológica), sobretudo dos profissionais médicos, aliado a uma maior capacidade do uso de tecnologias "leves" e "leves-duras", minimizaria as grandes filas de espera da alta complexidade. No entanto, é papel do Estado tanto intervir neste tipo de formação quanto fornecer os meios adequados para o tratamento da população, porque muitos casos ainda continuarão a ser encaminhados para exames de alta complexidade por real necessidade.</p>
<p>"O agendamento de cintilografia é realizado no serviço de medicina nuclear do hospital regional de São José que disponibiliza vagas para atender a demanda do CEPON. Os pacientes do CEPON tem prioridade no atendimento, porém a demanda é maior que a oferta".</p>	<p>Não é ofertado serviço em quantidade suficiente para suprir a demanda.</p>	<p>Presente também na solicitação 4</p>	<p>Exames de alta complexidade são caros. O encaminhamento acontece somente para um hospital da região. O tempo de espera é muito grande para casos graves.</p>	<p>Exames de alta complexidade são caros e, portanto, dispendiosos financeiramente para o Estado. Tanto a compra de equipamentos e a contratação de profissionais especializados quanto a contratação de serviços terceirizados gasta muito recurso que poderia ser aplicado em áreas de menor densidade de tecnologia dura e atender a uma quantidade muito maior de pessoas. No entanto, a saúde é um direito humano de maior grandeza e, se tratando de real doença, deve ser tratado com o que há de melhor disponível. Assim, podemos entender que 'ou o Estado não está cumprindo seu papel ao fornecer serviço em quantidade menor do que o adequado, ou os profissionais estão solicitando em demasia este tipo de procedimento, o que também deve ser investigado'.</p>	<p>De maneira alguma a ampliação da quantidade de equipamentos será solução para os problemas do SUS. Uma formação mais adequada a realidade brasileira (social e epidemiológica), sobretudo dos profissionais médicos, aliado a uma maior capacidade do uso de tecnologias "leves" e "leves-duras", minimizaria as grandes filas de espera da alta complexidade. No entanto, é papel do Estado tanto intervir neste tipo de formação quanto fornecer os meios adequados para o tratamento da população, porque muitos casos ainda continuarão a ser encaminhados para exames de alta complexidade por real necessidade.</p>