



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

DIANA COELI PAES DE MORAES

**AS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ:
Uma Relação Dialógica entre Governo, Medicina e Sociedade?**

**BELÉM
2012**

**AS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ:
Uma Relação Dialógica entre Governo, Medicina e Sociedade?**

Dissertação de Mestrado apresentada por Diana Coeli Paes de Moraes como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Orientador:

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla

Coorientador:

Prof. Dr. Paulo de Tarso de Oliveira

**BELÉM
2012**

M827o Moraes, Diana Coeli Paes de

As ouvidorias de saúde pública no Estado do Pará: uma relação dialógica entre governo, medicina e sociedade? / Diana Coeli Paes de Moraes; orientador, Alcindo Antonio Ferla. – 2012.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

1. Ouvidorias. 2. Saúde pública - Pará. 3. Participação comunitária. 4. Humanização. I. Orientador. II. Título.

DIANA COELI PAES DE MORAES

**AS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ:
Uma Relação Dialógica entre Governo, Medicina e Sociedade?**

Dissertação apresentada à Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFPA para obtenção do Título de Mestre em Psicologia

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla (UFPA/UFRGS) – Orientador

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira – Coorientador

Membro: Dra. Flavia Cristina da Silveira Lemos

Membro Convidado: Dra. Kátia Marly Leite Mendonça

Membro Convidado: Dr. Paulo Sergio Weyl Albuquerque Costa

**BELÉM
2012**

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por ter-me concedido o dom da vida, pois sem isto nada aconteceria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPa.

Ao meu orientador, Dr. Alcindo Ferla, e ao meu coorientador, Paulo de Tarso, que sempre me ajudaram e me orientaram com esforço desmedido.

À Professora Flávia Lemos, pelos ensinamentos e a amizade construída. Minha admiração pelo seu conhecimento e sua pessoa.

À Secretaria do PPGP, na figura do Ney, tão dedicado e atencioso com todos.

Aos meus pais, Athos e Norma, por estarem sempre ao meu lado, incentivando-me e ajudando em minha formação, e por depositarem todo o amor e carinho em mim.

Ao meu esposo, João Jorge, e aos meus filhos, Bárbara, Bruna e João Pedro, maiores amores da minha vida, pela compreensão quanto a minha ausência e dedicação aos estudos, nesta fase das nossas vidas.

Especialmente, a minha filha Bárbara, pela paciência de me escutar, ler e discutir os assuntos que eu estudava e me corrigir.

Aos membros da Banca, pelas correções e sugestões para a melhoria do trabalho escrito.

Às amigas que fiz, no decorrer deste curso, pelo companheirismo na troca de experiência.

Ao Fórum OUVEPARÁ, pelo apoio oferecido à pesquisa executada.

Aos colegas Kleber Palheta, Luis Sergio Listo, Michelle Prince, Helena Machado e Paulo Lima pelo apoio e incentivo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

Dedico esta Dissertação ao meu pai Athos (in memoriam) e a minha avó Ondina (in memoriam), pelo amor e pelas lições de vida ensinadas, principalmente que a vida não é fácil, mas é muito boa de ser vivida! Obrigada, vocês estão no meu coração!

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos
o que deveríamos ser. Não somos o que iremos
ser. Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.”
Martin Luther King

RESUMO

Esta Dissertação tematiza sobre as ouvidorias de saúde pública como um espaço de participação cidadã na gestão administrativa, indagando se acontece uma relação dialógica entre governo, medicina e sociedade, na perspectiva de aproximação da gestão e serviços prestados pela saúde pública, de acordo com a Política de Humanização do SUS. A hipótese norteadora do estudo é a de que com a participação popular, através das ouvidorias, são produzidas transformações nas práticas desempenhadas pelos diferentes atores na configuração das práticas no cuidado em saúde, em aproximação com os princípios e estratégias de Humanização do Sistema Único de Saúde, com capacidade de tensionar os papéis constituídos no contexto biomédico que se constituiu como predominante, a partir dos fins do século XVII. Objetiva identificar as contribuições efetivas da atuação das ouvidorias de saúde pública, na construção e execução de novas práticas da saúde, de acordo com a PNH. Foi desenvolvida em quatro capítulos, que tratam da participação social e da história das ouvidorias de saúde pública, no Brasil, **do SUS e da Política de Humanização na Saúde, da pesquisa propriamente dita e as considerações finais.** A investigação, com desenho qualitativo e exploratório, visa a conhecer, descrever e compreender a realidade da política de humanização nas instituições de saúde pública no estado do Pará, por intermédio das demandas das ouvidorias em um processo de ampliação de mecanismos democráticos de controle social das políticas públicas de saúde. Entre os resultados alcançados nesta pesquisa, cita-se que as Ouvidorias de Saúde Pública têm o claro compromisso de se tornarem instituições de excelência e cumprirem o seu papel na promoção do diálogo entre o estado, a medicina e a sociedade. Quanto a esse processo colaborar na construção de novas práticas em saúde, não se identificam grandes efetividades, porém, serve como valor simbólico de representatividade de acessibilidade de comunicação e diálogo sem burocracia entre sociedade e gestão pública é significativa. Observa-se a necessidade da gestão da saúde pública, no sentido de se organizar em suas várias instâncias.

Palavras-chave: Saúde pública; ouvidoria; humanização; participação popular; diálogo.

ABSTRACT

That paper emphasizes about the Public Health's Offices as an area of citizen participation in administrative management inquiring if it happens a Dialogic Dynamics Relationship between Government, Medicine and Society in the perspective of harmonization of management and services provided by public health in accordance with the policy of Humanization by SUS. The guiding hypothesis of the study it is the popular participation trough's offices are produced transformations in practice played by different actors in setting health care practices in alignment with the principles and strategies humanization of the single health system with ability of tension arising in the biomedical context roles that became as prevalent from on 17th century. The point of view is to identify the effective contributions of the performance of public health's offices in building and implementing new practices of health according to the PNH. It was be developed in four chapters, dealing with social participation and the history of public health's offices in Brazil, the SUS and the Humanization of Health Policy, research itself and conclusion. The qualitative and exploratory design research that seeks to know, describe and understand the reality of the policy of humanizing public health institutions in the State of Pará, through the demands of offices in a process of expansion of democratic mechanisms of social control of public health policies. Among the results achieved in this research what it's discussed, it is that the public health's offices has the clear commitment to become an institution of excellence and fulfill its role in promoting dialogue between the State, Medicine and Society. As for this process to collaborate in the construction of new practices in health, it doesn't identify effectiveness. However, as symbolic value of representativeness, accessibility, communication and dialogue without bureaucracy between Society and the Public Administration it is significant. It's noted how important that was the Public Health Management to organize in their multiple instances.

Keywords: Public health, Ombudsman, Humanization, Popular Participation, Dialogue.

SIGLAS

ABO – Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman
AC – Antes de Cristo
ACS – Agente Comunitário da Saúde
AIDS – (Acquired Inmodificiency Sindrome) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CDC – Código de Defesa do Consumidor
CFB - Conselho Federal de Biblioteconomia
CF – Constituição Federal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONPSI – Congresso de Psicologia
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DF – Distrito Federal
DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FHCGV – Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana
FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará
FUNEPA – Fundação Centro Regional de Hemoterapia do Pará
HEMOPA – Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HOL – Hospital Ophir Loyola
HC – Hospital das Clínicas
HUBFS – Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões de Marítimos
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NC – Não Conformidades
OMD – OMD Soluções para Ouvidorias
OGU – Ouvidoria Geral da União
OM – Oportunidade de melhoria
ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas
OSIS – Ouvidoria de Gestão Sistêmica
PGE – Procuradoria Geral do Estado
PNH – Política Nacional de Humanização
PACS – Programa de Agente Comunitário da Saúde
PAPS – Programa de Aprendizagem Profissional
PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PR – Paraná
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD – Secretaria de Estado de Administração
SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participante
SUS – Sistema Único de Saúde
SSP – Sistema de Segurança Pública
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA – Universidade Federal do Pará
URE – Unidade de Referência Especializada
U.A. – Unidade Administrativa

QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Indicadores trabalhados	17
Quadro 2	Competências político-administrativas de diferentes instrumentos e áreas do Sistema de Saúde	44
Quadro 3	Formas de atendimento ao usuário do interior do estado	69
Quadro 4	Média de pessoas atendidas/mês nas ouvidorias	71
Quadro 5	Atendimento mês	71
Quadro 6	O papel das ouvidorias hoje para o cidadão, na visão do ouvidor	72
Quadro 7	Prazo de resposta ao usuário.....	73
Quadro 8	Melhoria do acesso a serviços e às ouvidorias	76
Quadro 9	Assuntos demandados pelos usuários das ouvidorias	76
Quadro 10	Tipo de demanda.....	77

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
I - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A HISTÓRIA DAS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICAS NO BRASIL	21
1 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	21
2 – AS OUVIDORIAS PÚBLICAS COMO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO CIDADÃ	31
a. A breve história das ouvidorias públicas	32
b. A ouvidoria e a sua missão pedagógica na formação do sujeito.....	34
c. A questão dialógica e as ouvidorias	36
d. As ouvidorias de saúde pública	39
II - O SUS E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	41
1 – O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	42
2 – A LÓGICA DA HUMANIZAÇÃO E DO CUIDADO DA SAÚDE	45
a. O acolhimento.....	48
b. A garantia de acessibilidade	51
c. Integralidade	54
3 – O ACOLHIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	55
a. O acolhimento: um relato de experiência numa roda de conversa	58
III - AS OUVIDORIAS E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: O CASO	61
1 – SOBRE AS OUVIDORIAS PESQUISADAS	61
a. A identificação	62
b. Competências	65
c. Autonomia das ouvidorias	67
d. Equipe de trabalho	67
e. Instalação e acesso.....	68
f. Atendimento ao cidadão na ouvidoria	69
2 – O SISTEMA DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DAS OUVIDORIAS DE ACORDO COM AS DEMANDAS RECEBIDAS DOS SEUS USUÁRIOS	75
a. Qualidade do atendimento ao usuário	75
b. A integralidade na saúde	78
c. Processo educativo na saúde	79
d. Gestão participativa	81
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	94
ANEXOS	102

INTRODUÇÃO

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade: isto é, os tipos de discurso que lhe acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros: as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade. (FOUCAULT, 1979, p.12).

Esta Dissertação de Mestrado é fruto de reflexões que partiram da minha prática como ouvidora pública da Secretaria de Administração do Estado do Pará – SEAD, na qual atuei de janeiro de 2007 a janeiro de 2011, sendo, também, certificada como Ouvidora Pública pela Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – ABO. O meu percurso me incitou a estudar as dúvidas reveladas no transcorrer do meu exercício, atendendo e orientando os cidadãos que procuram uma ouvidoria; pesquisando para conhecer as experiências bem sucedidas e discutindo assuntos inerentes à questão com os meus colegas ouvidores, pertencentes ao “Fórum OUVEPARÁ¹”, do qual sou partícipe, constituído por ouvidorias de diferentes setores como, por exemplo, a saúde, a educação, a segurança pública, o meio ambiente, os direitos humanos e a gestão. Como se observa, seria quase impossível, pelo momento vivido, fugir da questão.

A decisão pelo trabalho nas ouvidorias de saúde pública deveu-se à prioridade e à relevância constitucional do setor saúde, por um compromisso ético de fazê-lo funcionar num modelo eficiente para e com o cidadão, no atendimento do seu corpo e sua condição de vida, numa proposta inovadora e organizada do SUS, com os princípios de humanização, gestão descentralizada e democrática, que serve hoje de referência para outras realidades. Além disso, trajetória profissional, compromisso ético com a saúde e legislação do sistema de saúde, encontraram afinidade com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP/UFPA, ao qual pertenço e que está voltado, entre outros, à promoção da saúde.

Com a hipótese norteadora do estudo, inicio o meu trabalho: pela participação popular, através das ouvidorias, podem ser produzidas mudanças nos papéis desempenhados pelos diferentes atores, na configuração das práticas no cuidado em saúde, em aproximação com os princípios e estratégias da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), HumanizaSUS, com capacidade de tensionar os papéis desvelados no contexto biomédico que se constituiu como predominante, desde fins do século XVII, conforme nos auxilia a

¹ Fórum OUVEPARÁ é o único fórum específico de ouvidorias públicas no Estado do Pará. Foi constituído em 2007, a partir de uma manifestação espontânea de todas as Ouvidorias Públicas instaladas ou em instalação no Estado, com objetivo de congregação e trocas de experiências (www.ouvepara.blogspot.com).

compreender Foucault (1979), e que, no Brasil, emerge na virada do século XIX para o século XX e se generaliza a partir das primeiras décadas do século XX.

Mas, será que as ouvidorias consistem em instrumento efetivo de participação cidadã dos usuários, capaz de interferir no processo de construção das novas práticas de saúde, de acordo com a Política de Humanização do SUS? As instituições médicas produzem os pacientes, aqueles que se submetem ao saber biomédico, e as ouvidorias produzem o quê? Seres que reclamam e/ou seres que compreendem a saúde como seu direito e dela participam?

E assim principio a pesquisa sobre as ouvidorias do setor da saúde pública no estado do Pará, que, no contexto de uma democracia institucional², podem se constituir em um espaço de escuta na promoção do diálogo com a sociedade e de construção de novos modos de atuação dos diferentes sujeitos na área da saúde, conforme a Política de Humanização do SUS. Essa contribuição potencial traduz o fato de representar uma forma de vocalização de opiniões e de denúncias por parte dos usuários e que à participação da população está associada, do ponto de vista das diretrizes legais da saúde, a idéia de mudanças no sentido de que o sistema de saúde absorva mais intensamente a perspectiva do usuário, no seu fazer cotidiano. A escolha do tema deve-se, além da minha afinidade com ele, à disposição de ampliar e aprofundar meus conhecimentos científicos na área e à contribuição que pretendo às práticas no interior das Ouvidorias, no sentido de um deslocamento ainda maior em direção às ideias-potência que estão descritas acima.

Contudo, é preciso igualmente sublinhar a relevância que pretendemos para este trabalho para o campo de estudos da saúde pública e democracia, no Brasil, mas com recorte específico de contribuição para a realidade paraense, em termos do acontecer das ouvidorias nos avanços democráticos, na efetivação da gestão, quando identifica o cidadão como o principal foco de ação de todo o processo vivido, contemplando-o mediante as suas demandas em saúde e disponibilizando com eficiência e eficácia informações que alcancem a suas necessidades e compreensão. Através da participação social, por meio das ouvidorias, por outro lado, o SUS tem, concomitantemente, possibilidade de acessar o conhecimento da experiência dos seus usuários e uma avaliação, via *feedback* pelas pessoas que recebem os seus serviços e, assim, maior possibilidade de atuar no sentido de gerar a qualidade de vida da coletividade. Quando o ciclo da participação funciona adequadamente, saem fortalecidos

² Assumimos, neste trabalho, a democracia formal, em particular o registro constitucional do Brasil como “Estado Democrático e de Direito”, como avanço institucional, que constitui potencialmente novas relações entre indivíduos e com o com o aparato do Estado, onde as Ouvidorias poderiam constituir-se como espaços de mediação. Não pretendemos, com essa afirmação, negar práticas autoritárias e a violência institucional, como se verifica no cotidiano das notícias da mídia.

ambos, o cidadão, ator principal, que nessa oportunidade de reconhecimento do outro e inclusão social (re)conhece os seus direitos e sabe exigí-los, e o sistema, que fortalece a concretização de suas políticas de humanização .

Na verdade, esse campo temático é recortado ainda mais, no escopo deste trabalho, pela proposta de identificação de padrões de subjetivação³ na relação entre o Estado, a Medicina e a Sociedade, visíveis no campo da participação cidadã na gestão pública, que produz efetividade no atendimento mais humanizado dos usuários do sistema de saúde e as tensões com as práticas vigentes.

O desenvolvimento da pesquisa procurou contemplar os seguintes objetivos:

⇒ Objetivo Geral

Identificar as contribuições efetivas da atuação das ouvidorias de saúde pública, na construção e execução de novas práticas da saúde, de acordo com o PNH.

⇒ Objetivos específicos

- ⇒ Conhecer as manifestações da população envolvida com os serviços de saúde, nas ouvidorias de saúde pública no estado (instaladas há dois anos ou mais até 2009);
- ⇒ Caracterizar a atuação de diferentes atores do cuidado comparativamente aos papéis do modelo biomédico;
- ⇒ Identificar imaginários dos usuários da saúde quanto ao papel da ouvidoria.

A pesquisa, com desenho qualitativo e exploratório, visou a conhecer, descrever e compreender a realidade da política de humanização nas instituições de saúde pública no estado do Pará, através das demandas das ouvidorias.

Os canais de recebimento da ouvidoria de saúde ampliam a participação do cidadão na gestão, possibilitando que a instituição avalie continuamente a qualidade dos serviços prestados à sociedade, por meio do seu principal produto de processo de trabalho, o relatório gerencial , o qual servirá de base para a tomada de decisão no campo da gestão.

³ É "[...] o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva" (GUATTARI, 1992, p.19). É um processo de produção de vida dirigido à geração de modos de existência (de agir, sentir e de dizer o mundo) realizado num plano histórico-político a partir do qual a forma sujeito emerge como efeito (TEDESCO, 2006).

O grande desafio das ouvidorias em saúde é fazer com que seus dados, manifestações cidadãs sistematizadas em banco de dados, realmente sirvam de indicadores para que haja a construção de políticas públicas ou de atendimento de uma organização pautada no diálogo democrático.

A matriz de análise construída está assentada em três eixos: a identificação e caracterização das Ouvidorias; a apresentação e análise de situações coletadas durante a pesquisa; e a apresentação e análise dos achados adicionais com base na Política de Humanização. Na caracterização das ouvidorias, foram adotadas as seguintes categorias empíricas: identificação das ouvidorias estudadas, competências das ouvidorias, autonomia das ouvidorias, equipe de trabalho, instalações e acesso, atendimento ao cidadão. Um segundo eixo de análise explicita alguns registros, a partir da experiência empírica da autora, em particular relativamente à dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. Um terceiro eixo trata os dados com base na matriz construída com base nas propostas da Política Nacional de Humanização, e contém as seguintes categorias: atendimento da universalidade, integralidade, processos pedagógicos na saúde e gestão participativa.

Os indicadores trabalhados no terceiro eixo nesta pesquisa e aqui elencados consideram a Política de Humanização do SUS (PNH) e a participação social, por intermédio das ouvidorias de saúde pública. Cada indicador corresponde a um princípio eleito dentre várias possibilidades:

Quadro 1: Indicadores trabalhados

INDICADORES	CONCEITO
Atendimento da Universalidade	Acessibilidade e atendimento com compromisso de resolução a todo cidadão, acolhendo e cuidando de todos, seguindo iguais princípios e propiciando meios diferenciados de acolhimento, conforme as necessidades do sujeito. Cuidando não só do corpo – doença – mas da vida do indivíduo.
Processos de educação popular em saúde	A educação é uma ação permanente que busca facilitar a compreensão do contexto em que o sujeito está inserido e assim colaborar para a sua integração e mobilidade.
Gestão Participativa	Construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nesses espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. Pressupõe o controle dos indivíduos sobre o estado e a configuração de políticas públicas capazes de qualificar e dignificar a vida de cada um.

Fonte: Quadro elaborado pela autora da Dissertação

A humanização resgata o respeito à vida humana. A complexidade de sua definição decorre da sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular, se relacionam a pessoas e seus “modos de andar a vida estreitados pela doença” (CANGUILHEM,1978). Ou seja, pela maneira como a vida do sujeito se produz coletivamente.

Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos seus limites transformando as práticas da saúde do SUS oferecendo potente resposta ao problema existente.

Tendo em vista que as instituições de saúde se caracterizam por um trabalho de natureza relacional, integrando aspectos subjetivos de quem cuida e de quem é cuidado, aprimorá-lo requer a consideração dos aspectos que definem e compõem a ideia de humanização (BRASIL; 2001; p.52).

A metodologia utilizada na pesquisa incluiu leituras dirigidas e orientadas durante as aulas do Programa de Mestrado, na busca das contribuições de autores com afinidade com o tema e com o debate em pauta; estudos e fichamentos para a composição teórica e esclarecimento na análise; aplicação de questionário e entrevista (Apêndice A - B) com as questões levantadas sobre os indicadores apontados; entrevista semiestruturada com 6 ouvidorias públicas no estado do Pará: FHCGRV, SESPA, HOL, HEMOPA, HUIBB e HUBFS, instaladas em dois anos ou mais, até 2009; as entrevistas foram registradas, em primeiro lugar, com a escrita de forma direta com o entrevistado, alguns dados complementados por via digital e outras por via de telefone, depois transcritas em documento eletrônico; sistematizadas em banco de dados do Excel; com a utilização direta da base de dados expressando os resultados de todas as ouvidorias em percentuais que levam a incidência das variáveis; enriquecimento do processo de investigação, por meio das observações no próprio instrumento de pesquisa e registro em caderno de campo.

Foi desenvolvida tendo como base teórica os seguintes capítulos, explicitados abaixo:

I. O primeiro capítulo trata da Participação Social e a História das Ouvidorias de Saúde Pública, no Brasil, levando em conta o atual contexto histórico de democracia (RIBEIRO, 2001), na conquista da cidadania brasileira (DALLARI, 1998; CARVALHO, 2008). Deu-se maior enfoque à questão da Saúde, de acordo com a Política de Humanização do SUS do Ministério da Saúde – MS, que valoriza a participação da sociedade na melhoria da prestação de serviços do SUS; aliás, essa participação social se distingue na saúde, conforme o movimento de criação do SUS, as VIII e a XII Conferências de Saúde,

como exemplos de grande participação social. Dentro desse tema, tem-se a questão das ouvidorias públicas como um espaço de participação cidadã (OLIVEIRA, 2005), um direito de cidadania garantido no parágrafo único do artigo 1º da Constituição Federal/1988 e que, na saúde, vem desempenhando importante papel. Esse espaço inclui (Declaração Universal dos Direitos Humanos – Artigo XIX - 1948) “[...] o direito da pessoa humana à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”. Aborda-se o sujeito não como dado, como algo constituído decorrente de um processo em constante construção, segundo as suas experiências vividas, ele é o ator principal desse processo. Alude-se à relação dialógica que educa e coopera nessa construção (FREIRE, 1982; 1985; 1987; 1997). E essa capacidade de escuta ao andar a vida individual e coletiva, capazes de *fazer vingar* mais saúde (FERLA, 2007);

II. No segundo capítulo, foi dado o enfoque ao SUS e à Política de Humanização na Saúde, observada o texto constitucional de 1988, que trata das ações e serviços de saúde (os quais, além de direito de todos, são dever do estado), é de relevância pública e amplia o seu conceito, que considera não só as causas biológicas das doenças, mas, enfim, todas as causas determinantes de vida e trabalho da população. A história capturada transporta à saúde desde a metade do século XX, o que se configura na medicina moderna (FOUCAULT, 1979) até a configuração da saúde como um polo atrativo de problemas sociais, muito mais do que tratar do corpo e da doença (MADEL LUZ, 2007; AROUCA, 1975). Pelo desenvolvimento de ações mais democráticas com qualidade e resolutividade, aparece o atendimento ao cidadão mais humanizado, com o acesso integral e universal em busca da concretização da Política Nacional de Humanização. A saúde coletiva e o controle social exigem uma atenção integral à saúde, envolvendo a assistência e a prevenção de adoecimentos ou agravos à saúde, além da atuação nas condições gerais de vida, por meio de políticas específicas voltadas não somente às doenças da racionalidade biomédica, mas às necessidades ampliadas de saúde percebidas pela população (FERLA; CECCIM, 1998; 2007; 2008; 2009).

III. Neste capítulo, fazem-se as análises exploratórias e discute-se o trabalho de campo realizado pela utilização da bagagem teórica articulada à prática, através da pesquisa empírica efetivada. Identificaram-se as contribuições efetivas da atuação das ouvidorias de saúde pública, na construção e execução de novas práticas da saúde, de acordo com o PNH.

IV. Considerações Finais com o fechamento do trabalho

Em suma, a pesquisa obedeceu a um roteiro, formado por uma lista de tópicos a cobrir almejando conhecer se as ouvidorias como dispositivo de participação cidadã vêm

colaborando com a sociedade, governo e a medicina, através de suas redes dialógicas na promoção dos processos de subjetivação (“modo de ser”) e de construção de novos imaginários das práticas da saúde, com foco no atendimento humanizado do SUS.

No seu desenvolvimento, não houve a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da investigação e dela decorrente. As possibilidades de exposição foram mínimas, uma vez que foi resguardado o sigilo quanto à identificação direta das fontes de informações. Os dados só foram coletados dos participantes mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV (Protocolo n. 27/2011-Aprovado por Parecer em 23/01/2011- Anexo A).

I – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A HISTÓRIA DAS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Brasil, oficialmente República Federativa do Brasil, é uma república federativa cuja a forma de governo é a de uma república democrática, com um sistema presidencial. O presidente é o chefe de estado. A definição basilar da forma de organização do Estado e da articulação com as pessoas e com a sociedade civil está registrada já no primeiro artigo da Constituição, como se verifica na citação (Constituição da República Federativa do Brasil - 1988):

Art.1º- A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) é um marco histórico na construção democrática do Brasil, trazendo de volta o direito à participação social e a retomada da questão da cidadania. Trata-se de um processo que veio para resgatar e promover a (re)inclusão social, surgido das lutas contra o regime militar, que tiveram como agentes fundamentais os movimentos sociais. O homem tem a liberdade de adotar os meios de se realizar e a cada época da nossa história um novo homem é produzido na relação social, pelos diferentes processos de interação e subjetivação. O processo de subjetivação de um povo se constrói a partir dos processos históricos e sociais vivenciados.

Ulysses Guimarães, em seu discurso na Constituinte, em 27 de julho de 1988, declara:

Essa será a Constituição cidadã, porque recuperará como cidadãos milhões de brasileiros, vítimas da pior das discriminações: a miséria. Cidadão é o usuário de bens e serviços do desenvolvimento. Isso hoje não acontece com milhões de brasileiros, segregados nos guetos da perseguição social. (in: Site: www.fugpmb.org.br)

Entende-se essa questão democrática como uma ferramenta de relação entre o estado⁴ e a sociedade, onde o estado se organiza para apoiar a prática da liberdade do seu povo, com a intenção de cultivar o bem-estar social e construir a cidadania de forma coletivizada, por meio de suas conquistas políticas, sociais e civis. A sociedade civil se torna uma instância deliberativa e legitimadora do poder político, em que os cidadãos são capazes de exercer seus direitos coletivos e subjetivos públicos. Essa conquista da democracia é infundável e como, a cada época da nossa história, um novo homem é produzido, novas necessidades coletivas surgem, novas lutas e novas conquistas se realizam. A coletividade e a solidariedade são elementos fundamentais para as conquistas se concretizarem.

A ideia central de uma democracia como a organização da vida, a partir da expressão da vontade das pessoas, é clássica: “O grande exemplo de democracia no mundo antigo é em Atenas” (RIBEIRO, 2001, p.8). O poder saiu de dentro dos palácios e se tornou público, se mostrou. Em Atenas, parcelas significativas do povo exerciam o poder, manifestando suas opiniões em praça pública; grandes assembleias populares se reuniam frequentemente, tomavam decisões e um grupo de pessoas escolhidas se incumbia de aplicá-las. O pressuposto da democracia direta era a liberdade de expressão de convicções e interesses dos cidadãos considerados como tais. Ter liberdade significava praticá-la. Na democracia antiga, mal havia eleição, “a eleição cria distinções”. O que havia era uma democracia participativa.

Já a democracia moderna se caracterizou pela representatividade, uma vez que teve um órgão representativo de políticos, eleitos, que visavam a responder pelos cidadãos como seus representantes, respeitando os critérios de legitimidade de um estado democrático de direitos.

Tornaram-se comum desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos⁵ e sociais⁶. O cidadão pleno seria aquele titular dos três direitos. Cidadãos incompletos seriam os que possuísem apenas alguns direitos. Os que não se beneficiam de nenhum dos direitos seriam os não cidadãos. (CARVALHO, 2008, p.9).

Por cidadania plena entende-se que é ter consciência e prática dos seus direitos e deveres, vivenciando-os no dia-a-dia, oferecendo ao outro a mesma liberdade que busca para si, vivendo em equilíbrio nas suas relações e assim favorecendo a sustentabilidade da vida para gerações futuras.

⁴ Comungo com a ideia: “A partir desta edição VEJA (1999 de 14/03/1999) passará a grafar a palavra *estado* com letra minúscula. Se *povo, sociedade, indivíduo, pessoa, liberdade, instituições, democracia, justiça* são escritas com minúscula, não há razão para escrever *estado* com maiúscula (<http://veja.abril.com.br/cartaleitor>).

⁵ “Referem-se à participação do cidadão na condução de políticas para a sociedade” (CARVALHO, 2008, p.10)

⁶ “Garantem a participação na riqueza coletiva [...] direitos à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a aposentadoria” (CARVALHO, 2008, p.10).

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. “Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social”.⁷ (DALLARI, 1998, p.14).

No Brasil, com a abertura democrática à cidadania se fortalece com a contribuição do “novo cidadão”, como eleitor (participativo), consumidor (exigente), trabalhador (reivindicativo), um indivíduo com facetas múltiplas, o qual resgata a sua liberdade, rompendo com o passado autoritário e dilemas, com questões entre a democracia desejável e a possível, frente aos diferentes limites e interesses em jogo.

Em épocas de democracia participativa, destacam-se, no Brasil, marcos significativos (CRUZ;MORAES; LEMOS, 2009):

- ❖ Em 1984, Campanha “Diretas Já”, mesmo derrotada;
- ❖ Em 1985, a posse de um civil, embora eleito por via indireta, para a presidência da república, após duas décadas de regime militar (Tancredo Neves/José Sarney);
- ❖ Em 1985, a criação da 1ª Ouvidoria de empresa privada - Rhodia;
- ❖ Em 1986, a prefeitura de Curitiba, no estado do Paraná, cria a 1ª Ouvidoria Municipal – 1ª Ouvidoria Pública do Brasil;
- ❖ Em 1986, 8ª Conferência Nacional da Saúde, referência no processo de democratização da saúde, ao propor a reformulação das políticas brasileiras de saúde;
- ❖ Em 1988, eleição de uma Assembleia Constituinte e seu desenrolar até a promulgação da Nova Constituição;
- ❖ Em 1989, a primeira eleição direta para presidente da República, elegendo Fernando Collor de Melo;
- ❖ Em 1990, criação do Código de Defesa do Consumidor - CDC;
- ❖ Em 1990, criação do SUS;
- ❖ Em 1992, o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo;
- ❖ Em 1997, criação da 1ª Ouvidoria Pública no estado do Pará – Ouvidoria do Sistema de Segurança Pública – SSP;
- ❖ Em 2003, Instituída a Política de Humanização do SUS;
- ❖ Em 2003, a Secretaria de Gestão Participativa,/MS foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841/ 2006, tornando-se Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP.

A sociedade participante desse processo põe no seu cotidiano a questão da cidadania. Uma questão que envolve a sociedade civil e a torna mais participativa, com cidadãos mais

⁷ São os direitos fundamentais (Art. 5º da CF/1988): a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e a propriedade.

conscientes de seus direitos, obrigações e com uma nova percepção diante do mundo, sentindo-se como protagonistas das lutas e das produções das políticas públicas e do controle social das mesmas.

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social. (DALLARI, 1998, p.14).

Na verdade, vive-se um processo de construção democrática, portanto, não se pode dizer que a democracia se estabilizou, quando temos problemas ameaçadores, entre os quais a educação, a segurança, a saúde, o que oferece uma situação de desconfortável desigualdade da sociedade brasileira. Não se deve ser ingênuos e se entusiasmar com a expectativa de uma rapidez da instalação democrática. A democracia é um processo gradual em que cada porta que se abre para a manifestação social é uma conquista sempre tensionada, plural e coletiva. Acredita-se que ela está sempre em movimento, de acordo com o momento e a história em que vive.

Essas mudanças não acontecem espontaneamente, porém têm seus vetores múltiplos nas diversas relações do homem com o mundo. O homem, um ser de relações, transforma-se em um agente de mudança, atravessado por aspectos culturais, políticos, sociais, econômicos e históricos e subjetivos.

Todos nós desempenhamos importantes papéis, na construção de uma determinada sociedade. Um desses papéis é o de participação social na gestão pública, na formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a administração quanto às melhores medidas a serem adotadas, que atendam aos interesses públicos legítimos. A participação social é um direito de cidadania garantido no § único do artigo 1º da Carta Magna: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Dentro da participação social, encontramos o controle social, que não traduz toda a amplitude da participação, caracterizando-se pela participação, da sociedade, das funções como planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos.

Nem sempre, na história do controle social, esse procedimento político foi marcado por um controle exercido pela sociedade sobre o poder público, como nos dias atuais, apesar de não ser absoluto. Outrora, as demandas por controle social estavam em um diferente momento, em que acontecia o inverso: tínhamos o controle do estado sobre os homens de

modo mais incisivo e centralizado, sem a preocupação efetiva de ouvir a sociedade civil e de prestar contas à mesma.

No artigo 37, § 3º da Emenda Constitucional 19/1998, são contempladas as formas de participação social, objetivando o controle social:

A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII⁸;

III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.

Em se tratando da sociedade brasileira, observa-se um processo lento, mas positivo, em que a sociedade vem participando cada vez mais dos processos decisórios de interesse público e da nação como um todo, através de várias iniciativas – como os movimentos sociais – a fim de favorecer o seu desenvolvimento não apenas econômico, mas também social, o que veio se intensificando cada vez mais, com a redemocratização brasileira. Entre esses movimentos, citam-se: Libertação dos Escravos, Movimento Operário, Revolta dos Cabanos, Revolta da Vacina, Movimento Sindicalista, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Campanha Diretas Já e Movimento para a Criação do SUS (Anexo B).

Em um processo participativo, é importante saber quem participa: a comunidade, o consumidor, as classes populares ou os usuários? Esse conceito implica outros fatores, como objeto da participação, ideologia, forma de participação. Considera-se que são usuários de algum serviço, segundo Cortês (2002, p.2), aqueles

[...] que utilizam determinados serviços de uma área territorial. Embora tenha alguma similaridade com o conceito de participação do consumidor, ele não se restringe à perspectiva mercantil e incorpora a noção de direito social que o conceito de cidadania normalmente pressupõe.

⁸ “Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado [...]” – (Constituição Brasileira, 1988)

A gestão pública moderna caracteriza-se por uma descentralização da administração e participação da sociedade. É aconselhável que a participação para o exercício do controle social deva ter organização suficiente nas suas várias instâncias, a fim de suportar a relação com as elites econômicas, políticas e o poder estatal. “A noção de sociedade civil se transforma e passa a ser compreendida em oposição não apenas ao estado, mas também ao mercado” (VIEIRA, 2011, p.9).

Enumeram-se aqui os múltiplos instrumentos legais e competentes que monitoram as ações da administração pública: Ministério Público, Tribunais de Contas, Procuradorias, Promotorias de Justiça, Conselhos, Comissões etc., além dos dispositivos jurídicos, como Ação Civil Pública, Mandado de Segurança Coletivo, Mandado de Injunção, Ação Popular, Código do Consumidor. Há, igualmente, os monitoramentos decorrentes da utilização de instrumentos, meios e mecanismos que não têm base jurídico-legal para atuar na atividade específica do controle social, com a função de averiguar junto ao estado uma situação pública recorrente e passível de manifestação pela sociedade. Constituem-se em importantes instrumentos de controle social, como os Sindicatos, as ONGs, as Universidades, as Ouvidorias, os Partidos Políticos, os Fóruns e demais instituições do mesmo gênero. (ANTUNES; FREITAS; FILHO; p.4. s/data).

No Brasil, presenciam-se, a partir da década de 80 (século XX), principalmente no setor da saúde, a canalização de demandas populacionais para comissões municipais de saúde, conselhos e conferências, instâncias nas quais (pelo menos potencialmente) se abre espaço para que a participação social ocorra na formulação de políticas. Os conselhos e conferências⁹ são fóruns institucionalizados, espaços de participação e discussão pública. Neles, as questões colocadas para discussão concordam com os temas dos eventos, respeitando as características peculiares, o que, com certeza, não se pode nivelar nas demandas de realidades totalmente estranhas, nem comparativas do poder de organização dos movimentos populares em cidades grandes com os de pequenas cidades. Os mecanismos de negociação da ordem dos embates e das tentativas de formulação de consensos são compactuados coletivamente.

Por exemplo, veja-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com o tema “Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial”:

⁹ São espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para formulação de políticas de saúde. Elas contam com a participação de diversos segmentos da sociedade. Atualmente, são realizadas a cada quatro anos, A última edição do evento, 13ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu em novembro de 2007 (BRASIL, 2010a).

O grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1986).

Para a 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), afirma-se a necessidade de:

Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos. (BRASIL, 2009a, p.16).

A sociedade organizada e solidária reivindica o seu direito à informação, à transparência dos processos públicos, à qualidade nas ofertas de produtos e serviços, demonstrando a não conformidade com atos injustos e abusivos, entre outros, com o atendimento aos princípios constitucionais.

A participação social permite a experiência numa gestão democrática e participativa, entretanto, como vivemos um processo em construção, ainda é relevante uma reflexão que busque maior efetividade democrática, no contexto atual, abrindo canais mais dialógicos e que contribuam com a produção da saúde.

Na saúde, um exemplo é a criação do SUS,

Como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde, quando, nos anos 1970 e 80, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante o "movimento sanitário", com o objetivo de implantar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. O movimento orientava-se pela ideia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar esse objetivo. Com a Constituição Federal de 1988, determinou-se ser dever do estado garantir saúde a toda a população, criando-se o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90), que detalham o funcionamento do Sistema SUS. Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por uma grande mobilização social, ampliando o acesso da população às ações e aos serviços de que necessitam, em saúde. (ANTUNES;FREITAS;2007).

Ao SUS cabe a regulamentação, fiscalização e controle (regulação), zelando pela qualidade dos serviços de assistência (promoção, proteção e recuperação) à saúde (CF, art. 197 e 199; LOS, art.4º, 20, 21, 22, 24 e 25).

As ações e os serviços de saúde foram definidos constitucionalmente como de relevância pública, não somente de interesse social, como são todas as políticas públicas do capítulo da Ordem Social na Constituição Federal.

A relevância pública torna a saúde um dever de estado, não somente na oferta pública (pelo poder político), mas na fiscalização da iniciativa privada e na regulamentação de toda prestação por pessoa física ou jurídica de direito privado atuante no setor da saúde. (CECCIM et.al., 2007, s/p.)

Amparada pelo texto constitucional, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS amplia mais, ainda, a possibilidade de participação de usuários nos processos de decisão política setorial, além de criar os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. “A gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2010b, p.10).

Conforme se verifica na apresentação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, “[a] criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado” (BRASIL, 2009b, p.11). Citam-se os seus quatro departamentos fundamentais para o processo de participação social: Departamento de Apoio à Gestão Participativo; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Em acréscimo, o artigo primeiro da Lei nº 8.080/90 vem confirmar essas instâncias de participação e controle:

O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á 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, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Esses fóruns têm interferido na estrutura institucional do sistema de saúde, tornando-o mais integrado, mais descentralizado e universalizado, além de ser canais significativos de atendimentos e encaminhamentos de demandas e proposições de setores populares.

Sobre esses fóruns, ressalta Ferla (2007, p.79):

Os Conselhos de Saúde são um sistema nacional de órgãos colegiados que possui sua base em municípios, estados e União e foi um saldo institucional dos movimentos comunitários pela saúde nos anos 70. Juntamente com as Conferências, os Conselhos traduzem o princípio constitucional da participação popular no sistema público de saúde e uma das idéias fundadoras do movimento sanitário brasileiro que é o controle social sobre a gestão do setor público.

As ouvidorias, instâncias de participação social, foco deste trabalho, são focalizadas na área da saúde como um dos parâmetros para o funcionamento do Programa de Humanização do SUS, na perspectiva de sua melhoria:

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES - foi criado em 2003 pelo *Decreto n° 4.726*, de 09 de junho daquele ano, e compõe a estrutura do Ministério da Saúde como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL; [s. d.]).

A Ouvidoria Geral do SUS é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde; além disso, atua como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010b, p.4).

A ouvidoria surge como um espaço institucional, onde é manifestada a demanda por determinado serviço na garantia dos direitos humanos e dos cidadãos com atuação transparente e objetiva, vem para dar voz ao cidadão, reparando o prejuízo trazido à imagem institucional.

Vale uma reflexão sobre os canais que favorecem a participação, que nem sempre fazem dela autêntica, legítima, original e direta com respeito às decisões. São canais operados por pessoas obsequiosas, que tratam o usuário como cliente, cuja manifestação por vezes não é valorizada, manipulando e direcionando de acordo com o interesse da gestão.

No Brasil, do final do período militar até os dias de hoje, alguns setores da administração pública vêm permitindo e apoiando a participação da sociedade civil organizada na sua gestão, o que tem influenciado na criação das políticas públicas com maior efetividade, merecendo destaque o setor da saúde. “A consolidação de fóruns participativos vem para democratizar as instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema público” (CORTES, 2002, p.127). E essa

integração da sociedade com o setor público, na busca de uma maior eficácia, é o que chamamos de controle social, o qual foi inserido, inclusive, como um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização – PNH/ SUS. Assim, tem-se o “[...] fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS como compromisso de democratização” (BRASIL, 2006a, p.18).

O controle social na saúde, antes, era exercido pelo estado e pela biomedicina sobre os indivíduos, a medicina aparecia como ferramenta de controle social. Na contemporaneidade, esse conceito não é só o controle da medicina sobre os seus usuários (menos exaustivo), pois ainda continua a monitorar o seu “paciente”, mas um controle com anuência do estado, como se verifica através das suas políticas na saúde, que vêm ampliando a participação da população na prestação dos seus serviços em coparceria com a gestão. Uma oportunidade, além de monitorar e avaliar o sistema de saúde, para a reconstrução do significado da saúde e formação de cidadãos, em defesa de seus direitos e da ação da educação popular em saúde. (BRASIL, 2009, p.18).

A ideia da participação é uma estratégia transversal, que adquire no escopo legal do sistema de saúde brasileiro um valor central, o qual pressupõe o controle dos indivíduos sobre o estado e a configuração de políticas públicas capazes de qualificar e dignificar a vida de todos e de cada um. Pressupõe, portanto, um padrão de subjetivação que constitui o indivíduo num cidadão pleno de direitos e deveres, mas também que constitua sua capacidade de protagonismo e interação conjunta com o estado, com as políticas públicas e sociais e com a coletividade. É nesse contexto que queremos introduzir a questão das ouvidorias, que, conforme o “Participa SUS”, vem para ampliar os espaços de escuta da sociedade, articulado com a gestão e a formulação de políticas públicas de saúde.

Porém, essa nova cidadania tem uma árdua missão surgida no governo neoliberal¹⁰ e que se torna hegemonia, no mundo globalizado, num modelo em que “[...] o mercado é a única instituição capaz de coordenar racionalmente os problemas sociais” (TEIXEIRA et al., 1998, p.195), com complicações e paradoxos dessa realidade em que a ação conjunta entre sociedade e estado, nesse aprofundamento democrático, o estado abre cada vez mais espaço para a participação social, numa forma “simplista” de conduzir as suas responsabilidades

¹⁰ Condição em que a política do Estado deve se limitar ao mínimo em função do mercado que constitui o mais eficiente mecanismo de organização e alocação de recursos na sociedade. Para que o mercado possa cumprir a sua função de alocação eficiente dos recursos da economia (terra, capital e trabalho) e, assim, alcançar um ponto ótimo de equilíbrio, a interferência do Estado deve ser a mínima possível. Cabe ao poder estatal unicamente a função de determinar as regras do jogo, interpretá-las e fazer vigorar as regras estabelecidas. Assim, cabe ao Estado proteger a liberdade dos indivíduos, preservar a lei e a ordem, reforçar os contratos privados e promover o mercado competitivo. Em síntese, desde que o Estado cuide dos direitos de propriedade e reforce os contratos privados, o mercado, por si só, promoverá a distribuição eficiente dos recursos e, assim, o bem-estar geral da sociedade. (TEIXEIRA, 2003).

sociais, transferindo-as para a sociedade civil, através de trabalhos solidários, individualistas e privatizantes. Associado a outro fator atenuante “[...]a precariedade do conhecimento pela população, dos seus direitos civis, sociais e políticos pela falta/suficiência de educação” (CARVALHO, 2008, n.p.).

2 – AS OUVIDORIAS PÚBLICAS COMO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO CIDADÃ

Em um país em que o processo de participação cidadã vem sendo reconhecido por diferentes esferas, aparece o papel da ouvidoria para construir o espaço de poder (*empowerment* = empoderamento) da “voz do cidadão”, na manifestação dos seus direitos e interesses, conferindo maior transparência às ações das instituições, superando a histórica passividade que temia a repressão, aprimorando e provocando a conscientização cidadã e a participação social. O cidadão pode tornar-se o protagonista dessa mudança, se o faz efetivamente. Esse foi o objeto de estudos desta Dissertação.

Neste momento histórico, quando os direitos humanos fazem parte da agenda política e são discutidos nas várias esferas do governo e na sociedade como um todo, algumas ações são implementadas, no sentido de colocá-los em prática, apesar de a realidade social trazer na bagagem a história da escravidão humana que até hoje vem manchar a sociedade, quando se toma o conhecimento de situações de vivências análogas nos dias atuais.

É nesse contexto que se pretende que uma ouvidoria pública seja compreendida, como uma instituição que reconhece o direito do cidadão e nele tem o seu foco, auxiliando em suas relações com o estado, permitindo que, no seu diálogo com a gestão administrativa, colabore não apenas para garantir os seus direitos, como também na garantia da melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade pelo governo. Deve-se lembrar que a ouvidoria não pode se confundir com corregedoria ou auditoria, erro comum.

Trata-se de um canal de atendimento ao usuário, de segunda instância, porque é solicitado após o primeiro atendimento não satisfatório pela unidade competente, neutro e imparcial, que busca a aproximação do administrador público com o cidadão, quando expressa uma opinião ou requer uma informação, um direito de expressão embasado nas diretrizes da Declaração Universal dos Direitos Humanos, tendo na capacidade de reduzir a distância entre governo e sociedade uma das suas maiores virtudes.

Toda a pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informação por qualquer meio e independente de fronteiras.
(Declaração Universal dos Direitos humanos, Art.XIX, 1948).

É uma oportunidade de participação popular, traduzida na capacidade de realizar manifestações, reclamando da má administração, denunciando abusos, solicitando informações, propondo sugestões para a melhoria da administração e validando as boas práticas, tendo como foco sempre a solução ou a minimização de um problema apresentado pelo usuário. Essas manifestações podem ser classificadas em diferentes tipos: reclamações, denúncias, sugestões, informações/orientações e elogios de como a administração pública é, para o cidadão. Os seus administradores devem se preocupar em disponibilizar meios não burocratizados, mas que favoreçam o seu fácil acesso – telefone, *fax*, *e-mail*, formulário eletrônico, carta/correio, caixas de sugestão, reunião de trabalho e secretária eletrônica – dando-se ênfase para a efetividade desses meios em propiciar o diálogo necessário.

As manifestações apresentadas pelo cidadão podem ser individuais ou coletivas, de usuário interno ou externo, resguardando a devida confidencialidade da história contada por uma pessoa à ouvidoria, assim como, quando solicitada, conservando o sigilo quanto à identificação da pessoa manifestante. São, de fato, fatores que colaboram para a credibilidade do trabalho da instituição ouvidoria.

Enfim, é um importante instrumento de gerenciamento, que, através do seu Banco de Dados, produz um diagnóstico da realidade organizacional, onde constam as não conformidades (NC) e as oportunidades de melhoria (OM) para a instituição. Por sua vez, a gestão pode elaborar as estratégias preventivas e corretivas, presentes e futuras, a partir da percepção do seu usuário, na ouvidoria.

a. Breve história das ouvidorias públicas

O resgate histórico das ouvidorias no mundo pode ser assim resumido: na Grécia Antiga, havia os seguintes cidadãos, os Euthynoi (Atenas) e os Eforat (Esparta), que exerciam, eles próprios, a vigilância sobre os funcionários públicos e o governo local; na China, 202 A.C., na Dinastia Han, existia o Yan, que tinha a missão de controlar a administração do império e representar o cidadão perante o estado ou o poder instituído; em 1809, na Suécia, surgiu o *ombudsman*, eleito pelo Parlamento para atuar como intermediário entre o governo e a população. A nova Constituição, promulgada em 1809, limitava o poder real e dava ao Parlamento novas competências, fortalecendo os direitos dos cidadãos diante do Poder Estatal. O 1º *ombudsman*, sueco, no mundo foi nomeado em 1810; em 2003, dos 191 países reconhecidos pela ONU, 120 haviam instalado *ombudsman* nacional, de acordo com o Internacional Ombudsman Institute.

No Brasil, destaca-se na época do Brasil-Colônia¹¹ a figura do Ouvidor, que tinha por função aplicar a Lei da Metrópole. Era totalmente diferente do modelo clássico, pois não representava o cidadão, atendia ao titular do poder, reportava ao rei em Portugal o que acontecia na colônia (OGU, 2006,p.10). Em 1985, apesar de todos os esforços parlamentares, a iniciativa privada sai na frente: a Rhodia nomeia o primeiro *ombudsman* privado do Brasil: “Você fala e a Rhodia escuta”, com Maria Lucia Zülke¹². Em 1986, foi criada a primeira ouvidoria pública do Brasil, na cidade de Curitiba – PR, pelo decreto-lei nº 215/86. Desde esse momento, o processo de criação de ouvidorias começou a ser difundido em todo o país, tendo como principal atribuição a defesa dos interesses legitimamente protegidos dos seus cidadãos. O 1º Ouvidor público, *Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes*, tivera como principal atribuição a defesa dos interesses legitimamente protegidos dos seus cidadãos. (SPECK, 2002, p.43). Em 1988, com a promulgação da *Constituição Cidadã*, o fundamento da ouvidoria não poderia deixar de ser estabelecido. Assim, o artigo 37, § 3º, da Constituição Federal de 1988¹³ estabelece que a lei discipline as formas de participação do usuário na administração pública, direta e indireta.

Nos anos 90, com a criação do Código de Defesa do Consumidor, no Brasil, a instituição é amplamente incentivada, tendo o *ombudsman* da Folha de S. Paulo, Caio Túlio Costa, e a *ombudsman* do Pão de Açúcar, Vera Giangrande, como os responsáveis pela popularização das ouvidorias e a divulgação do conceito *ombudsman*. O Grupo Pão de Açúcar foi o divulgador dos tão famosos cartazes espalhados por todas as lojas do supermercado, onde se tinha a fotografia de Vera e em que se lia: “Eu sou você no Pão de Açúcar. Se você tem algo a dizer fale comigo”. Vera asseverava que (VOLPI, 2002, p.121), “[...] o empresário que ouviu os seus clientes tem muito mais chance de prosperar e realizar lucros em relação àqueles que não ouvem”. Essa é a verdadeira essência do ouvir, numa ouvidoria. Concorde-se que a ouvidoria seja uma consultoria “de graça”, aponta as possibilidades de melhoria e confirma as ações bem sucedidas. Vera trazia em sua bagagem uma vasta experiência em relações públicas, o que vem completar a aproximação com o seu público.

¹¹ Denomina-se Brasil-Colônia o período da história entre a chegada dos primeiros portugueses, em 1500, e a independência, em 1822, quando o Brasil estava sob domínio socioeconômico e político de Portugal.

¹² Fonte: *O Estado de S. Paulo*, Classificados Empregos, p. Ce9, domingo, 3/11/ 2002, por Adriane Castilho (AE).

¹³ “Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte§ 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente [...]” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998 in www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas)

No estado do Pará, dá-se destaque à Ouvidoria do Sistema de Segurança Pública – SSP –, que surge em 1996 como a primeira Ouvidoria Pública do Estado do Pará, criada pela Lei 5.944/1996, funcionando de fato desde junho/1997, assim como a segunda ouvidoria no Brasil, encarregada do controle da Polícia. As ouvidorias de polícia distinguem-se pela sua autonomia e independência preservada em relação às corporações policiais, pois os seus ouvidores são escolhidos entre civis, através de uma lista tríplex apresentada ao governador pelo Conselho de Direitos Humanos e seus derivados.

Ressalta-se igualmente a Ouvidoria Agrária do Tribunal de Justiça do Estado, criada e funcionando efetivamente desde janeiro/2002, com incumbência de desenvolver a elaboração e a coordenação de uma política agrária, em nível estadual, de prevenção de conflitos fundiárias, bem como de implementar ações com vistas a prevenir e reduzir a violência.

Depois, na ordem cronológica, vieram as ouvidorias de saúde pública com dois anos ou mais de funcionamento (até 2009), que são o foco do nosso trabalho de pesquisa empírica, como as da Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana – FHCGV (2001), Hospital Ophir Loyola – HOL (2003), Fundação Santa Casa de Misericórdia – FSCM (2003), Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA (2003), Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA (2004), Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza – HUBFS e Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB (2007).

b. A ouvidoria e a sua missão pedagógica na formação do sujeito

A ação de uma ouvidoria deve ser ágil e efetiva, ou seja, a celeridade aliada a uma resposta (responsividade) satisfatória para ambos, instituição e cidadão, mesmo negativa, mas imbuída de caráter educativo, inclusive prestando atenção especial na forma de se comunicar, com a utilização de palavras que possam ser compreendidas, de modo a oferecer a resposta responsável à diversidade que atende de forma humana e personalizada, como se cada caso fosse único para facilitar a mobilidade do cidadão dentro da sociedade em que está inserido ou, talvez, vivendo até a margem dessa sociedade.

Nesse contexto, a ouvidoria tem uma ação educativa, relativa à construção de novos territórios de relação entre os cidadãos e o estado. A missão educativa da ouvidoria busca facilitar a compreensão do contexto, pelo entendimento das questões apresentadas e assim colaborar com a integração do usuário no seu meio. A educação é um tema que perpassa transversalmente as várias situações que o indivíduo experimenta, ao longo da sua vida, contribuindo para a construção do homem enquanto sujeito na sua totalidade.

Segundo Freire (1982), a educação é uma ferramenta, um trabalho de criatividade como prática libertadora, em que o educador deve extrair sentido do que vai ser interpretado, uma vez que o sujeito é o centro, é a quem se aplica a educação. E cada sujeito se distingue do outro pela sua construção histórica.

A educação tem ligação direta com a prática de liberdade, que, no conceito do cuidado/cultivo de si, para além do cuidado do corpo numa forma mais ampla, possibilita a construção de si mesmo, o que se torna possível numa relação dialógica do homem. Essa é uma ideia central da produção freireana.

Em épocas de crise de valores, quando a história deixou um espaço entre um período de repressão política e de conquistas democráticas, quando o rumo das coisas parecia perdido, é preciso haver compreensão entre os homens – e o diálogo é a melhor forma para um eficaz entendimento entre os homens, onde a alteridade colabora com a elevação da autoestima e respeito à pessoa que se manifesta de um mal/bem sofrido. É no momento que acontece o encontro entre ouvidoria e manifestante que esta deve oferecer o acolhimento dialógico e possibilitar a (re)construção da sociedade, em que o homem tem a oportunidade de se pronunciar.

Para compreender potência da escuta como dispositivo educacional, afirma Freire (1985, 118-119), “[...] é preciso saber ouvir. Educar para ouvir é educar para intervir, posicionar-se. Sempre insistimos que a categoria pedagógica por excelência é a decisão. Afinal, o que é a consciência, se não levar a decidir-se?” Gadotti (1985, p. 90) declara: “[...] ensinar a falar, ensinar o povo a gritar, hoje, certamente não é só uma tarefa da escola, mas também uma tarefa pedagógica dos partidos políticos, dos sindicatos e da sociedade civil de um modo geral”. A educação articulada de forma permanente ao cotidiano, um pressuposto em que um processo onde aprender e ensinar se confunde, tem caráter interdisciplinar e concepção popular, comprometida com a libertação. Uma estratégia para a formação de uma sociedade democrática e multifuncional. O homem que sabe falar, gritar e exigir seus direitos não fica apenas ouvindo.

Num momento histórico da Nova República¹⁴ e estado democrático de direito¹⁵, a consciência cidadã se eleva para garantir os seus direitos, fala mais alto e é ouvida. A participação popular, dentro das instituições públicas, torna-se mais efetiva, sobretudo para coibir abusos administrativos em todas as esferas.

¹⁴ Tempo da história do Brasil que se seguiu ao período militar.

¹⁵ Estado democrático é aquele que pressupõe a participação popular e o respeito às leis.

Nesse cenário, surgem as ouvidorias com ação autônoma e representativa da sociedade civil. Um espaço institucional de participação da população na gestão pública, que mostra os nós de estrangulamento da administração, propiciando a correção e a prevenção na prestação dos serviços públicos. Deve ser vinculada e apoiada diretamente pelo gestor maior da instituição onde está inserida. O governo, por sua vez, através das ouvidorias, passa a interagir diretamente com a sociedade civil, proporcionando um diálogo educativo, atuação que teve um impacto reativo, abrindo-se esferas de negociação e projetos com foco no cidadão e não se restringindo a uma ação meramente depositária de informações ao cidadão.

c. A questão dialógica e as ouvidorias

Os espaços democratizados de participação cidadã representam o advento que permite a participação da sociedade, no processo da gestão administrativa, implicando mudanças e contribuições coletivas. Um processo de reconhecimento da soberania da sociedade que tem a liberdade de se expressar de diferentes formas. Conforme Hegel (apud FERLA, 2007, p.88), ao considerar a liberdade, “[...] um estado em que o homem pode se realizar como homem e construir um mundo adequado ao seu conceito”.

A maneira com que as ouvidorias assimilam e tratam as demandas expressas pela sociedade deve propiciar “meios diferenciados de acolhimento, de acordo com as necessidades do indivíduo, a realidade institucional e município ou região” (BRASIL, 2005,p.26). O sujeito pretende inteligibilidade para o que exprime, com atendimento digno, acolhedor, respeitoso e resolutivo, livre de qualquer discriminação e garantindo a acessibilidade, o que deve ser a proposta das ouvidorias, sendo estas um espaço institucional democrático que possibilita o diálogo como forma de acolhimento e satisfação à sociedade, mais ágil (celeridade) e responsividade¹⁶.

O usuário que busca o atendimento necessário para a sua “promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art.196) esta em uma condição de fragilidade e vulnerabilidade, que requer atenção humanizada dos serviços públicos. A maioria dos cidadãos que a procura “sai do nada”, pois passa por uma situação em que o mal é cometido. Ele, por indignação pessoal e pelo seu sofrimento, necessita de acolhimento. É nesse momento que ele é acolhido nesse espaço institucional.

¹⁶ Responsividade é dar resposta ao manifestante (OSIS, 2009, p.12).

A atenção a todo e qualquer cidadão deve ser realizada através de uma escuta qualificada pronta para acolher, respeitando as diferenças e as necessidades, absorvendo as demandas de acordo com os níveis de prioridade, atuando com paciência e sensibilidade para ouvir e assimilar as informações, com consciência crítica e com conhecimento dos assuntos relacionados, para estabelecer um diálogo e dar o encaminhamento necessário a cada caso, que deve ser prioridade nos espaços de escuta cidadã. A fala e, portanto, a palavra do usuário, é matéria prima do processo dialógico que pode ser operado nas ouvidorias:

A palavra é mais que um instrumento, é origem da comunicação, é essencialmente diálogo. A palavra abre a consciência para o mundo comum das consciências, em diálogo, portanto. (FREIRE, 1982, p.13).

A comunicação proporcionada dentro de uma ouvidoria descortina novos horizontes, quando uma simples reclamação pode abrir-se ao diálogo na expectativa de um entendimento bilateral e, assim, à possibilidade de uma análise de questões reais.

O diálogo é o advento que encaminha a participação da sociedade, no processo da gestão administrativa, manifestando-se de diversas maneiras pelos meios de comunicação disponíveis e acessíveis por uma determinada ouvidoria.

A participação social na saúde, conforme registro constitucional, embasa essa afirmação, na medida em que pressupõe, de forma articulada, a expressão da opinião como marcador de necessidade do usuário, e a escuta como dispositivo para renovar a gestão. (FERLA, 2004).

A relação dialógica entre ouvidoria e usuário é matéria que se apresenta além de uma interação face a face entre sociedade e prestadores de serviços. Através do encontro desses atores, estabelece-se uma interlocução verbal, cuja interação pode provocar mudanças no mundo (FREIRE, 1987; 1997). E, assim, é que se constrói o que se chama de diálogo.

A ouvidoria mostra o seu importante papel para capturar manifestações da população que contêm suficiência para uma análise interpretativa, retornando à sociedade com a melhoria dos serviços prestados, além da construção de novos imaginários e produção do homem como sujeito.

A instituição surge, nas políticas atuais, como mediadora e conciliadora, tendo na ética um princípio de conduta adequada e moralmente correto, tanto na política como no trato da coisa pública. O atendimento deve ser com equidade¹⁷, transparência necessária dos atos públicos (não confundida com a exposição da vida do indivíduo), com a responsabilização e bom senso necessário às atitudes tomadas, respeitando a integridade

¹⁷ “[...] é o registro de que todos devem ter reconhecido um direito igual de acesso e de atendimento de acordo com suas necessidades” (FERLA, 2007, p.92).

física e moral do indivíduo e vislumbrando todos os passos em potencial que o indivíduo deverá percorrer, para a integralidade do seu atendimento.

A transparência significa, antes de tudo, que os governantes devem justificar as suas decisões e estas justificações devem ser de conhecimento público, para que possam ser consideradas legítimas, ponderadas, criticadas e eventualmente contestadas. A transparência também impõe que todas as informações, inclusive dados estatísticos ou andamento de processos, devem ser de conhecimento público, quando isto não violar a privacidade dos indivíduos ou colocar em risco a segurança da sociedade. Não há lugar para segredo numa democracia. (MARQUES, 2001, p.95).

A reclamação e a denúncia de um mal sofrido são os tipos de manifestações mais constantes, nessa instituição; o mal, como sinônimo de violência, poderá ser diminuído pela ação dialógica como questão ética. E escuta tem a potência de rever a dimensão da violência institucional sentida pelo usuário como sofrimento:

[...] a surpreendente variedade de suas causas: adversidade de natureza física, doenças e enfermidades do corpo e do espírito, aflição produzida pela morte de entes queridos, perspectiva assustadora de mortalidade própria, sentimento de indignidade pessoal, etc; em oposição à acusação que denuncia um desvio moral, o sofrimento caracteriza-se como puro contrário do prazer, como não prazer, isto é, como diminuição de nossa integridade física, psíquica e espiritual. A representação, enfim e sobretudo, o sofrimento opõe a lamentação, pois se a falta (o erro) faz o homem culpado, o sofrimento o faz vítima. (RICOUER, 1988, p.24).

Quanto à referência do atendimento ao cidadão que sofre um mal oferecido por uma instituição, este torna-se a vítima, provocando-lhe um sentimento de indignidade social e assim reclama dessa instituição à ouvidoria, que é a representante oficial do cidadão, dentro da instituição. No caso, a ouvidoria é aquela a quem se chega, através de sua função social .

O mal é cometido devido à própria vontade do homem, manifestando-se desde a humilhação e a imputação de sofrimento psíquico até a morte. O agente público, ao perceber o outro como pessoa, tem a responsabilidade ética com o cidadão numa relação assimétrica, oferecendo a este a sua resposta responsável e com caráter educativo.

A ouvidoria brasileira é sem dúvida, um canal de diálogo com a população: uma porta aberta para a participação popular através do escutar da reivindicação e da reclamação; um celeiro de reclamações para a melhoria dos serviços públicos; um espaço de respeito ao ser humano. (OLIVEIRA, 2005, p.47).

Quando o conflito se instaura, a relação dialógica requer sabedoria prática para estabelecer o bem estar social. Através da ética e da ação política se corrige a ideia do mal cometido. Se a violência não tiver fim, no diálogo, poderá ser minimizada.

As instituições devem facilitar ao cidadão/usuário a possibilidade de acesso à gestão pública, divulgando amplamente os espaços de participação cidadã, fortalecendo o vínculo

entre o profissional/entidade e a comunidade assistida, com oferta de eficazes meios de acesso, diminuindo distância, tempo e custo, oportunizando o alcance dos destinos desejados.

d. As ouvidorias de saúde pública

De acordo com o documento Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS (BRASIL, 2009b, p. 22-23), a Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Como propostas, foram definidas as seguintes ações: criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS; avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS, e utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. (BRASIL, 2009b, p. 23).

As ouvidorias de Saúde Pública do estado do Pará são o foco desta pesquisa, concebidas e geridas pelo Ministério da Saúde com base no artigo 29, I, do Decreto Presidencial n.º 5.974/2006 – “[...] instrumento normativo que dispõe acerca da estrutura regimental do Ministério da Saúde e respectivas competências das áreas que o integram”.

De acordo com o ParticipaSUS (2007, p.5-6), as Ouvidorias de Saúde Pública consistem num dos componentes de gestão estratégica e participativa do SUS, que visa a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio do controle social, como a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a auditoria, e a gestão da ética nos serviços públicos da saúde.

O Pacto pela Saúde de 2006 reforça a participação popular e o controle social, assegurados na Constituição, nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS 8.080/90 e 8.142/90) e Decreto n.º 5.974/06, enfatizando as ações de apoio à implantação e implementação de Ouvidorias em saúde nos estados e municípios para o fortalecimento da gestão participativa do SUS. Citam-se, também, os programas e políticas de saúde específicos, como: ParticipaSUS, HumanizaSUS e Programa de Qualidade e Cidadania do Estado, entre outros.

Dentro do conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, objetivando maior eficácia, eficiência e efetividade, surgem as Ouvidorias de Saúde Pública com vistas a contemplar a melhoria da atenção à saúde da população, conforme determinação governamental.

No estado do Pará, a rede de ouvidorias da saúde, que trabalha para oferecer acesso à atenção necessária em cada situação específica, vem-se articulando com rapidez. No entanto, nesta Dissertação, foram envolvidas somente as ouvidorias que já possuem dois anos ou mais de funcionamento até 2009, ou seja, de experiência, ano em que se iniciou a elaboração desta redação que contempla as ouvidorias, as quais teriam condições de nos municiar com informações úteis. Justifica-se tal período em referência às normas diversas sobre ouvidoria, para as quais, consensualmente, o período mínimo da razoabilidade de um eficaz mandato de um ouvidor deve ser de, no mínimo, dois anos. São elas, novamente, as seguintes: SESPA, FHCGV, HOL, FSCM, HEMOPA, HUBFS e HUIBB.

A propósito do conceito do mal sofrido por um usuário da saúde pública, da insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, é proposta uma leitura das manifestações originárias de usuários de saúde pública que sofrem uma “violência” e, em função disso, procuram as ouvidorias setoriais de saúde pública para compreender, assim, os problemas da contemporaneidade, aqueles que tocam a questão humana, entre outras. Tal compreensão sobre o ponto de vista dos usuários envolvidos, no caso das ouvidorias, sobre a experiência dos cidadãos que vivenciam a realidade desvelada pela manifestação, apresenta maior fidedignidade e riqueza, tendo “[...] a capacidade de escuta ao andar a vida individual e coletiva, capazes de fazer vingar mais saúde [...]” (FERLA, 2002, p.5).

II – O SUS E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

A nova Constituição Federal (CF/1988) formula o conceito de saúde, assim expresso em seu artigo 196:

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.

Os avanços produzidos quanto à saúde são notáveis e, junto a ela, além do direito do cidadão e dever do estado, evidenciam-se a sua relevância constitucional na garantia dos direitos dos usuários do serviço e a responsabilidade da sua manutenção de forma adequada e com qualidade, quer pelo poder público, quer pelos prestadores dos serviços de saúde. Portanto, o estado tem a importante missão de garantir os serviços públicos de saúde:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Constituição Federal. Art.197).

Esse novo significado de saúde amplia o conceito anterior e passa a exigir novas práticas dos serviços consideradas um avanço para o setor, ao levar em conta não só as causas biológicas da doença, mas também as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, como: saneamento básico, habitação, escolarização, alimentação e nutrição, acesso ao serviço de saúde, acesso às informações, enfim, todas as causas determinantes das condições de vida e trabalho da população, conforme o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde/FIOCRUZ (2008). O reconhecimento da determinação social das doenças exige novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde. “A compreensão do complexo ‘saúde/doença’, como um processo, no qual um conjunto de fatores interagem na determinação de seu desenvolvimento” (AROUCA, 1975, p.7)

Pelo conceito anterior, do início da modernidade (primeira metade do século XX), o sistema e as práticas de saúde se dão, conforme Foucault (1979), por meio da associação entre a Medicina e o estado, no que se configurou em Medicina Moderna. Constituiu um processo que define a atuação de diferentes atores da saúde, em particular os médicos, com autoridade legitimada para definir o que é a doença e qual a intervenção necessária para o seu tratamento; os representantes governamentais, como sujeitos legítimos para enunciar o discurso verdadeiro, constituindo a autoridade delegada pelo estado; os indivíduos, como objetos da

intervenção da medicina sobre sua doença, e do estado, sobre o papel da sociedade. Um lugar de disputa de poder constante.

Hoje, a saúde não se restringe apenas à ausência de doença, consistindo no bem-estar físico, mental, psicológico e social do indivíduo. Um bem-estar promovido ao longo de sua vida.

De acordo com Luz (2007), a saúde tornou-se um polo atrator dos problemas sociais gerados pela estrutura capitalista atual, muito mais do que tratar do corpo e da doença. A saúde coletiva é um campo que atravessa várias disciplinas e não um campo de uma única disciplina, isto é, o seu funcionamento exige a interdisciplinaridade e a intersetorialidade de um cuidado curativo e preventivo. São campos que cruzam o saber biomédico e das ciências humanas, no seu sentido teórico, aplicado e de condução das políticas governamentais.

Na atualidade, o desenvolvimento de ações mais democráticas, com qualidade e resolutividade, onde aparece o atendimento e o cuidado mais humanizado, conta com a formação sistemática dos profissionais que atuam na área com uma educação que vai além do ensino-aprendizagem, tomando o “trabalho como núcleo gerador de ação pedagógica duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos do cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito” (FRANCO, 2007, s/p.). A produção de enunciados acontece durante todo o processo produtivo, gerando a mudança dos trabalhadores e dos usuários. Conhecendo os imaginários da formação à composição de saberes, perfis e ideários profissionais, as informações coletadas da população e demais usuários da saúde contribuem para superar as lacunas apresentadas na formação dos atores que atuam no cotidiano dos serviços de saúde do modelo atual.

A proposta é ultrapassar o paradigma biomédico que, historicamente, é ligado ao surgimento de uma concepção de “normatização da vida”, que foi denominada “biopolítica” pelo pensador Michel Foucault. Um modelo, nos fins do século XVIII, de administração e controle dos corpos e uma nova “gestão calculada” da vida (FOUCAULT, 1979).

1 - O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O SUS (Sistema Único de Saúde) tem o desafio de produzir integralidade na atenção, ou seja, atendimento para os usuários com as suas singularidades, “[...] abrange desde o atendimento (exame, consultas, internações) ambulatorial até o transplante de órgão, garantindo acesso integral, universal a toda a população brasileira” (BRASIL, 2006b).

Promove, também, campanhas e ações de prevenção e vigilância sanitária, como a fiscalização de alimentos e medicamentos.

É composto de serviços públicos e de uma rede de serviços privados, de modo a atender à totalidade de ações e serviços prestados pelo SUS de forma gratuita.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal. (LOS 8080/90)

Obedece aos seguintes princípios:

1. Universalidade de acesso: “[...] todos têm o mesmo direito de obter ações e os serviços que necessitam independente da complexidade (atenção básica, média e alta), custo e natureza dos serviços envolvidos”;
2. Equidade: todos devem ter igualdade em utilizar o sistema de saúde, “[...] sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie”. Somente devem ser levadas em conta as razões relacionadas às necessidades diferenciadas;
3. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
4. Integralidade de assistência, entendida como “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”;
5. Direito a informações dos serviços de saúde e a de sua utilização pelo usuário: refere-se ao “[...] oferecimento de todas as opções para o paciente ao escolher o estabelecimento de saúde para tratamento, principalmente quando a rede SUS não cobrir este tratamento”;
6. Participação e controle social: “[...] estabelece a participação da comunidade nas questões da saúde, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde”;
7. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada uma das três esferas de governo: “[...] ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização fortalece a rede de atendimento do SUS, uma vez que oferece certa autonomia para as entidades governamentais, principalmente para os municípios”;
8. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assunto.

Desempenham os seguintes papéis:

Quadro 2: Competências político-administrativas de diferentes instituições e áreas do Sistema de Saúde

ATOR	COMPETÊNCIA
União – Ministério da Saúde	A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde; Principal financiador da saúde pública no país; Formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações; Tem a responsabilidade de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.
Conselhos	São fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.
Município	Principal responsável pela saúde pública de sua população. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população.
Governo Estadual	Implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.
Atenção Básica	A porta de entrada do sistema de saúde. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

Fonte: Quadro elaborado pela autora da Dissertação

Com as novas políticas específicas da área da saúde, produzidas pela Constituição, destacamos:

A definição da atenção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a autonomia das pessoas, o controle social, a integralidade e a equidade das ações, a universalidade do acesso, a descentralização das ações. Gostaria de simplificar esses impactos em duas categorias: no modo de produzir e ofertar ações de saúde e no modo de gerir o sistema de saúde. (FERLA, 2007, p.44).

Entre os avanços no modo de produzir e gerir a saúde pública, nas últimas décadas, ressalta-se o HumanizaSUS, que se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), uma política transversal¹⁸ concebida como um conjunto de princípios e diretrizes disposta a ultrapassar fronteiras, voltada para ações nos diversos sentidos na sua prática, nos modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias de gestão do SUS. “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p. 32).

O “HumanizaSUS” (2006a, p.17) tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde, no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas

¹⁸ Política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2003, p.17)

solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Trata-se de uma prática que pretende os seguintes resultados: redução de filas e do tempo de espera; ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção, com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde, o “HumanizaSUS” não almeja ser mais um Programa, mas uma construção coletiva de princípios e modos dos processos de trabalho, nas relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários. A Política reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que coopera para a legitimação do SUS como política pública.

Porém, uma questão a refletir é sobre a atual forma de organização, estruturação e funcionamento do SUS, um sistema com significativos avanços, porém que se constitui, ainda, num conjunto de atividades voltadas à lógica do mercado; à lógica atual de gestão de empresa; ao clientelismo político e ao interesse patrimonialista. Será que vem seguindo o modelo preconizado pelo SUS e está em processo de construção?

2 - A LÓGICA DA HUMANIZAÇÃO E DO CUIDADO À SAÚDE

Humanizar é “[...] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, apud GUTIERREZ, 2007).

A efetivação da humanização, no sistema compartilhado de saúde, envolve no seu cotidiano práticas de atenção com cuidado que visam à integralidade do ser humano e gestão compatíveis com a subjetividade e a realidade dos sujeitos, criando a possibilidade de expressão e interação entre gestores, trabalhadores e usuários, com trocas solidárias durante todo o processo de produção da saúde e construção de sujeitos.

Especificamente para se entender o cuidado na sua forma mais ampla, Boff (2002) enfatiza que o cuidar faz parte da essência humana. Faz radicar o amor e a solidariedade. É uma forma definitiva de promover a vida com responsabilidade necessária. Percorre a nossa existência. Defende o “[...] cuidado na constituição da natureza do ser humano sem a qual não haveria a própria vida”.

O cuidado é um modo pelo qual nos constitui como sujeitos. Desenvolve-se nas experiências experimentadas no percurso da vida humana e assim constrói sujeitos, mutuamente. Interfere na constituição do sujeito, de quem cuida e de quem é cuidado. Todos dizem respeito à preservação da vida.

A produção do cuidado é um eterno responsabilizar-se diante de uma intervenção de vida. Pressupõe modos historicamente peculiares de cada época de se fazer a experiência do si, fazendo gerar novos mecanismos produtivos do cuidado.

Teve o seu início nos primórdios da humanidade e foi aprimorado com o tempo. Não é uma construção arbitrária, origina-se da vivência histórica pela qual nos forma enquanto sujeitos. Num breve histórico, descreve-se como se concebiam os sistemas de cuidado: em épocas primitivas, o cuidado era ligado à punição divina e praticada por sacerdotes e feiticeiros; depois, uma tarefa exercida no lar, pouco valorizada, de cunho feminino e que dividia senhores de escravos; na Idade Média, uma prática cristã, quando tinha o caráter de caridade (cunho humanista e religioso); na Idade Moderna, após a reforma protestante, primeiro, um castigo divino e quem cuidava merecia o perdão; logo depois, foi exercida de forma institucional.

A concepção de sujeito fundada na razão se constituiu pela primeira vez nos discursos e práticas que instituíram a ciência moderna, no mundo ocidental. Foucault chama a história de si, o trato e o cuidado consigo mesmo, a constituição de um plano interno através da experiência do Eu.

De acordo com Foucault (1979), a criação do estado moderno e o advento do capitalismo como sistema de produção foram condições para a emergência da medicina moderna (biomedicina) como prática social de intervenção sobre o corpo dos indivíduos e da sociedade e para a otimização da sua capacidade produtiva.

O corpo torna-se, por conseguinte, uma realidade biopolítica de gestão da vida (biopoder), assim dito por Michael Foucault. A vida que antes era preocupação do indivíduo e da família passa a ser de interesse e controle pelo estado, que regulamenta a *população* através do *biopoder*, isto é, a aplicação e o impacto do *poder político* sobre todos os aspectos da vida humana. A medicina torna-se uma estratégia biopolítica, que serve para controlar o corpo, subordinando a dimensão social e humana da vida, chamada de medicalização. Pode-se considerar, pois, a medicina como instituição que produz realidade, conceitos e atinge todo o âmbito da vida do indivíduo – corpo, comportamento e sentimento. Quer dizer, a subjetividade do indivíduo, o mundo interno do ser humano. Esse corpo construído por

relações, um espaço relacional onde saberes e poderes de todos os tempos dominam uma história de subjetivação.

Colocar o sujeito no lugar da experiência, não como norma constituinte, mas como forma constituída de maneira incompleta. O sujeito não é uma invariante, uma essência fixa, acabada e idêntica a si mesma, mas uma forma constituída com e pelas experiências históricas. Falar do sujeito é falar das complexas relações que o indivíduo mantém consigo mesmo, com os outros e com a verdade. O sujeito se constitui na experiência e através de prática e tecnologias. (de saber, de poder, de si). (FOUCAULT, 2003, p. 49-50).

A utilização da liberdade humana permite a construção do homem, como sujeito histórico que é, por intermédio das experiências vividas através da sua existência, valores, necessidades e relações sendo incorporadas às pessoas em movimento: é o que Guattari e Rolnik (1986) chamam de subjetividade.

No contexto atual das políticas de saúde, no Brasil, a atuação do sistema de saúde e das práticas dos profissionais, inclusive dos médicos, vem sendo tensionada por novos conceitos de grande poder de transformação, como o da atenção humanizada, da participação social e da integralidade na saúde. A saúde coletiva e o controle social demandam uma atenção integral à saúde, envolvendo a assistência e prevenção de adoecimentos ou agravos à saúde, além da atuação nas condições gerais de vida, por meio de políticas específicas voltadas não somente às doenças da racionalidade biomédica, mas às necessidades ampliadas de saúde percebidas pela população (FERLA; CECCIM, 2008, p.445).

É oportuna ainda uma reflexão sobre os conceitos e condutas que embasam o cuidado humanizado. Sabe-se que a atenção em saúde, hoje, embasada na humanização, propõe a acessibilidade com equidade da universalidade da população ao sistema de saúde, sendo o cuidado de que necessita voltado à integralidade no atendimento da dimensão humana do usuário. Demonstra a intenção de humanizar a prática em saúde e a valorização da dignidade da pessoa humana, por intermédio dos trabalhadores e usuários da saúde. A proposta é que a humanização imprima sentido além de suas técnicas e instrumentos, numa amplitude que englobe aspectos políticos e filosóficos. Confronta, na maioria, com o obstáculo da desumanização das condições de trabalho na saúde. Salientam Casate e Corrêa (2005, p.3):

No que diz respeito às condições de trabalho, os baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla, ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço, o contato constante com pessoas sob tensão geram ambiente de trabalho desfavorável: As instituições não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, remuneração digna e motivação para o trabalho, oportunidade para o [...] aperfeiçoamento em sua área de atuação [...]

O cuidado “[...] é um modo-de-ser singular do homem e da mulher”:

O cuidado: como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Isso significa que o cuidado tem uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. Não temos cuidado, somos cuidado. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos. [...] Martin Heidegger (1889-1976) por excelência o filósofo do cuidado, mostrou que realidades são fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizados no cuidado essência. Somente a partir da dimensão do cuidado elas emergem como realizações humanas. [...] cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato... estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, 2002, p.89-91).

Identificar o conjunto de eventos progressivos que marcam a atenção e o cuidado, num processo de atendimento ao cidadão, respeitando a dignidade humana e a vida, oferecendo a oportunidade de construção do cidadão autônomo, é um caminho que pode ser cumprido nos diferentes percursos dos serviços públicos ofertados aos cidadãos.

No que se restringe à saúde, pressupõe todo um processo de atenção integral, desencadeado no acolhimento, que deve ser resolutivo, responsivo e com equidade às demandas individuais ou coletivas da universalidade.

Com relação ao cuidado na saúde, entende-se que o cuidar não é tratar, pois as ações do tratar não substituem o cuidado de manutenção à vida; pelo contrário, o tratar se limita às adaptações necessárias, de acordo com o tratamento adequado prescrito pelo médico ao paciente, apesar de o tratar exigir cuidado.

No que se refere ao cuidado em todas as suas formas de atenção, em colaboração para o nascimento do indivíduo enquanto sujeito autônomo e partícipe, junta-se a proposta da área da saúde do Política de Humanização do SUS como forma de resgatar e imprimir a humanização.

a. O acolhimento

Torna-se um desafio instalar um padrão de acolhimento aos cidadãos (usuários e trabalhadores da saúde) como postura e prática nas ações de atenção e gestão, nas unidades de saúde, favorecendo uma relação de confiança e compromisso entre os usuários e prestadores de serviços, na construção de alianças éticas com a produção de vida, de abertura para o encontro em que o rosto que se põem diante de mim exige responsabilidade para com ele. Conforme o MS acolher é:

[...] dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 2008). O acolhimento como ato ou efeito de acolher

expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. (MS, 2008)

O acolhimento no sistema público de saúde, com o protagonismo dos sujeitos, subentende o processo de construção de alianças éticas com a produção de vida, de abertura para o encontro. Este inclui uma série de questões ideais a serem refletidas:

- Um espaço físico, com ambiente adequado (dimensão, odor, iluminação, higiene, reservado), com instalações atualizadas e necessárias à confortabilidade e à segurança, de modo a garantir um espaço para o diálogo;
- Identificação de profissionais sensibilizados e capacitados, conforme as necessidades do sistema público de saúde;
- Construção de rodas de conversas, objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas, para enfrentamento dos problemas, que deverão ser práticas e, assim, aumentar a responsabilização da equipe de trabalho;
- Sistematização e análise do Banco de Dados, a fim de monitorar fracassos, avanços e riscos;
- Reorganização dos processos de trabalho, de sorte a operar efetivamente com a identificação das não conformidades e as oportunidades de melhorias;
- Uma ação de atendimento técnico-administrativo e encaminhamento para serviços especializados adequados, de maneira célere;
- Articulação de um comitê de trabalho de humanização;
- Discussão de propostas com vistas ao atendimento humanizado para a população;
- Sensibilização institucional para uma gestão comprometida;
- Ampliação e fortalecimento da rede de atendimento, promovendo o acesso e o atendimento integral, através de toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida;
- Acolhimento dialógico como prática democrática e de respeito ao cidadão, colaborativa para a construção da cidadania e de ações solidárias.

O diálogo como fator de acolhimento deve favorecer a educação cidadã permanente como estratégia integradora, implicação singular do ensino com cidadania, permitindo ao cidadão/usuário a travessia de fronteiras de maneira crítica e responsável. Para Ceccim (1998

apud CECCIM; FERLA, 2009), a interface formação, produção de subjetividade e trabalho se torna o território para uma “escuta pedagógica em saúde”.

As ações educativas em saúde não devem se restringir ao mero repasse de informações, mas se estendem à condição de formadoras de consciência real efetiva e não “[...] uma consciência superficial, incapaz de perceber além das aparências” (LOHN, 2005), que é o que acontece com a maioria das pessoas.

A experiência profissional de 14 anos na área da saúde permitiu-me constatar que, em geral, a ação educativa em saúde se restringe ao ato de informar. Os conhecimentos prévios dos usuários normalmente são desconsiderados; os conhecimentos científicos referentes à promoção, recuperação e manutenção da saúde não são compartilhados e a conduta resume-se a uma prescrição a ser seguida pelo usuário. Assim, as ações chamadas educativas, tal como vêm ocorrendo nos serviços de saúde, não estimulam a capacidade crítica do usuário, nem favorecem sua autonomia. (LOHN, 2005, p.125).

O ideal é o desenvolvimento de um diálogo ampliado com escuta pedagógica, no ambiente, que busca ações humanizadas entre os diversos atores, captando e potencializando os movimentos de interação e construção coletiva. Esse diálogo introduziria elementos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde, mobilizando um ensino-aprendizagem da realidade que fosse produtor de sentidos e de capacidades críticas. O ambiente de trabalho em saúde é um campo de construção cognitiva e afetiva, não se limitando somente às práticas de atenção sobre a alteridade com os usuários. A alteração da consciência aconteceria por meio do diálogo pela problematização da realidade do usuário, “[...] nunca em uma sobreposição de saberes. Educar vai mais além de mera assistência técnica, do repasse de informações” (LOHN, 2005, p.126).

Deve-se viabilizar a participação cidadã, implementando um sistema de políticas de gestão pública para que o acolhimento possa ser também uma ação de aprender de forma ampliada para a autonomia, possibilitando a capacidade de movimentação, articulação e controle do indivíduo sobre a sua própria vida e a sociedade, superando práticas tradicionais que alienam vidas. Para isso, exige-se a visão sistêmica, conhecimento de todo o sistema em que se está inserido e da sua realidade, de sorte a permitir a análise ou a interferência no mesmo, propiciando a informação/orientação fidedigna, o que facilitará a acessibilidade ao cidadão. Necessita-se, pois,

[...] de mais educação, de mais formação, de mais informação. Obviamente, importa socializar os conhecimentos, aumentar a massa crítica da humanidade e

democratizar processos de empoderamento dos cidadãos. [...] mais importante que saber é sempre mais aprender. (BOFF, 2002, p.22).

Todavia, o acolhimento, antes de tudo, “[...] é uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Implica compartilhamento e tomada de responsabilidade para si (do outro) e resolutividade” (BRASIL, 2006a, p.11). Finalmente, é importante não restringir o conceito de acolhimento à recepção da demanda espontânea como uma etapa de um processo, mas “[...] como uma ação que deva ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde [...]” (NEVES; ROLLO, 2006, p.5).

b. A garantia de acessibilidade¹⁹

A garantia de atenção aos cidadãos pelos diversos serviços de saúde pública somente é conquistada se a população tiver acessibilidade sustentada por um eficaz acolhimento. A acessibilidade ao cidadão é a possibilidade e a condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários, equipamentos e dos sistemas de comunicação. Percebe-se, pois, que a acessibilidade saiu do campo estritamente geográfico, estendendo-se para campos mais avançados, como o social e cultural. De forma alguma se devem criar barreiras, ou seja, qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão e o recebimento de uma manifestação cidadã.

Cita-se aqui um caso observado (da minha experiência acadêmica) de acolhimento e acessibilidade não-qualificados a um cidadão que deveria ter prioridade²⁰ no seu atendimento, devido ao seu estado de sofrimento:

No dia 5 de junho/2009, fui às 10:30h à uma visita técnica para conhecer experiências da rotina de uma Perícia Médica no estado. Havia entre os outros um rapaz aparentando 30 anos, de descendência oriental, vestido com a blusa do Clube do Corinthians – SP, acompanhado da mulher e um filho de colo, como pude observar sentada junto as demais pessoas que aguardavam o atendimento. Numa das cadeiras de espera estava ele. A sua perna esquerda, com fixadores externos, estendida em outra cadeira juntamente com uma muleta de metal para ser periciado. Aguardava a vez para ser atendido, conforme a agenda: 9 h, apesar de já ter passado das 9 horas. Quando vi a feição de dor e angústia no rosto do rapaz, perguntei para o atendente o porquê de não ter atendido o rapaz de imediato. Ele responde: “A hora dele é às 9h, ele tem que aguardar o atendimento de todos agendados para as 8h”.

¹⁹ Segundo Lima (2009, p.4) a acessibilidade significa “não apenas permitir que pessoas com *deficiências* participem de atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes em uma determinada população”.

²⁰ O conceito da palavra *prioritário*, segundo nossos dicionários, é a preferência conferida a alguém, relativamente ao tempo de realização do seu direito, com preterição do de outros (FERREIRA, 2008).

Perguntei: “E a prioridade?” O atendente diz, mais uma vez: “Senhora, é pela ordem de chegada obedecendo à agenda”.

Não trabalho na instituição daquela Perícia Médica, mas fiquei sensibilizada com a situação que, de certa forma, o assunto faz parte das manifestações mais corriqueiras nas ouvidorias em que trabalham com o atendimento ligado, de alguma forma à saúde, em relação ao mau atendimento dos recepcionistas aos médicos. Assim, pergunta-se às pessoas responsáveis pelo atendimento na saúde: o que é atendimento prioritário? Certamente se sabe.

Na semana seguinte, retornei ao local, houve uma conversa com o guarda de segurança do prédio, três atendentes e um gerente. Perguntei: “Quem tem atendimento prioritário?” Todos foram unânimes: “São os idosos, mulheres grávidas, pessoas com criança de colo e deficientes ‘fácil de identificar’”. Perguntei ao gerente: “E os operados? Os que fazem tratamentos radioterápicos ou quimioterapia?” Este responde: “Não podemos atender esses como prioridade, senão os outros da vez armam uma confusão. Mas, por favor, me consegue uma lei, algo que escrito que me diga isso”. Saí devendo uma resposta que teve como produto o texto a seguir, depois de “pesquisar” aleatoriamente com diversos atendentes, caixas de bancos, caixas de supermercado etc. qual a população que tem prioridade no atendimento. Chegou-se ao consenso:

Essa Perícia Médica desenvolve uma atividade médico-pericial que tem por finalidade precípua a verificação da capacidade física e mental do servidor e/ou dependentes deste, em face de concessões previstas na Legislação. Seus beneficiários são: funcionários públicos e seus dependentes; os aposentados e pensionistas; os militares inativos, da reserva remunerada e os reformados e os candidatos ao ingresso no serviço público.

Quanto à questão da prioridade no atendimento, de acordo com o artigo 1º da Lei nº 10.048/ 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º: As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

Dessa forma, disponibiliza-se, como proposta, o seguinte texto, disposto em níveis de atendimento, a que chamamos de níveis de prioridade:

No nível 1 - o atendimento preferencial imediato e individualizado:

- pessoas portadoras de deficiência;
- idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

- gestantes;
- lactantes;
- pessoas acompanhadas por crianças²¹ de colo

Os demais casos deveram ser julgados pelo bom senso de quem “atende”. Verificamos alguns casos que chamaremos de nível 2 , que, apesar de não constarem em lei, são aqueles que merecem atenção especial de atendimento diferenciado na Perícia. Se ela não possuir a estrutura necessária para realizar a perícia em domicílio, o periciado tem o caráter de prioridade no seu atendimento.

No nível 2:

- Recém-operados;
- Portadoras de doenças como, por exemplo, tuberculose ativa, neoplasia maligna, esclerose múltipla, *Alzheimer*, entre outras, em estado grave.
- Trabalhadores rurais, que necessitam se deslocar do interior do estado (zona rural) para o atendimento da perícia médica, requerendo maior gasto de tempo e custo financeiro;
- Vítimas de violência demonstrando alto grau de aparente sofrimento ou comprovadamente causado, principalmente, pelo exercício da profissão .

A garantia de prioridade compreende a precedência do acolhimento e acesso nos serviços públicos de saúde. Gerar condições que assegurem acesso igualitário da população, observando a dignidade humana e respeito social, exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas que garantam a acessibilidade a serviços qualificados através de ações que incidam sobre essa desigualdade, atendendo preferencialmente a pessoas com alto grau de vulnerabilidade e em risco social. Esse fato demanda mais um compromisso de todos: apesar de ser um “dever do estado e um direito do cidadão”, essa frase serve como um simples “slogan” do estado. Para além da prioridade desses direitos legalmente previstos, devem ainda ser levadas em conta as situações do momento e o direito constituído do cidadão, nesse aspecto.

É essencial criar condições de acesso universal ao sistema de serviços públicos de saúde, com a integração de todos os serviços ofertados à população, em rede, do processo de democratização com ação ética-política que se torna sensível a magnitude significativa.

²¹ Considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos (cf. Estatuto da Criança e Adolescente, 1990).

c. Integralidade²²

De acordo com Ferreira (2008), *integralizar* significa integrar, tornar inteiro, completar, juntar, fazer parte. A Constituição Federal/1988 contempla o assunto, no seu artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

A integralidade é um processo que exige permanente integração entre os diferentes atores e serviços da atenção à saúde, levando em conta não apenas a atenção individual, mas também a efetuada em rede, prioritariamente para a assistência preventiva, centradas nos adoecimentos e agravo da saúde, considerando a abrangência a todos os brasileiros, sem distinção.

Conforme os estudos, poderíamos dizer que a integralidade seria o atendimento da atenção à saúde (resolutivo) com equidade e universalidade de acesso dos sujeitos como totalidade (corpo, condição de vida e subjetividade), com prioridade ao atendimento preventivo, em todos os níveis de atuação, integrando todas as ações e serviços constituídos num sistema em rede.

Mas Ferla (2007, p.44) acrescenta:

Definiu-se que a atenção à saúde deve integralizar, no momento da assistência, o corpo, a condição de vida e a subjetividade da pessoa (quando a racionalidade médica vigente naturalizou a fragmentação nas partes específicas de cada especialidade, a ponto de tornar a pessoa atendida num paciente); que o cidadão participe na definição de rumos dos recursos assistenciais e do seu financiamento (quando a racionalidade política vigente mergulha no assistencialismo, autoritarismo e em práticas cartoriais, com intensidade potencializada pela ditadura militar); que a atenção à saúde deve ser universalizada, abrangendo indistintivamente todos os brasileiros sob a gestão pública (quando a racionalidade médica ainda acalenta o sonho de atuação autônoma e liberal, com regras autodefinidas e sucesso financeiro); que essa atenção deve ter qualidade e resolutividade, quaisquer sejam os

²² Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

problemas dos usuários (quando a racionalidade administrativa aponta para o seu esvaziamento em procedimentos simplificados, para a contenção de despesas na área social e para a incorporação progressiva da lógica economicista racionalizadora dos direitos das pessoas); que a formação dos profissionais esteja vinculada às necessidades sociais e aos serviços do sistema públicos (quando faculdades e hospitais universitários estão descolados desse sistema, inclusive vinculados institucionalmente ao Ministério da Educação; outra esfera de governo e outra área, além de princípios acadêmicos e científicos de organização e valorização); que esse sistema comece plenamente no espaço territorial dos municípios (quando há uma racionalidade centralizadora na definição de fluxos, normas e funções operacionais a serem desempenhadas pelas instâncias do sistema de saúde). Enfim, com os princípios e as diretrizes constitucionais para produzir e ofertar ações de saúde, bastante avançado para o lento processo de democratização do País e em comparação com os sistema de saúde dos demais países, foi atribuído aos municípios o principal desafio; operacionalizá-los, desde a porta de entrada do sistema de saúde. (FERLA, 2007, p.44-45).

A integralidade traz um novo debate nas organizações, um conceito que se tem mostrado forte, como fator de mudanças para gerar novos planos de análise e produção de conhecimento e de embasamento de experiências inovadoras.

Saber as necessidades de uma comunidade e planejar as ações de saúde, no ambiente coletivo e individual, faz parte do projeto de integralidade. É uma construção que prevê a participação do cidadão no planejamento e monitoramento das ações da saúde e do seu financiamento, como também descentraliza das ações e dos serviços de saúde, através da municipalização, o que já vem sendo implementado na saúde.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde envolvem a integração de muitos saberes, na construção de um vínculo/responsabilização com tensões das práticas concretas do fazer cotidiano, na busca de soluções com razão na sua eficácia técnica e a satisfação do cidadão. Mas, sobretudo, envolvem uma ação ética e sensível para com o outro do cuidado.

3. O ACOLHIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA²³

No dia 20 de maio de 2009, às 13 h, estive com duas técnicas da OSIS/PA numa determinada URE para conhecer o serviço de acolhimento processado pela URE e apresentado como palestra no 9º CONPSI – 2009 – em Belém do Pará.

²³ Embora tenha se tornado parte da pesquisa empírica, o relato descrito e analisado a seguir foi inserido nesse momento da construção da Dissertação por ter sido, ao mesmo tempo, experiência significativa para o ordenamento da revisão bibliográfica e dispositivo para reforçar a escolha do objeto da pesquisa. Ele, cronologicamente, antecede às principais estratégias da pesquisa de campo e constituiu “lentes” novas para olhar o campo empírico inicialmente previsto na pesquisa. Ou seja, mesmo tendo sido proposto apenas como teste para o instrumento de coleta de dados, tornou-se significativo para a pesquisa e para a construção do objeto mesmo do trabalho empírico.

Quando saímos da instituição na qual trabalhamos, em uma conversa no carro, lembrei-me da máquina de fotografia, deixando operar em mim o imaginário de que o acolhimento deveria estar localizado numa sala confortável, equipada em ambiente acolhedor, com privacidade necessária.

Ao chegarmos, encontramos uma URE “abarrotada” de pessoas, sentadas em bancos de madeira pelos corredores, crianças chorando com pessoas de caras exaustas e de aparência muito humilde. Ao batermos numa porta chamada “Acolhimento”, fomos atendidos por uma das psicólogas, que é técnica de enfermagem concursada e com vivência naquele local. Pede desculpas por ainda não estar preparada com o jaleco, pois tinha chegado de Ananindeua, município de Belém, naquela hora, embaixo de muito sol. Receberam-nos numa pequena sala com duas mesas, armário, seis cadeiras, mobílias desgastadas, sem privacidade necessária, pois qualquer cidadão poderia abrir a porta e pedir alguma informação preliminar, por exemplo. Sem privacidade, porque as duas mesas lado a lado permitem o atendimento concomitante de cidadãos diferentes. Sim, em diferentes turnos, acolhem naquele local enfermeira, assistente social, psicóloga e a técnica de enfermagem, todas com noção do cuidado com a saúde, em média nove pessoas/dia por profissional, num turno. E assim foi relatando, sobre o trabalho que realiza naquele local:

*Primeiro, realizamos o atendimento burocrático, com preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial e a entrega de documentos de rotina pelo cidadão. Que leva o registro na ficha do Atendimento do Acolhimento e assim é encaminhada à secretaria para o agendamento do atendimento por especialista.*²⁴

Os atendimentos são das mais diferentes mazelas: criança especial, deficiente físico, dificuldade de locomoção, amputados, pessoas encaminhadas para fisioterapia, sequelas de AVC. Alguns atendimentos a URE executa naquele prédio, como os de fisioterapia; outros são encaminhados a outros hospitais, pois ali se recebem somente usuários com sequelas, ligados à ortopedia e terapias auxiliares, associados ou não a outras especialidades da medicina.

“Dentro das possibilidades”, conforme destaca a psicóloga, procura-se entender a linguagem do cidadão e, assim, diferentes histórias de vida são expostas:

Adolescente com problema mental sai fugida de casa e é acolhida por família estranha. Já na casa da família estranha, ao dormir, a família abre a mochila da adolescente e encontra os seus documentos de identificação e assim vão à URE em busca de ajuda. O Acolhimento da URE localiza a família da adolescente e identifica um irmão com a qual ela é mais próxima para que possa seduzi-la e assim

²⁴ Os registros destacados nesse item foram retirados do caderno de campo.

retornar à casa. Entende-se que esse não é o momento de dar ordem, sugerir, reclamar. Compreende-se que a adolescente queria ser encontrada, queria amor, carinho. Chamar a atenção da sua família. Somente após o retorno ao lar o Acolhimento verificaria as condições da sua família em acolher essa adolescente.

E continua: “A pessoa já chega contando a sua história. Convidamos para entrar, sentar, nos apresentamos e perguntamos: ‘Como posso lhe ajudar?’ Deixamos o usuário falar, se quiser falar”. A narrativa prossegue:

[...] ela ia se matar. Adentrava pelo prédio da URE através de seus corredores. Estava cansada. Tinha um filho pequeno, ambos abandonados pelo pai da criança, seu ex-companheiro. A sua mãe morreu, o seu pai viúvo casou e foi morar no interior, deixando para ela uma irmã com Síndrome de Down e esquizofrênica que ninguém mais na família queria cuidar. Estava exausta. Não tinha como assumir essa responsabilidade.

O Acolhimento mostra a cidadã que não tinha como assumir a responsabilidade pela irmã doente. Foi aconselhada a viajar ao interior, no final de semana, e levar a irmã e mostrar a seu pai a filha que tem. Apresentar a atual madrasta. Deveria ir uma primeira vez e retornar com a irmã. E assim mais uma vez e mais uma vez, em dois finais de semana. Depois, deixaria a irmã com o pai, retornando para visitá-la e verificar se ficara bem. A irmã poderia ajudar nas tarefas domésticas, coisas que já fazia, limitadamente. Acrescenta:

O problema mental mobiliza a família. Outros adoecimentos, também. No Acolhimento atendemos todos os tipos de pessoas. Até o assassino que levou um tiro e está precisando de fisioterapia.

O acolhimento é impessoal é sempre acompanhado de orientação. A equipe veste a camisa da ética, acabou o atendimento, pronto, acabou ali o assunto e logo se inicia outro, não ficamos especulando a vida do Outro. Iniciamos com um novo caso. Lógico que tem o lado humano da equipe de querer ajudar. Trabalhamos em rede e ela deve ser dinâmica. Começa o atendimento de forma simples e vai avançando. Têm pacientes que não aceitam a sua situação.

O acolhimento vai além de abrir uma porta e fazer sentar. Existe algo em você que é meu.

Muitas vezes falamos com uma pessoa que tem o mesmo problema que o nosso, mas você não pode se envolver de forma a dar sugestão de como você faria na sua situação, como: faz como eu fiz, de um pé na bunda do seu marido, ou mesmo, chorar junto com a pessoa.

Atendemos diferentes assuntos, além dos já citados: passe livre, aposentadoria, prótese...

Uma vez estava em um curso na Escola de Governo e o professor, que era um religioso, perguntou: “O que é empatia? O que há em você, que eu tenho que ser empático, te receber? Chama-se vida, não interessa se é traficante, prostituta... Um sofrimento de vida, eu tenho que zelar por você”.

a. O acolhimento: um relato de experiência numa roda de conversa

Após o retorno da visita para conhecer o acolhimento naquela URE, a mesma foi relatada em minúcia à equipe de trabalho da ouvidoria em que trabalhamos, da qual fui ouvidora (até fevereiro de 2011) e, após o relato, a equipe foi tecendo comentários numa “Roda de Conversa”. Antes dos comentários específicos sobre a visita, a equipe abre um parêntese e relata sobre uma reclamação à ouvidoria sobre um atendimento “rísido” e com informação de forma errônea de uma médica de uma Perícia Médica a uma periciada que solicitava a extensão da sua licença-maternidade de quatro para seis meses, conforme Nota Técnica 001/2009 da PGE/PA de 16/03/2009. Concomitantemente, a conversa foi fluindo :

Comentário 1: o usuário veio à Ouvidoria reclamar do atendimento médico. Nem sempre a mãe⁷ (instituição) tem que resolver imediatamente os problemas. Deve-se acolher a reivindicação. Escutar o assunto. Dar o poder de fala, num espaço mais acolhedor, atendendo da melhor forma, para que ela se sinta bem. Orientando-se como proceder. Tentar colocar de forma segura e empática. Dar o devido valor da questão e encaminhar. Não necessariamente dar a resposta que a pessoa quer.

Comentário 2: Identificar-se com o problema é natural do ser humano. Isso é solidariedade.

Comentário 3: Pode-se orientar, mas a decisão é do usuário.

Comentário 4: O problema não teria acontecido, se a pessoa que fez o primeiro atendimento tivesse dado a orientação correta sobre o aumento da licença-maternidade de 4 para 6 meses. O problema começa no administrativo como um todo. Deveria ser uma política de toda a instituição. O que adianta acolher corretamente numa Ouvidoria ou na Unidade de Acolhimento, por exemplo, se mais à frente, mais adiante, a tramitação de documentos, o acolhimento não ocorre de forma eficaz?

Comentário 5: A ideia é boa para nós da Ouvidoria, mas como aplicar na instituição como um todo? Não há vontade para isso!

Comentário 6: O que aconteceu com a médica que não soube dar a informação correta ao periciado? Nada. Ela só foi comunicada que a informação de quatro meses de licença maternidade estava errada, pois o médico não aceita qualquer intromissão. O médico é poderoso!

Comentário 7: A cidadã ficou muito triste com esse atendimento médico! Mas elogiou o nosso atendimento (ouvidoria).

Comentário 8: Eu tenho medo de precisar do atendimento em unidades dos setores públicos. Por exemplo, tenho medo de ficar doente e ter que ir a qualquer hospital público.

Comentário 9: Para mim, o atendimento é uma questão política, porque está se sobrepondo ao atendimento técnico de forma correta.

Comentário 10: O problema do usuário dos serviços públicos é que acaba sendo afetado o seu lado emocional. E logo precisa do psicólogo para acalmar o “cara” que foi mal atendido.

Comentário 11: Não é só uma Unidade que acolhe. Tem que ser todas as Unidades envolvidas. O que adianta acolher e mais adiante não se conseguir dar um atendimento acolhedor, célere? Se a resposta é, por exemplo, “o processo está na geladeira”?

Comentário 12: Ganhamos antipatia dos demais setores que não atendem dignamente, quando vamos cobrar uma resposta (princípio da responsividade).

Comentário 13: O caso da reclamação contra a médica que atendeu de forma “rígida”, com informações erradas sobre a licença-maternidade (quatro meses e não seis meses), teve o seguinte retorno: *A médica foi comunicada e não houve nem uma chamada de atenção e o atestado foi corrigido, sem pedido de desculpa à usuária.* A periciada ficou frustrada.

Comentário 14: Na Ouvidoria, a pessoa deixa de ser “bola de ping-pong” na mão da gestão pública. Procuramos informar de forma correta e responsável.

Comentário 15: O acolhimento tem que ser mais abrangente. Ampliado a todas as Unidades da Instituição.

Comentário 16: Para orientar de maneira correta, o funcionário que atende deverá ser conhecedor dos fluxos dos serviços do seu órgão.

Comentário 17: Fluxo do quê, se a instituição não está organizada?

Comentário 18: Saber o básico. Mas vale lembrar que existe a falta de condições físicas e ambientais no trabalho.

Comentário 19: O simples oferecimento de água, café, o bom-dia ao usuário é exemplo de um bom acolhimento.

Comentário 20: Digo bom dia e ninguém me diz bom-dia!

Comentário 21: Humanização não é só do SUS. Deve acontecer em todos os lugares que recebem pessoas.

Comentário 22: É uma questão de cultura.

Comentário 23: Às vezes, são os conflitos pessoais que levam a um mau acolhimento, principalmente quando mexem no seu dinheiro (faz referência ao corte em massa de horas extras e tempo integral dos servidores públicos estaduais)!

Comentário 24: Na Perícia Médica do Estado, os médicos só dialogam com o seu grupo de médicos. Eles não dizem nem bom dia aos demais servidores. Não olham nos olhos dos cidadãos que atendem.

Comentário 25: Tem que haver interesse da Instituição em melhorar essa situação.

Comentário 26: Como atender bem numa ouvidoria ou no acolhimento da URE ou qualquer outra unidade, se mais adiante somos atendidos de forma grosseira?

Comentário 27: É como passar verniz em madeira que está cheia de cupim!

Observa-se que, na experiência acima relatada, não houve o acolhimento por parte da médica e muito menos a profissional e a instituição procuraram conhecer e repassar uma informação tão importante para aquele atendimento. Ao mesmo tempo, a instituição, de modo geral, desconhece o fluxo dos serviços e atividades prestados institucionalmente, o que caracteriza a falta de organização e comprometimento com a sociedade e o sistema. No caso das ouvidorias da saúde pública que oportunizam a participação do cidadão no rumo do sistema de saúde que “[...] de maneira responsável e resolutiva favorece a participação que vem para interferir no formato das ações disponibilizadas à população” (FERLA, 2007, 268). Porém, é um atendimento isolado e a resolutividade acontece pela urgência do contexto apresentado. “É como passar verniz em madeira que está cheia de cupim!”

Acredita-se que o processo da atenção humanizada proposta pelo sistema de saúde pública deva ser efetivamente instalado em toda a dimensão da rede SUS, atendendo no momento “da assistência, o corpo, a condição de vida e a subjetividade da pessoa.”(FERLA, 2007, p.47) visando a dirimir as desigualdades sociais, resgatar a dignidade humana e oferecer qualidade nos serviços prestados pela rede de saúde. “A atenção deve ser de qualidade e ter resolutividade qualquer que sejam os problemas dos usuários” (FERLA, 2007, p.44). Os profissionais que atendem, acolhendo e cuidando, deva ser de forma humanizada e coerente com a Política Nacional de Humanização. Para tal, “[o]s profissionais devem ter a formação vinculada às necessidades sociais e aos serviços do sistema público” (FERLA, 2007, 45). O atendimento em toda a sua dimensão deva ser num processo que exija permanente integração entre os diferentes atores e serviços da atenção à saúde, levando em conta não apenas a atenção individual, mas também a efetuada em rede. Apontar pequenas experiências bem sucedidas, contra a imensidão de ações desumanizadas pela saúde, ainda é a realidade a que a sociedade assiste e assimila.

III – AS OUVIDORIAS E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: O CASO

Um conceito só vale pela vida que lhe é dada. Ele tem menos por função guiar a ação e a representação do que catalisar os universos de referência que configuram um campo pragmático. (GUATTARI, 1989, p.201).

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados da pesquisa empírica, que envolve, como se mencionou anteriormente, as seguintes ouvidorias: Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana (FHCGV), Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), Hospital Ophir Loyola (HOL), Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA), Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCM) e Hospital Universitário Bettina Ferro e Sousa (HUBFS)

A escolha foi de instituições de saúde pública que possuem ouvidorias funcionando até 2009, com dois anos ou mais de existência, pelo fato de reunirem experiência e pertencerem ao Fórum OUVEPARÁ. O Fórum agrega 46 ouvidorias públicas de diferentes setores, poderes e esferas. Funciona desde 2007, integrando, trocando experiências, formando os ouvidores, fortalecendo a constituição de novas ouvidorias e definindo padrões.

Após a caracterização das instituições da pesquisa, será realizada sua exploração em profundidade, por intermédio de entrevista semiestruturada respondida diretamente pelos seus ouvidores. A pesquisa foi feita com registro sistematizado dos dados pesquisados nos próprios instrumentos, e tratados em planilha *Excel* e *Word*, para posterior análise e diagnóstico em caráter descritivo, numa combinação entre teoria e prática. As questões formuladas aos ouvidores retornaram para complementação.

1. SOBRE AS OUVIDORIAS PESQUISADAS

A descrição das Ouvidorias pesquisadas procurou destacar dados de identificação, como data de criação e vinculação a serviços de saúde, e as definições formais de competências. Também foram destacados outros quesitos na avaliação, como autonomia de ação, composição das equipes de trabalho, instalações e acesso e modo de atendimento ao cidadão. Esses quesitos foram transformados em eixos de análise que, no conjunto, neste item, procuram localizar as ouvidorias pesquisadas no contexto evolutivo das ouvidorias que, como se verificou nos itens anteriores, nem sempre foram instrumentos de participação cidadã, entendida no escopo teórico e político da legislação do SUS, tendo sido criadas e mantidas, durante longo período, apenas como espaços de vinculação e verbalização de

demandas, com funcionalidade predominante de reorganização de ofertas com a finalidade de manter-se em destaque no mercado de consumo. Compreende-se que as ouvidorias, no âmbito do SUS, devem ser espaços de escuta qualificada, capazes de mobilizar a defesa do direito à saúde, integralmente, de forma humanizada e, portanto, produzindo mudanças institucionais mais substantivas do que a simples readequação de ofertas. Analisa-se se há, efetivamente, capacidade de escuta qualificada aos usuários e se essa escuta tem potência institucional de gerar mudanças.

a. A identificação

➤ Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana

A Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana foi inaugurada em 1987, mas somente com funcionamento da Clínica Psiquiátrica, o Bloco de Acesso e Serviços Externos, parte do Estacionamento e o Bloco de Serviços Gerais. A inauguração oficial de todo o complexo aconteceu em 1º de abril de 2001 e consta no Projeto de Modernização Gerencial/HC/2001. É um hospital de média e alta complexidade, referência em Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria, atendendo ainda gravidez de alto risco. Visão: otimização, expansão e integralização das ações. Missão: garantir atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, e apoiar o ensino e pesquisa na saúde. A ouvidoria vem funcionando desde 2001.

➤ Hospital Universitário João de Barros Barreto

A pedra fundamental do Sanatório de Belém foi lançada em 1938, pelo Departamento Nacional de Saúde. Em 1990, em função do Termo de Cessão de Uso firmado com a UFPa, passou a ser denominado Hospital Universitário João de Barros Barreto. É uma instituição da Universidade Federal do Pará (UFPa). Hospital de média e alta complexidade, com visão humanística, tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. É referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes, e tem referência nacional em AIDS.

A ouvidoria tem como missão: buscar a aproximação entre o usuário e a instituição, estabelecer uma relação mais humana, propor políticas alternativas de procedimentos que visem à satisfação do usuário do sistema. Enquanto instrumento de humanização e gestão,

entende que deveriam receber, por parte dos gestores, mais investimento na formação recursos humanos e de infraestrutura. Funciona desde junho de 2007.

➤ **Secretaria de Estado de Saúde Pública**

A SESPA foi criada pela lei Nº 5.838/1994. Tem como competência fortalecer e valorizar a atenção básica; garantir atendimento de urgência e emergência com qualidade e resolutividade à população do Estado do Pará.; assegurar o atendimento de média e alta complexidade no Estado do Pará; coordenar de forma integrada a política de vigilância em saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS, no âmbito do Estado do Pará; assegurar a gestão com pessoas centrada na valorização do servidor para garantir qualidade dos serviços de saúde a serem prestados à população; garantir a incorporação de novas tecnologias de gestão, visando à eficácia das diretrizes e ações institucionais, de forma estratégica e participativa. Visão: ser instituição de excelência na gestão da saúde pública. Missão: assegurar à população políticas públicas de saúde, contemplando os princípios do SUS, a gestão participativa e o controle social, almejando a melhoria da qualidade de vida no Estado do Pará.

A Ouvidoria Central é regulamentada pela portaria nº 314/2009 de 25 de março de 2009 (Cria a rede de Ouvidoria do SUS no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde), Lei Federal nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências), Lei Federal nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências), Decreto nº 4726, de 09 de junho de 2003, da Presidência da República (Cria o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Portaria nº 3.027 de 26 de novembro de 2007 que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS), Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006 (Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão) e Portaria nº 8/GM, de 25 de maio de 2007 (Regulamenta o Sistema OuvidorSUS). Funciona desde agosto de 2004.

➤ **Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Pará**

A Fundação HEMOPA foi criada sob a denominação inicial de Fundação Centro Regional de Hemoterapia do Pará – FUNEPA – pelo Decreto nº 10.741/78. Pela Lei nº

5840/94, foi transformada em Fundação de Direito Público. Hospital de alta complexidade, tem como visão ser um centro de excelência em hemoterapia e hematologia, com a missão de coordenar a hemorrede do estado do Pará, prestar assistência de qualidade em hemoterapia e hematologia e disseminar o conhecimento na área do sangue, como valores essenciais da instituição princípios constitucionais da administração pública, como qualidade, gestão participativa, valorização do servidor, responsabilidade pública e cidadania, controle social e ética.

A ouvidoria do HEMOPA tem como princípios, diretrizes e valores os essenciais da instituição e os constitucionais da administração pública: qualidade, gestão participativa, valorização do servidor, responsabilidade pública e cidadania, controle social e ética. Funciona desde dezembro de 2004.

➤ **Hospital Ophir Loyola**

A história do HOL começa pela criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará, inaugurado em 06 de outubro de 1912. Hoje, é uma autarquia, criado pela Lei nº. 6.826/2006. Hospital de média e alta complexidade. Tem como visão ser reconhecido pela sociedade como hospital de referência em oncologia, doenças crônicas degenerativas e transplantes. Tem como missão prestar assistência à saúde, oferecendo excelência de qualidade em oncologia, doenças crônicas degenerativas e transplantes além do ensino, pesquisa e extensão de forma humanizada e articulada com as Políticas Públicas e em parceria com a Sociedade Civil.

A ouvidoria do HOL é regulamentado pela Portaria nº149/2003 – GAB/DG EPOL. Funciona desde março de 2003.

➤ **Fundação Santa Casa de Misericórdia**

Apesar da sua polêmica história, tudo faz crer que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará foi fundada em 24 de fevereiro de 1650. Em janeiro de 1990, com apoio do Governo do Estado, a instituição passa ao regime jurídico de Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, um órgão da administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública. Certificada como Hospital de Ensino pela Portaria nº 748/2008 e pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.378, de 26 de outubro de 2004, está localizada na Rua Oliveira Belo, 395 – Umarizal, Hospital de média e alta complexidade. Tem como visão ser

reconhecido pela sociedade como Hospital Geral e de Ensino, que oferece assistência de excelência em média e alta complexidade na saúde da mulher e da criança. Tem como missão prestar assistência à saúde (SUS), atuar como hospital geral de ensino e de referência na atenção integral à saúde da mulher e da criança, com qualidade e de forma humanizada e articulada.

A ouvidoria da FSCM foi regulamentada através da Portaria nº 748/2008, mas vem sendo realizado atendimento desde de 2003.

➤ **Hospital Universitário Bettina Ferro e Sousa**

O Hospital Universitário Bettina Ferro e Sousa, fundado em 18 de outubro de 1993, é uma instituição da Universidade Federal do Pará (UFPA). Hospital de média e alta complexidade. Referência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia – oferecendo Residência nessas duas especialidades – e em Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Tem como visão ser reconhecido pela sociedade como hospital de referência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia, crescimento e desenvolvimento infantil, ensino, pesquisa e extensão. A missão é prestar assistência à saúde da população Oftalmologia, Otorrinolaringologia e em crescimento e desenvolvimento Infantil, por meio da prestação dos serviços de média e alta complexidade através do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de ensino, pesquisa e extensão de forma humanizada e articulada com as políticas públicas e em parceria com a sociedade civil.

A Ouvidoria do é regulamentada pela Portaria nº 748/2008 (Regimento Interno) e vem funcionando, de fato, desde 2005.

b. Competências

Observa-se bem o compromisso das ouvidorias em compartilhar com a visão de se tornarem instituições de excelência na gestão da saúde pública. Relatadas na pesquisa, ficam uniformizadas as suas competências na questão da capacidade de atendimento com qualidade e em prazos adequados, promovendo o amplo acesso dos usuários do SUS.

No aspecto do atendimento ao cidadão, destaca-se a comunicação inteligível, a cordialidade, o bom senso, a mediação e conciliação, a atenção responsável oferecendo resolutividade através da responsividade célere, resguardando o sigilo e a fidedignidade das manifestações recebidas. Trata-se de uma possibilidade oferecida pelo atual processo de

democratização vivido que, através de uma gestão participativa, dá empoderamento à palavra do cidadão, que resulta na elaboração e execução de um trabalho propositivo e corretivo da gestão, na perspectiva de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A gestão participativa através da ouvidoria vem para fortalecer a questão da cidadania que, conforme Dallari (1998), expressa um direito que dá ao cidadão a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de um povo. Torna-se possível devido ao acesso equitativo à universalidade, que, por sua vez, responde ao cidadão com caráter pedagógico, o que dá autonomia e permite a mobilidade do sujeito dentro do contexto em que está inserido. Esse acesso (CF – Art.37; 1988) às ouvidorias pelo cidadão aos serviços de atendimento ao usuário e a avaliação dos seus serviços avalia dois aspectos pela medição do grau de satisfação da população: (1) em relação aos serviços de saúde executados, com o foco nos princípios e diretrizes do SUS e (2) em relação ao atendimento na ouvidoria como um todo.

Diferenciando-se um pouco das demais ouvidorias tem-se a ouvidoria da SESPA, “elemento de apoio às demais” (conforme a sua ouvidora), em função de realizar a coordenação geral de todas as ouvidorias de saúde no estado, de acordo com o Ministério da Saúde, de maneira mais ampla e geral, articulada com a alta gestão nacional e estadual. Encaminha relatórios periódicos sobre a estrutura de atendimento e funcionamento das unidades de saúde públicas ou privadas atreladas ao Sistema Único de Saúde, a fim de auxiliar no planejamento e tomada de decisões visando ao aprimoramento das ações, por intermédio da correção e prevenção de erros.

A ouvidoria da SESPA acrescenta às suas competências: acompanhar, monitorar e avaliar as ações das Ouvidorias Regionais; requisitar diretamente ao órgão ou entidade, cópias de documentos, certidões e informações necessárias às atividades das ouvidorias; propor programa de qualificação aos ouvidores e servidores das ouvidorias; assessorar a implantação dos serviços de ouvidorias nos órgãos de saúde do Estado.

Entretanto, se é verdade que há clara definição formal de uma certa responsabilização das ouvidorias de conexão com o usuário, por meio do acesso e registro formal das suas opiniões e queixas, também é verdade que a consequência institucional mais frequentemente registrada é a correção administrativa de eventuais problemas, buscando eficiência. Não parece estar claramente definida a ideia de que a saúde integral é um direito que ainda não se verifica, na prática, necessitando de condições institucionais de renovação das práticas. As competências descritas não parecem dar suficiente capacidade política e técnica às ouvidorias de interpretar e intervir no cotidiano das instituições, seja por ascendência hierárquica, seja por permitir dispositivos de intervenção no cotidiano. Há previsão de registro e

encaminhamento formal, mas isso não parece suficiente para gerar mudanças substantivas nas práticas institucionais. Duas hipóteses parecem acompanhar essa identificação: o início recente de funcionamento e a regulamentação recente, que ainda não teriam permitido o registro formal claro dessas prerrogativas; ou uma compreensão ainda muito atenuada da ação das ouvidorias. O seguimento da análise nos permitirá avançar ainda um pouco mais na direção de esclarecer esses aspectos.

c. Autonomia das Ouvidorias

Na análise dos dados coletados, constata-se que 85% das ouvidorias pesquisadas são vinculadas diretamente ao gestor maior da instituição, o que garante um trabalho com independência funcional em relação a todas as Unidades Administrativas, atuando em regime de cooperação sem a formalidade da hierarquia funcional, que, muitas vezes, faz gerar a burocracia e não disponibiliza a resposta ao cidadão e, quando oferece respostas, estas são inadequadas e sem a celeridade necessária. O que se percebe, também, é a autonomia para atender à sociedade até onde não se precise da decisão superior. Por outro lado, em todas as instituições analisadas, não há previsão formal de providências que devam ser tomadas pelo gestor maior das instituições e retornos à ouvidoria e aos usuários. Esse aspecto tende a recuperar da memória as antigas ouvidorias, onde a função primordial de consultoria permite ao gestor a escuta seletiva das informações mais adequadas ao seu projeto institucional e/ou mais confortáveis à sua atuação/manutenção. É preciso lembrar que as análises atuais acerca dos processos de trabalho nos serviços e sistemas de saúde demonstra que ainda está aquém do que é preconizado nas políticas do SUS, havendo necessidade de sistemas instituintes de novas práticas (FERLA, 2007).

d. Equipe de Trabalho

As equipes de trabalho oscilam entre um a quatro participantes. Alta incidência dos ouvidores com formação de nível superior e pós-graduados. Todos são capacitados pelo “*Curso de Capacitação em Ouvidorias do SUS*” e pelas *Oficinas Nacionais de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde*”, através do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES da Secretaria de Gestão Participativa que traz frequentemente a sua estrutura para capacitar e atualizar com ampla participação dos recursos humanos lotados nas ouvidorias de saúde pública estaduais. Uma equipe de trabalho de ouvidoria não precisa ser necessariamente

grande, com mais de cinco elementos, em razão de trabalharem com demanda de caráter sigiloso, por exemplo, o que pode comprometer a credibilidade, se não obedecida. Um item citado que vem prejudicando o trabalho mais efetivo das ouvidorias, em 40%, é a questão da rotatividade do ouvidor e da equipe propriamente dita, sobretudo quando as rotinas não são repassadas de um ouvidor para o outro, impossibilitando a continuidade das atividades e projetos/programas em andamento. Na dimensão dos processos de trabalho, o que se verifica, então, é a formação de uma rede articulada com o Sistema Nacional de Ouvidorias, por meio das capacitações, mas a rotatividade dos ouvidores levanta questionamentos sobre efetivamente qual a capacidade de intervenção institucional que há nas ouvidorias pesquisadas.

e. Instalação e acesso

As ouvidorias pesquisadas possuem de três a nove anos de experiência, sendo a mais antiga (2001) a do HC (Hospital das Clínicas). Todas trabalham em ambiente próprio, de fácil acesso (próximas à portaria e uma só no 5º andar, com acesso pelo elevador), com sinalização, sem odor, com boa iluminação artificial, ar condicionado, sem banheiro dentro da sala, com uma porta de entrada e saída da sala. A infraestrutura comporta cadeiras, mesas, armários, microcomputador (es), impressora. Nenhuma possui transporte exclusivo para o deslocamento na prestação laboral, caso necessite. A infraestrutura é oferecida pelo MS com a contrapartida do Governo do Estado. O horário de atendimento varia, mas todas iniciam o atendimento às 8h, com o término do expediente entre as 16h e 18h, porém, o não atendimento presencial não inviabiliza aos cidadãos acessarem as ouvidorias, pois existem outros meios, além do presencial e o telefone, que são os eletrônicos e a carta.

Toda a população usuária tem acesso à ouvidoria para opinar, se expressar e receber informações por qualquer meio independente de fronteira, sem interferências, um direito garantido universalmente. O atendimento preferencial são os definidos por lei (pessoas portadoras de deficiência; idosos com idade igual ou superior a sessenta anos; gestantes; lactantes; pessoas acompanhadas por crianças de colo), no entanto, a ouvidoria do HEMOPA cita que o atendimento é preferencial para todos que procuram a ouvidoria, enquanto o FHCGV considera que, além do atendimento preferencial estabelecido por lei, existe distinção ao atendimento das urgências e emergências.²⁵ Todo o cidadão deveria ter acesso e respostas

²⁵ Atendimento em serviço de pronto socorro: Emergência: ocorrência ou situação perigosa, de aparecimento súbito e imprevisto, necessitando de imediata solução. Urgência: ocorrência ou situação perigosa, de

integrais em relação aos serviços de saúde que contemplam a sua manifestação, um atendimento em ampla rede cooperativa entre todos os setores ligados à saúde pública. Quando se referem às outras questões, que não seja assunto de saúde ao cidadão, é oferecida a informação necessária para que possibilite a sua movimentação adequada, no encontro do atendimento desejado.

O fato de não haver restrições físicas e de informação ao acesso dos usuários possibilita identificar evidências de uma política de fortalecimento do contato entre pessoas que utilizam os serviços e a ouvidoria. Essa evidência não é definitiva para identificar as bases epistemológicas da atuação, mas é um ponto fortemente favorável às expectativas legais da política de saúde em relação à participação dos usuários nos serviços e sistema de saúde.

f. Atendimento ao cidadão na ouvidoria

Todas as ouvidorias atendem tanto ao usuário interno como ao externo, tanto da capital como do interior.

O atendimento aos usuários do interior do estado acontece da seguinte forma:

Quadro 3: Formas de Atendimento ao usuário do interior do estado

FHCGV	<i>Por meio de telefone, e-mail, caixa de sugestões enviadas por malote. Ou o cidadão do interior vem ao hospital para atendimento na ouvidoria.</i>
HUJBB	<i>Não temos núcleo no interior. O atendimento se dá pelo telefone e por email, além da forma presencial que acontece, quando o usuário vem ao hospital para se submeter a algum procedimento.</i>
SESPA	<i>Constam no projeto de implantação da Ouvidoria Central da SESPA as ouvidorias regionais nos treze centros regionais de saúde ²⁶, ampliando o serviço para melhor acesso da população dos 144 municípios paraenses.</i>

aparecimento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, necessitando de solução em curto prazo. A diferença entre emergência e urgência reside em dois pontos: na primeira o aparecimento é súbito e imprevisto, na segunda não; a primeira exige solução imediata; a segunda, em curto prazo, havendo apenas remência ou insistência de solução. Ambas têm em comum a periculosidade.

Na área médica, as definições seriam: Emergência Médica: quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte. Urgência Médica: quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de vida ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte (SAMU, 2009).

²⁶ **1º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara, com ações e políticas de saúde pública. **2º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Acará, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santa Isabel do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé-Açu e Vigia de Nazaré. **3º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Domingos do Capim, São João da Ponta, São Francisco do Pará e Terra Alta. **4º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do

HEMOPA	<i>Nos Municípios onde há Unidades do HEMOPA, os contatos com a Ouvidoria é por meio de caixa de sugestão que, posteriormente, envia as manifestações por malote, além do 0800 e e-mail. Ressaltamos que disponibilizamos 01 banner para cada unidade, contendo informações sobre o serviço de Ouvidoria, bem como todos os meios de contatos.</i>
HOL	<i>70% dos usuários dos serviços do HOL procedem do interior do estado. Recorrem à ouvidoria em busca de orientações e soluções de suas dificuldades. Preferem o atendimento individual, onde são acolhidos com respeito. Ouvimos seus relatos de forma a contribuir com a solução imediata do problema apresentado pelo usuário. Dispomos de telefone, e-mail, fax, caixa de sugestões afixadas juntos às enfermarias e em pontos estratégicos do HOL, onde há maior fluxo de usuários. Porém, o usuário do HOL prefere o atendimento individual na sala da Ouvidoria.</i>
FSCM	<i>Pelo telefone ou de forma presencial</i>
HUBFS	<i>O HUBFS atende ao cidadão do interior por telefone e presencial.</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que as ouvidorias, além da SESPA, não possuem instalação física no interior do estado, para atender aos usuários da saúde. Pela SESPA, que vem funcionando como a ouvidoria central, está em vista de instalação de ouvidorias nos treze centros regionais de saúde. O acesso às demais, pela população do interior, é favorecido pelos meios competentes de comunicação já citados (telefone, FAX, presencial, eletrônico, carta, caixa de sugestão). O acesso amplo, através da criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias de saúde, possibilitaria a maior participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS.

Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Ourém, Peixe Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Vizeu. **5º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Aurora do Pará, Capitão Poço, Dom Elizeu, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, São Miguel do Guamá e Ulianópolis. **6º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Barcarena, Abaetetuba, Igarapé-Mirim, Moju e Tailândia. **7º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Afuá, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Santa Cruz do Arari, Salvaterra, São Sebastião da Boa Vista e Soure. **8º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Anajás, Bagre, Breves, Curralinho, Gurupá, Melgaço e Portel. **9º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Jacareacanga, Juriti, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Rurópolis, Santarém, Terra Santa e Trairão. **10º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Móz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu. **11º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Breu Branco, Canaã dos Carajás, Curianópolis, Eldorado dos Carajás, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Marabá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, Palestina do Pará, Parauapebas, Piçarra, Rondon do Pará, São Domingos do Araguaia, São João do Araguaia, São Geraldo do Araguaia e Tucuruí. **12º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Água Azul do Norte, Bannach, Conceição do Araguaia, Cumarú do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Pau D'arco, Redenção, Rio Maria, Sapucaia, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Tucumã e Xinguara. **13º Centro Regional de Saúde Área de Abrangência:** Municípios de Baião, Cametá, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba e Oeiras do Pará.

Quadro 4: Média de pessoas atendidas/mês nas ouvidorias

Média de Pessoas Atendidas por Mês	
FHCGV	47
HUJBB	28
SESPA	64
HEMOPA	80
HOL	75
FSCM	100
HUBFS	40

Fonte: Dados da pesquisa

Como se pode verificar na tabela acima, a média de usuários/mês atendidos numa ouvidoria é de 62 (sessenta e duas) pessoas. Há meses em que a demanda da ouvidoria é maior, enquanto, em outros meses, é menor (exemplo: julho e janeiro, período de férias escolares). Essas demandas de atendimento na ouvidoria, de modo geral, vêm crescendo: uma demanda superior à maioria das outras ouvidorias setoriais, como, por exemplo, com gestão – universitária, bancária, meio ambiente etc., média de 30 manifestação/mês (BENCHMARKING I, 2008). Esses dados nos permitem perceber uma baixa demanda às ouvidorias quando atendem (em média) menos de 1% da demanda institucional como pode ser verificar no Quadro (5) abaixo:

Quadro 5: Atendimento Mês

INSTITUIÇÃO	ATENDIMENTO MÊS		
	Institucional	Ouvidoria (Abs.)	Ouvidoria (Rel.%)
Hospital das Clínicas	37.000 Ambulatório/internação	47	0,128
Ophir Loyola	30.000 Pessoas circulando	75	0,25
Santa Casa	30.000 Atendimento geral	100	0,33
HEMOPA	15.300 Doadores e pacientes	82	0,52
Betina Ferro	3.200 Pactuado com o SUS	40	1,25
Barros Barreto	8.100 Ambulatório/internação	28	0,35

Fonte: Dados da pesquisa - HC (U.A.Planejamento); HOL (U.A.Planejamento); FSCM (U.A.Estatística/Contas Médicas); HEMOPA (U.A.Contas Médicas); HUJBB (U.A. Estatística); HUBFS (U.A. Contas Médicas)

Os cidadãos sabem da existência da ouvidoria, por meio de informações disponíveis nos próprios serviços e, portanto, a desinformação não explica esse perfil de demanda. Houve mudanças quanto ao papel das ouvidorias pesquisadas, no decorrer do tempo, o que demonstra um esforço de readequação para, quiçá, ampliar o atendimento e a captar maior confiança dos usuários, conforme indica o Quadro 6:

Quadro 6: O papel das ouvidorias hoje para o cidadão, na visão do ouvidor

OUVIDORIA	ANTES	HOJE
FHCGV	Um canal	Espaço de participação social e de garantia de acesso ao SUS.
HUJBB	Evitar que as pessoas chegassem à direção.	Auxílio na solução dos problemas.
SESPA	Um canal para registro de reclamações e denúncias.	Um canal de acesso fácil para o cidadão, onde pode obter informações em saúde, realizar questionamentos referentes aos serviços prestados
HEMOPA	-	Direito ao exercício da cidadania. Relacionamento democrático com a administração pública. Disposição de um canal para expressar a sua opinião. Acesso gratuito; Facilidade no uso do serviço. Resposta formal da manifestação. Obtenção de informações dos serviços prestados.
HOL	Era apenas para ouvir reclamações.	O usuário está ciente de seus direitos e reconhece a ouvidoria como um canal de comunicação com a instituição e representante de seus direitos junto aos setores do HOL.
FSCM	-	Um importante canal de comunicação com os gestores da FSCM, onde ele se sente acolhido, ouvido, podendo ter os seus problemas resolvidos (parcial ou total).
HUBFS	Um bom atendimento aos nossos usuários e um bom diálogo com os pacientes, para que eles sejam bem atendidos no hospital, com seus problemas solucionados.	Um canal de comunicação para os usuários.

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se que a ouvidoria anteriormente se limitava a um local onde o usuário depositava as suas reclamações. Hoje, a percepção sobre a ouvidoria pelo usuário se ampliou, tornando-se para o cidadão um espaço de participação social e de garantia de acesso ao SUS. Essa é a visão dos ouvidores pesquisados. É um canal de comunicação do usuário com a instituição, que se abre ao diálogo obtendo resposta formal das suas manifestações e

informações dos serviços prestados e assim contribuindo para a produção da saúde. Para a gestão, hoje, as ouvidorias são vistas como um importante instrumento de participação social na avaliação do sistema público de saúde e na promoção de uma melhor gestão do SUS. Um espaço de respeito ao ser humano, conforme enfatiza Oliveira (2005), como, também de controle sobre a gestão do setor público.

Quando os ouvidores são perguntados sobre a sua percepção da importância da ouvidoria para a população, é respondido que é um instrumento democrático de cidadania em que os cidadãos reivindicam os seus direitos e têm uma resposta responsável da gestão, além de ferramenta de gestão na elaboração dos relatórios gerenciais, mediante as manifestações contidas em Banco de Dados e encaminhadas para a alta gestão.

Quanto à responsividade, o governo oferece resposta à sociedade, quando esta indaga ou reclama, porém, via de regra, são respostas que não atendem à necessidade do usuário, porque, na sua ampla maioria, “não passam de justificativas”, contradizendo a resposta responsável da gestão e o compromisso com a democratização (BRASIL; 2006a).

Quadro 7: Prazo de resposta ao usuário

OUVIDORIA	PRAZO
FHCGV	5 dias úteis
HUJBB	15 – 20 dias
SESPA*	Urgente: até 15 dias
	Alta: até 30 dias
	Média: até 60 dias
	Baixa: 90 dias
HEMOPA	Em tempo hábil
HOL	5 dias úteis
FSCM	5 dias
HUBFS	5 dias

Fonte: Dados da pesquisa

Estabelecer prazos e responder com celeridade é bastante difícil, já que depende dos parceiros internos, os quais nem sempre valorizam o respeito ao cidadão e lhes falta sensibilidade quanto ao valor da participação dos usuários na gestão pública. Muitas vezes, as respostas ficam pendentes ou inadequadas. A ouvidoria da SESPA procura estabelecer

critérios quanto ao prazo, que depende do teor da manifestação e, sendo assim, verifica-se a necessidade de atendimento imediato ou não.

De um modo geral, o acolhimento dentro de uma ouvidoria, que é a representante do usuário (interno e externo) na instituição, é realizado por profissional capacitado, em ambiente acolhedor, com respeito, cordialidade e habilidade na escuta. Dá-se de forma imparcial, com responsabilidade e profissionalismo, visando a contribuir com a solução dos problemas apresentados à ouvidoria, que analisa a procedência e busca soluções imediatas em cada caso. Atua, igualmente, como mediadora das partes em conflito, buscando fazer com que todos os envolvidos reflitam sobre os fatos que geraram o problema.

Quanto ao papel educativo e preventivo, durante o primeiro atendimento, orienta-se o usuário quanto aos procedimentos dos SUS, às normas da instituição, aos seus direitos, aos direitos dos servidores e da instituição e, depois, no que concerne às outras orientações de fluxo de atendimento da instituição, procedimentos de como proceder que venham a contribuir para o seu bem-estar e resolução de suas dificuldades dentro da instituição e fora. Além disso, busca-se sempre disseminar informações em saúde, nas campanhas, esclarecendo as dúvidas e realizando, ainda, palestras na própria instituição com temas inerentes à ouvidoria. Observando-se a intenção da tarefa pedagógica onde o ouvir e falar procura ser um fato dentro do contexto da ouvidoria (FREIRE; GADOTTI; 1985) reforçando a transversalidade da educação sendo aplicada, no caso, dentro desse contexto quando o cidadão vivência essa experiência.

As ouvidorias vêm provocando mudanças, como no HEMOPA, que destaca algumas melhorias que vêm refletindo em todos os processos da organização, tais como no atendimento, acessibilidade aos portadores de necessidades especiais com aquisição de cadeiras de rodas para todas as unidades; capacitações visando ao atendimento; criação de um espaço interno para achados e perdidos; melhorias no fornecimento de refeições aos doadores.

Já se observam algumas mudanças provocadas pelas ouvidorias, através do fortalecimento das parcerias internas que demonstram boa receptividade, porém, as ouvidorias ainda não conseguiram desempenhar efetivamente o seu papel de elemento formador nas políticas públicas de atenção a saúde.

2. O SISTEMA DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DAS OUVIDORIAS DE ACORDO COM AS DEMANDAS RECEBIDAS DOS SEUS USUÁRIOS

Nesse eixo de análise, procurou-se sistematizar questões relativas à percepção do usuário, indiretamente captada por meio dos registros obtidos junto às ouvidorias e, em particular, da análise feita desses registros e do cotidiano das ouvidorias, pelos próprios ouvidores. O conteúdo das respostas nos permitiu construir, como categorias empíricas da análise, a qualidade do atendimento ao usuário, a opinião acerca da integralidade na saúde e a participação das ouvidorias na sua produção, os processos educativos produzidos na interação dos usuários e familiares com as ouvidorias e com os serviços de saúde e a produção de mecanismos e de práticas de gestão participativa em saúde. Somadas aos eixos anteriores, as análises desse item nos possibilitarão avançar na compreensão da potência de criação de novos padrões e práticas no interior dos serviços de saúde, que se observa no trabalho das ouvidorias.

a. Qualidade do Atendimento ao Usuário

No Pará²⁷, nem todo o cidadão tem acesso a todos os serviços da saúde pública com equidade, sem danos de privilégio a outros, considerando o critério de risco, conforme as disposições da Política de Nacional de Humanização, já apresentada anteriormente. Enfatiza-se a questão dos municípios que apresentam muitas carências dessa prestação de serviços da saúde, fazendo com que o paciente se desloque de seus sistemas municipais, em que por muitas vezes há problemas de transporte, em busca de um atendimento adequado à sua situação na capital ou em outro município mais próximo. Ao chegar, enfrenta também dificuldades e não raro retorna para os seus municípios de origem, sem qualquer atendimento na rede pública. Nisso, encontra-se a diferença nos pacientes da capital, onde a maior capacidade instalada favorece o acesso, em detrimento dos oriundos do interior, o que enfraquece a credibilidade da saúde e a rede de atendimento, em articulação cooperativa e solidária entre gestores. Ferindo a dignidade da pessoa humana que já se encontra em uma condição de fragilidade e vulnerabilidade e que requer a atenção humanizada na prestação dos serviços públicos. No caso do objeto desta Dissertação, fere também o direito constitucional de acesso a bens e serviços para a produção de saúde.

²⁷ O Estado possui 144 municípios, 1.247.689,515 km e 2 7.321.493 habitantes (IBGE, 2002).

É preciso registrar que, a despeito de ser notada, em relação ao acesso, alta incidência perceptível na redução do tempo de espera para o atendimento em todos os níveis (recepção, triagem, médio, hospitalar, ambulatorial), nos últimos dois anos, e locais de atendimento com mais fácil acesso, na maioria salientando as sinalizações adequadas dos locais (quanto à segurança e sem barreiras para deficientes e idosos, Mas, ainda existem dificuldades) de acesso e, particularmente, com atendimento acolhedor e de qualidade.

Se isso é verdadeiro para os serviços assistenciais, houve uma ampliação também do acesso às ouvidorias, conforme opinião dos sujeitos da pesquisa. Os resultados da pesquisa indicam que essas mudanças em relação ao acesso incluem principalmente duas situações, segundo a tabela a seguir:

Quadro 8: Melhoria do acesso a serviços e às ouvidorias

40%	Ampliação dos locais e horários de atendimento nas três esferas: federal, estadual e municipal.
40%	Ampliação dos meios de comunicação no processo de escuta contínua com respostas mais objetivas e céleres.

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os ouvidores participantes da pesquisa, a opinião manifesta pelos usuários no contato com as ouvidorias, em sua avaliação pelo usuário da saúde, percebe que se divide entre uma parte significativa dos usuários da saúde que entende que a atenção ao cidadão pela saúde prestada pelos serviços é satisfatória, havendo avanços, sobretudo em relação ao reconhecimento da importância ao cidadão para melhorias dos processos e serviços no âmbito das organizações públicas, na área da saúde. Todavia, outra parcela considerável demonstra insatisfação com o sistema, que se encontra enfraquecido. Como, por exemplo, na citação dos assuntos mais demandados:

Quadro 9: Assuntos demandados pelos usuários da ouvidorias

Assuntos	%
Gestão do sistema de saúde	22,5
Consultas e exames	17,5
Sangue	12,5
Profissional da saúde	10
1º atendimento	7,5
Cirurgias	7,5
Procedimentos médicos	7,5
Assistência à saúde (geral)	5
Medicamentos	5
Internação	2,5
Transporte	2,5

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 10: Tipo de demanda

Tipos de Assuntos	%
Reclamação	55
Solicitação	22,5
Informação	20
Denúncia	2,5

Fonte: Dados da pesquisa

A incidência das reclamações é maior quanto às demais modalidades de registros. Tomando em conta o conteúdo das reclamações, elas são predominantemente relativas ao “fator humano” das instituições da saúde, e referem-se desde o primeiro atendimento na portaria e recepção, com desatenção ou pouco caso, o que produz informações incorretas ou insuficientes, prejudicando o usuário e a eficácia do sistema, estendendo-se aos médicos, por atraso nas consultas, atendimento grosseiro (“muitos não olham nem nos nossos olhos”), de sorte que não existe diálogo, o que compromete o atendimento humanizado, o qual requer um atendimento acolhedor, focado na necessidade do cidadão e valorizando o sujeito em sua totalidade: corpo, condição de vida e subjetividade. O médico precisa ter a capacidade de escuta, de escuta à vida, de torna-se outro no contato com as pessoas adoecidas com seu sofrimento. Precisa reconstruir seu próprio saber e não apenas aplicá-lo automaticamente (FERLA, 2007, p.329)

Em relação, especificamente, ao atendimento médico, as ouvidorias dizem que muitos atendem com zelo e profissionalismo e outros com demasiada pressa e atraso, devido às agendas médicas estarem sempre cheias, resultando em pouco tempo disponível, tendo que absorver uma demanda de pacientes de todo o estado, principalmente porque a maioria dos atendimentos de média e todos os de alta complexidade se concentram na capital. Porém, prevalece o índice de satisfação (bom) do usuário com o atendimento médico nas clínicas. Percebe-se que há necessidade de melhorar ainda mais, para que se possa chegar aos 100%, de satisfação, aliando a esse atendimento o uso de tecnologias de cuidado com procedimentos humanizados. Iniciando com o acolhimento humanizado para, depois, o atendimento propriamente dito com tecnologias distintas daquelas típicas do modelo biomédico, que é um modelo de atuação em saúde que segue a visão médica tradicional, caracterizada por considerar apenas os fatores biológicos como causas das doenças, o que, por sua vez, determina os modos de tratamento. A Fundação HEMOPA salienta: “[...] o atendimento médico é elogiado pelo tratamento humanizado e digno que os usuários recebem da equipe médica que os acompanham”. A instituição informa que, pela especificidade do atendimento

hematológico, o tratamento dos pacientes é contínuo, gerando um vínculo afetivo nas relações médico x paciente x família. Já o HUBFS acrescenta que “[...] as agendas para o atendimento médico estão muito cheias e deixa muito a desejar”. Muitas vezes, isso impede atender a consultas mais emergentes, pela responsabilidade de honrar o compromisso com o paciente agendado.

Já o atendimento pelos demais cuidadores da saúde (auxiliar de enfermagem; técnico de enfermagem; maqueiro; enfermeiro; radiologistas; laboratoristas etc.) tem melhorado, no sentido de ser mais atencioso e humanizado, de forma profissional, na sua maioria. Alguns precisam de reciclagem para atender de forma mais humana. “Num universo de muitas pessoas há os que desempenham com dedicação e profissionalismo suas atividades e há aqueles que não têm perfil para cuidar de pessoas enfermas. Dentro do possível, pode-se dizer que esse atendimento pelos profissionais da saúde é bom, reconhecemos que precisa melhorar.”

A Gestão do Sistema de Saúde é outro fator bastante criticado: sobre a falta de assistência com eficácia e eficiência, sem informações necessárias, ausência de alguns serviços e especialidades, falta de uma maior vigilância na saúde, inclusive denúncia sobre o mau uso do dinheiro da saúde pública.

Observa-se grande incidência na reclamação quanto à marcação de consultas, por serem em datas distantes, longe uma das outras. *Principalmente quando muda de especialidade médica.*

De outro lado, nota-se a grande recorrência das informações solicitadas ao HEMOPA sobre doação de sangue e medula óssea, o que se procura sempre oferecer no atendimento direto e através das campanhas. Percebe-se integração harmoniosa entre a instituição HEMOPA com os seus usuários. Novamente, o tratamento de pacientes, de maneira contínua, gera um vínculo afetivo nas relações médico x paciente x família.

b. A integralidade na saúde

Sobre a integralidade, o SUS a entende como um “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (MATTOS R.A, 2003). A atenção básica é concebida como o primeiro nível da atenção à saúde, no SUS, que emprega tecnologia de baixa densidade e ocorre em todos os municípios; atenção de média complexidade ambulatorial: composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e

agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência, na prática clínica, demanda disponibilidade de profissionais especializados, como a Gastroenterologia é feita nas UREs. Utiliza recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento; alta complexidade: conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, atenção básica e de média complexidade, assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular, procedimentos em fissuras labiopalatais, genética clínica, entre outros.

Observa-se, a partir dos dados das pesquisas nas instituições, que os pacientes necessitam de tratamento contínuo, como no caso do HEMOPA, a responsabilização e o cuidado são maiores, inclusive com o fortalecimento de parcerias internas e externas. Porém, no caso do HEMOPA vem sendo exceção, pois o modo de produzir e ofertar ação de saúde como o de gerir o sistema vem comprometendo a ação integralizada à saúde (FERLA, 2007).

c. Processo educativo na saúde

As reclamações em relação ao fator humano das instituições da saúde são frequentes, inicia-se logo com o primeiro atendimento na portaria e recepção, com desatenção ou pouco caso, o que produz informações incorretas ou insuficientes. Isso caracteriza a perda de oportunidade e a ausência de compromisso com a orientação e fornecimento de informações de caráter educativo, para o usuário conhecer os serviços da saúde à população, os seus direitos e deveres e assim obter uma maior autonomia no seu caminhar. Uma oportunidade para saber que a saúde, hoje, não se reduz à ausência da doença, mas tem a ver com a qualidade de vida, por exemplo. Essas informações podem desencadear um importante processo educativo para os usuários que vêm para saber mais sobre os serviços de que dispõem e quem são os profissionais que cuidarão da sua saúde, levando consigo um elemento a mais sobre os aspectos integrais da vida do sujeito e ultrapassando, em etapas posteriores, a ação do mero informar. Portanto, a comunicação estabelecida em diálogo furta-se a possibilidade da consciência e contrariando o que nos apresenta Freire (1982).

A ação educativa é uma importante prática, na saúde, para facilitar a compreensão ampla do contexto da saúde pelo sujeito e que esse processo visa a colaborar para a sua conscientização e participação efetiva, no cuidado de sua vida. A ausência de compromisso com o processo educativo, pelos trabalhadores da saúde, ainda é grande. Essa experiência vivida vem prejudicando o processo de construção humana efetiva e a compreensão do

contexto da saúde pelo sujeito quando constituídos de acordo com as suas experiências vividas.

As ouvidorias apontam as carências de informações sobre assuntos como: assistência médica, hospitalar, fluxo de atendimento, exames e cirurgias, doação de sangue e o próprio cuidado com a vida. Em acréscimo, a saúde não tem eficiência com o diálogo que proporciona conhecimento para a compreensão de sua relevância, para a população, os seus direitos e deveres, levando à aquisição da habilidade de tomar decisões mais conscientes.

Esse investimento numa educação permanente amplia os espaços públicos de debates e construção de saberes em saúde. A ouvidoria é um dos canais que promove o diálogo entre governo e sociedade, com a saúde. O mesmo acontece com os conselhos de saúde, conferências, reuniões com a comunidade. Com o diálogo estabelecido por esses espaços, os cidadãos são orientados sobre os diversos assuntos relacionados à área da saúde. “Apresenta-se ao cidadão a grandeza e a magnitude do SUS, um sistema democrático, integral, universal e participativo, que esse cidadão tem não só o dever de defender, mas, sobretudo, o direito a ele. Este, por sua vez, entende que a filosofia do sistema é completa, mas no dia-a-dia os problemas são muitos, o que impede o seu efetivo acontecimento”, gerando a insatisfação, a intolerância, que exige da ouvidoria mediar de forma dialógica e imparcial. O cidadão, por seu lado, está mais crítico e conhece em parte seus direitos, de forma que está aprendendo a garantir a integralidade (o atendimento integral é uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pelo artigo 198 da Constituição Federal/1988, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”) e a universalidade à saúde.

A saúde vem, também, mantendo o diálogo com a sociedade, por intermédio dos seus agentes comunitários, os quais vêm para estabelecer a prevenção e promoção da saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) resultou da criação do PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, em 1991.

Em 2010, cita-se como uma iniciativa de diálogo na saúde a “Caravana do SUS” - *evento nacional* com o objetivo de promover um debate em torno da conjuntura atual da saúde. O evento fez parte da agenda política do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – tendo como temas a defesa do SUS como Patrimônio Social Cultural Imaterial da Humanidade, bem como Gestão do Trabalho, Modelo de Atenção, Financiamento, Controle Social, Intersetorialidade, Complexo Produtivo da Saúde e Humanização no SUS. Houve uma plenária da saúde, em que a universalidade, representando os municípios paraenses, compareceu ao HANGAR (Centro de

Convenções e Feiras da Amazônia, a fim de elaborar uma agenda de ações para ser executada pela próxima Gestão do estado. O evento comportou seminários, reuniões, oficinas, entre outras atividades. Na ocasião, também, vários *standers* foram montados, onde se apresentavam os serviços das ouvidorias da saúde, concomitante às informações e orientações à sociedade.

Quanto ao diálogo direto das ouvidorias com os gestores, a princípio se realiza através de reuniões técnicas e/ou enviados relatórios gerenciais, com análise crítica e avaliação dos problemas apresentados. Entende-se que, a partir do momento em que a instituição, pela ouvidoria ou não, acolhe o autor das manifestações, possibilita-se o exercício do controle e da participação social e, assim, o diálogo é estabelecido.

d. Gestão participativa

Nos últimos anos, observa-se a ampliação dos espaços coletivos de ausculta da sociedade (sociedade civil, usuários e seus familiares e os trabalhadores da saúde), com participação e controle social, articulados com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas capazes de qualificar e dignificar a vida de cada um.

As Conferências são espaços para o exercício do controle social. Na área da saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, é considerada uma referência histórica, em termos de democratização, com participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária, no Brasil. Um evento em oposição ao modelo tradicionalmente autoritário e excludente existente.

Os conselhos de saúde são considerados órgãos que promovem o diálogo, na discussão e definição do sistema e dos serviços de saúde. Estabelece-se como parceiro das ouvidorias, a fim de fortalecer a participação popular com poder deliberativo. Através dos movimentos realizados pelos Conselhos de Saúde (conferência, caravanas), efetivam igualmente o diálogo com a plenária.

As ouvidorias, por sua vez, com os indicadores produzidos nos seus relatórios, constituem uma possibilidade de uso efetivo para subsidiar a gestão na elaboração de políticas públicas, com a finalidade de prestar melhor atendimento e monitorar as práticas cotidianas das instituições da saúde, além de ser um excelente canal de divulgação dos serviços institucionais. Como se observou anteriormente, essa é uma potencialidade em construção e ainda pouco utilizada. Entretanto, algumas iniciativas contribuem para o fortalecimento dessa perspectiva.

Entre os outros espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo, na saúde, o Hospital das Clínicas (HC) tem o Projeto Itu, que visa à integração entre o trabalhador e o usuário; o GT de humanização; o voluntariado; o Programa de Aprimoramento Profissional – PAPS – para trabalhador HC e UFPa (convênio).

A organização desses espaços coletivos de gestão permite acordos, soluções de problemas e construções de aspirações de interesses das partes envolvidas, como os usuários, os trabalhadores e os gestores. É oportuno, ao final da apresentação dos achados da pesquisa, entretanto, salientar o caráter individual dessas iniciativas.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo democrático vivido pelo Brasil amplia os espaços de escuta da sociedade, oportunizando sua participação e o controle social da gestão pública. Nesse sentido, buscou-se identificar na pesquisa se as ouvidorias de saúde pública do estado do Pará, como espaço de escuta da sociedade, através da participação dos seus usuários, vêm produzindo contribuições efetivas na construção e execução de novas práticas da saúde, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS. Ou seja, se, por meio das ouvidorias de saúde pública, se estabelece um diálogo efetivo entre governo, medicina e sociedade, suficiente para implantar novas práticas voltadas para qualificar o cuidado.

A constituição de uma sociedade que está aprendendo a “gritar” e reivindicar é fruto do processo de conhecimento dos direitos que lhe são garantidos por lei, o que a torna parceira na gestão administrativa da saúde, pelo espaço reservado à participação social – como as ouvidorias. “As ouvidorias, assim como os Conselhos e Conferências traduzem o princípio constitucional da participação popular na definição de rumos dos recursos assistenciais e do seu funcionamento, o controle social sobre o poder público”; esse é o discurso oficial capturado em documentos e políticas. Nesse contexto, é possível afirmar que mudanças lentas são produzidas nos papéis desempenhados pelos diferentes atores na configuração das práticas no cuidado em saúde, com aproximação aos princípios e estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS), com capacidade de tensionar os papéis constituídos no contexto biomédico.

A partir da consideração de que os assuntos trazidos às ouvidorias pelos seus usuários continuam incidentes, como a ineficiência do processo de comunicação no sistema, quando é verificado que alguns prestadores de serviços oferecem informações/orientações que não orientam a nada, indo desde o primeiro atendimento até aos médicos, que, por sua vez, ou pela sua agenda cheia ou inúmeros plantões (que os tornam reféns do sistema capitalista da saúde), não olham o rosto do seu paciente que implora diálogo e amenização da violência da dor sofrida pelo mal causado à sua saúde. O diálogo, no caso, não acontece em algumas das vezes, numa oportunidade do cuidado do corpo que de forma mais ampla possibilitaria a construção do sujeito positivamente nessa possível relação dialógica entre os prestadores de saúde e os seus usuários. O padrão de queixas registradas pelos usuários é fortemente indicativo dessa deficiência de dialogicidade no contato entre serviços/profissionais e usuários.

É pertinente citar, também, que a acessibilidade universal, princípio do PNH que permite a garantia de atenção aos cidadãos, com equidade, pelos diversos serviços de saúde pública, somente é conquistada se a população a possuir de fato, por meio de um eficaz atendimento através dos diversos serviços (consulta, exames, medicamentos, cirurgia etc.) sem distinções de origem (localidade, econômica, social, na sua diversidade), com via de acesso às instalações físicas sem barreiras de uma comunidade que necessita e tem direito. Quem procura a certeza de ser atendido com presteza, com acesso rápido aos especialistas, exames, diagnose e tratamento resolutivos, por intermédio do SUS, quase sempre enfrenta dificuldades. É importante lembrar que as vias de acesso, no estado do Pará, constituem um fator que prejudica a acessibilidade de qualquer cidadão: um estado cuja rede de transporte é precária, com muitas estradas de baixa trafegabilidade e acessibilidade, além de se levar em conta que, devido à dimensão do estado, muitas vezes se demoram dias para chegar ao local desejado, alternando as vias, aérea, terrestre e fluvial. Dessa forma, para o usuário dispor de qualidade de vida necessária, deve ser adicionado um maior esforço do estado e municípios na articulação e integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas, como a obras, habitação, saneamento e educação. A dificuldade de acesso a determinadas regiões, em busca de serviços especializados e mais complexos, mostra o lado desumano do sistema, quando não existe a garantia de atendimento oportuno acentuando as desigualdades sociais, negando a cidadania e prejudicando a própria condição humana digna.

A consolidação formal do controle dos usuários sobre a gestão dos serviços de saúde no Brasil ainda não se transformou em realidade absoluta, principalmente devido aos problemas na descentralização geográfica da gestão desses serviços, na insuficiência de recursos financeiros para a sua organização e pelas disputas políticas entre as três esferas do governo (FERLA, 2007, 81).

Assim, é possível constatar as lentas mudanças acompanhadas pelas ouvidorias ao sistema concomitante ao cumprir o seu papel de forma eficaz, quanto ao oferecimento de informações/orientações corretas e com caráter educativo aos usuários de como, onde e por que se dirigir para o ingresso, atendimento no SUS e o papel do SUS, além do fornecimento, aos gestores, de informações que possibilitam acompanhar e avaliar os problemas de saúde do seu local de trabalho, com possibilidade de correção e/ou prevenção. Sabendo-se que, hoje, a saúde amplia o seu papel quando a saúde humana torna-se um polo atrator dos problemas sociais gerados pela estrutura capitalista, muito mais do que tratar do corpo e da doença (LUZ, 2007) atravessando várias disciplinas.

A despeito das ouvidorias estudadas possuírem autonomia institucional no que concerne ao acesso às demais unidades administrativas, em busca de respostas à sociedade até onde não se precise de decisão superior, as mesmas vêm atendendo o imediatismo, de modo geral, participando pouco dos processos decisórios, apesar de ser uma unidade-meio e não fim, mas é competência da ouvidoria participar de reuniões para adquirir visão sistêmica institucional. Os dados levantados pela pesquisa, em oposição à expectativa inicial da autora, não permitem identificar o desempenho de um papel perfeitamente suficiente para produzir novas práticas capazes de responder aos desafios apresentados pela participação da população. Não há uma plena capacidade de mediar as lógicas dos serviços por parte das ouvidorias, que muitas vezes apenas sistematizam as queixas e obtêm explicações meramente formais para os problemas registrados.

Alguns assuntos apresentados pela sociedade e levados ao conhecimento da gestão superior nem sempre são considerados para a obtenção de solução efetiva com resolutividade e qualidade. As manifestações vêm funcionando como diretrizes para formulação do discurso oficial do poder público, que incluem, como mecanismos de defesa, respostas/promessas sobre as questões que poderiam oferecer ameaças e enfraquecer a gestão. Dessa forma, a responsividade ao usuário nem sempre tem a qualidade necessária, isto é, mostra-se sem conteúdo adequado e/ou a falta de celeridade. A gestão, por sua vez, justifica algumas manifestações e a poucas atende, com compromisso de resolução. Ora, se a atenção deve abranger a todos indistintamente, a relação que a sociedade tenta estabelecer com o poder continua segregando e a gestão estratégica, de fato, não se encontra tão presente nos processos cotidianos do SUS (BRASIL, 2010) e, assim, o controle social sobre a gestão do poder público. A baixa capacidade de respostas possibilita compreender a pequena demanda que as ouvidorias registram, no seu cotidiano.

Identifica-se o compromisso das ouvidorias em compartilharem a visão de se tornarem uma instituição de excelência, na gestão da saúde pública e na promoção do diálogo entre sociedade, governo e medicina. Porém, não se notou a efetividade no processo de construção de novas práticas de saúde, mas somente o esforço para o atendimento mais humanizado e o compromisso de uma ação educativa, através do diálogo, na procura dos usuários compreenderem a saúde como um direito seu. Com efeito, isso não pode ser um “voo solo”.

As ouvidorias poderiam buscar produzir resultados mais efetivos, para ponderar a falta de expressividade nos resultados obtidos, tendo em vista barreiras como a herança política e cultural do povo brasileiro que repreende, provoca temor e dúvida no cidadão ao se expressar. Em acréscimo, a questão da educação precária, no Brasil, fator que impede a melhor

compreensão e articulação sobre o sistema por parte da população. E finalmente, a imensidão, diversidade e adversidade do território paraense.

Com a perspectiva de auto-organização do Sistema de Saúde, abre-se a possibilidade de um maior reconhecimento das ouvidorias, pertencendo e se afirmando no sistema como canal de acesso à gestão e interferindo na promoção da saúde, no país. Conforme a pesquisa realizada, a maioria das ouvidorias se instala em instituições anos depois da criação e funcionamento desta em que está inserida, na maioria dez anos ou mais, sem a reestruturação da instituição, após a criação da sua ouvidoria, que não se inclui no organograma e não faz parte do seu fluxo. Tem que se impor no cotidiano. A gestão pública moderna da saúde deverá buscar organização suficiente nas suas várias instâncias, nos seus fluxos e serviços, a fim de atender com compromisso, qualidade, humanização, equidade, resolutividade, à universalidade, de acordo com o PNH, “[...] oferecendo a atenção integralizada ao corpo, condição de vida e subjetividade”.

O SUS é considerado uma importante política de inclusão social, que veio para reduzir as desigualdades de acesso com atenção integrada entre as pessoas e as localidades. A consolidação do SUS, para concretizar a realização de seus princípios e diretrizes, é uma perspectiva em longo prazo.

As ouvidorias surgiram para ampliar a vocalização da população, através das suas manifestações e a escuta dos profissionais dos serviços da saúde. Porém, não vêm sendo tão efetivas como deveriam, tendo como característica principal a assistência individual focada no erro e na urgência dos casos. Esses espaços coletivos têm muito mais o caráter simbólico da participação social do que o exercício do diálogo entre governo, sociedade e medicina, na perspectiva da construção de um modelo de atenção à saúde voltada à qualidade de vida da universalidade e como estratégia de gestão, conforme as diretrizes e os princípios do SUS.

Porém, vêm procurando superar os modelos já existentes, buscando uma comunicação baseada no diálogo associada ao conhecimento científico, ao campo das vivências e ao saber do senso comum, na explicação e compreensão, através da alteridade entre médico e usuários, que na comunicação estabelecida constrói sujeitos e um sistema de saúde mais democratizado. Mas que também, ao mesmo tempo, sofre com as impossibilidades geradas pelas relações de poder, posição social e referências culturais que interferem nessa interação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, C.K.S; FREITAS, N.M.B. **Ouvidoria: inter-relação entre o controle social e o controle ‘interno**. In: I Seminário UFPE de Ciências Contábeis, 2007, Recife. Anais do I Seminário UFPE de Contabilidade. 2007

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1975.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do Humano**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Pesquisas de Informações Básicas Municipais** – Perfil dos municípios brasileiros. RJ: IBGE, 2005.

_____. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem Sistêmica**. Geraldo Bisoto Junior /Pedro Luís de Barros Silva/Sulamis Dain (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006c.

_____. **Orientações para implantação de uma unidade de ouvidoria**. Rumo ao sistema participativo. Brasília, CGU, 2012.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil** – O longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense; 1978.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.1. 2005.

CASTILHO, A. A arte de ouvir o cliente insatisfeito. **O Estado de S. Paulo**, Classificados Empregos, pg. Ce9, domingo, 3/11/ 2002.

CECCILIO, L.C.; MERHY, E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo Ético da Gestão Hospitalar**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13 – nº 005, 2007.

_____; EMERSON, M. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface-Comunic, Educ**. V.13, supl.1. p.531-542. 2009.

_____; FERLA, A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, vol.6n, p. 433-456. RJ: Fiocruz, 2008/2009.

COMPARATO, B. K. **As ouvidorias de polícia no Brasil: controle e participação**. 2006. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e de Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CORTES, S. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências** no Sistema de Saúde. RS: UFRGS/NIPESC, 1992.

_____. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências do sistema único de saúde.** *Sociologias*. Porto Alegre, n.07 jun. 2002.

DALLARI, D.A. **Direitos humanos e Cidadania**. SP: Moderna, 1998.

FERLA, A.A.; GUIMARÃES, M.C.S.; SETA, M. **Educação permanente em informação científicas e tecnológicas redes de cooperação no Sistema única de Saúde**. In: CONGRESSO MUNDIAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E BIBLIOTECAS, 9º, 2005, Salvador. São Paulo: BIREME - OPAS - OMS, 2005. v. 1.

_____. **Clínica Nômade e Pedagogia Médica Mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovação à formação e às clínicas médicas**. RS: UFRS, 2002.

_____. **Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Physis, 2004.

_____; CECCIM, R.B. **Trabalho, Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**, vol.6, n.3. RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2008.

_____. **Clínica em Movimento – Cartografia do Cuidado Em Saúde**. RS: EducS, 2007.

FERREIRA, S. **Dicionário Aurélio**. Paraná: Positivo, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2003.

_____. Soberania e disciplina. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O nascimento da Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Pensadores e a Educação**. Palestrantes: Silvio Gallo e Renata Lima Apis. São Paulo: ATTA Mídia e Educação, 2007 – 1 DVD.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____; BETO, F. **Uma escola chamada vida**. Essa escola chamada vida. 8.ed. São Paulo: Ática, 1994.

FRACOLLI, L.A. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.5 São Paulo Oct. 2011.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: Diálogo e Conflito.** São Paulo: Cortez, 1985.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Uma linguagem multimídia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GUATTARI, F. **Caosmose: um paradigma estético.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **As Três Ecologias.** São Paulo: Papyrus, 1989.

_____. ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo.** Petrópolis: Vozes, 1986.

LUZ, M.T. **Saúde e Instituições Médicas no Brasil: textos reunidos.** Rio de Janeiro, CEPESC; IMS; LAPPIS; ABRASCO, 2007.

MARQUES, J.B.A. A Ouvidoria e o Sistema Penitenciário. In: _____. **A Ouvidoria no Brasil.** São Paulo: Associação Brasileira de Ouvidores, 2001.

MEIRELES, H. L. **Direito administrativo Brasileiro.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

NEVES, C.A.; ROLLO, A. **Acolhimento nas Práticas da Produção da Saúde.** DF: MD, 2006.

OLIVEIRA, J.E. **A Ouvidoria Brasileira - Ouvidoria Pública Brasileira: A evolução de um modelo único.** São Paulo: ABO/Imprensa Oficial, 2005.

PARÁ. **Benchmarking I.** Pará: SEAD/OSIS, 2008.

RIBEIRO, R.J. **A Democracia.** SP: Publifolha, 2001.

RICOUER, P. **O Mal – Um desafio à filosofia e à teologia.** São Paulo: Papyrus, 1988.

TEDESCO, S. **As práticas do dizer e os processos de subjetivação.** Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2006.

TEIXEIRA, R. **O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversação.** RJ: UERJ/IMSABRASCO, 2003.

TEIXEIRA, F.J.S. et al. **Neoliberalismo e reestruturação produtiva.** São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1998.

VOLPI, A. **Na trilha da excelência.** São Paulo: Negócio, 2002.

Legislações

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. **Lei Federal nº 8.069**. DF: Presidência da República, 1990a.

_____. **Lei Federal nº 8.080**. DF: Ministério de Saúde, 1990b.

_____. **Lei Federal nº 8.142**; DF: Ministério da Saúde, 1990c.

_____. **Emenda Constitucional nº 19**. DF: Presidência da República, 1998.

_____. **Política Nacional de Humanização HumanizaSus**. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. DF: MS, 2004.

_____. **Decreto nº 5.974**. DF: Presidência da República, 2006b.

_____. **Regulação do setor saúde nas Américas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem Sistêmica. Geraldo Bisoto Junior /Pedro Luís de Barros Silva/Sulamis Dain (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006c.

_____. **Lei Federal 10.048**. DF: Presidência da República, 2008.

_____. Portaria n.314/2009. **Cria rede de ouvidorias do SUS**. p.6 – Executivo 2 – Pará: DOEPA, 2009.

_____. **Decreto nº 4.726**. DF: Ministério da Saúde, 2003.

PARÁ. Nota Técnica n.001/2009. **Licença maternidade** – PGE – PA – 16/03/2009.

Publicações Eletrônicas

ABONACIONAL. **Ouvidorias**. SP. 2009. Disponível em: www.abonacional.org.br. Acesso em: 2009/2010/ 2011.

BONI, V. QUARESMA, J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC . Vol. 2 nº 1 (3). SC: janeiro-julho/2005. In: www.emtese.ufsc.br – Acesso em: 2011.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. DF: Esplanada dos Ministérios, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>. Acesso em: 2010/2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil: Senado Federal, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 2010/2011.

_____. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf – Acesso em: 2010-2011.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf. Acesso em: 2011.

_____. **Pacto pela Saúde**. Consolidação do SUS. DF: MS, 2006d. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006d.pdf 2009 (Sobre saúde) - Acesso em: 2009/2010/ 2011.

_____. **S.O.S. Emergências – Saúde reforça apoio para avanços no hospital de base**. Consolidação do SUS. DF: MS, 2006d. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/impressao/4495/162/saude-reforca-apoio-para-avancos-no-hospital-de-base.html> - Acesso 2009/2010/2011.

_____. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf -2010. Acesso em: 2010/2011.

_____. **Estrutura e Funcionamento**. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/eixo1_estrutura_funcionamento-2009a.pdf. Acesso em: 2009/2010/2011.

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 2009/2010/2011.

_____. **Relatório de Gestão**. DF: MS/DENASUS , 2009c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio/Gestao/DENASUS/2006.pdf> 2009 - Acesso em: 2010/2011.

_____. **Conferências Nacionais de Saúde**, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>. Acesso em: 2010/2011.

_____. **Ouvidoria Geral do SUS – DOGES**. II Encontro de Avaliação do Processo de Implementação da Política de gestão Estratégica e Participativa. DF: MS – SEGEP – 2010b. Disponível em: portal.saude.gov.br/portasl/arquivos/pdf/DOGES_participasus_2010.pdf – Acesso em: 2009/2010/2011.

_____. **Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES**. MS – SEGEP (s.d.) in: portal.saude.gov.br/portasl/saude – SGEP – Acesso em: 2009/2010/2011.

_____. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. in: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> - Acesso 2011.

_____. **Oficina de Ouvidorias do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, In: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_ouvidorias_SUS.pdf – Acesso 2010/2011.

_____. **Conheça a história e como funciona o SUS** – in: www.portalsaude.gov.br/portal/acesso: 2010

_____. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Disponível em: <http://lappis.org.br/CGI/egilua.exe.sys/atar.htm>. Acesso em: jun/2010

CFB. História do Brasil. **Brasil Colonial**. DF/GO/MT/MS:CBF, 2009. Disponível em: <http://historiaalogspot.com/2009/02/revisão-brasil-colonia-1500-1882>. Acesso em: 2010/2011.

CRUZ, A.; MORAES, D.; LEMOS, F. **A Ouvidoria Como Um Processo Democrático: Repensando estratégias de controle social no Pará**. Pará: UFPA-IFCH-PPGP, 2009. in: <http://www.anop.com.br/docs/historia.pdf> - Acesso em: 2011.

FIOCRUZ – Comissão Nacional sobre Determinantes da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. SP: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>. Acesso em: 2011.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema educativo do Brasil**. Botucatu/SP: interface, 2007. In: <http://www.scielo.br/scielo.php> – Acesso 2010

GUTIERREZ, J. **Política de Humanização é implantada**. MG: 2007. Disponível em: www.secretariadeestadodesaudedeminasgerais/guteeret. Acesso em: nov. 2009.

GUIMARÃES, U. **Discurso na Constituinte**, em 27 de julho de 1988; In: http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_14108/artigo_sobre_etica_e_cidadania_na_sociedade_brasileira - Acesso 2010.

LIMA, E. **A importância da acessibilidade digital na construção de objetos de aprendizagem**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. p.4. Disponível em: <http://www.slideshare.net/edilmalima/apresentao-acessibilidade>. Acesso em: out. 2010.

LOHN, L.G. **Ação Educativa em Saúde: estudo de caso em centros de testagem e aconselhamento**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2005. Disponível em: <http://antiga.ppgec.ufsc.br/dis/20/Dissert.pdf>. Acesso em: out. nov. dez. 2011.

OSIS. **Referencial Teórico de Funcionamento da Ouvidoria**. Pará: SEAD, 2009. Disponível em: <http://www.sead.pa.gov.br/Ouvidoria/Experiencia.pdf> - Acesso em: 2009/2010/ 2011.

SAMU. 192. **Comentários em Enfermagem. Diferença entre urgência e Emergência**. Disponível em: <http://comentariosemenfermagem.blogspot.com/2009/04/diferenca-entre-urgencia-e-emergencia.html> . Acesso em: abr. 2009.

SPECK, B. **Caminhos da Transparência**. DF: CGU, 2002. Disponível em: https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/2567/1/caminhos_da_transparencia.pdf. Acesso em: 2010.

TEIXEIRA, F.J.S. **O neoliberalismo em debate**. USC, 2003. in: <http://figoa.usc.es/drupal/node>. Acesso: 2010.

UNESCO. **Direitos Humanos**. 1995 – 2011. Disponível em: www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em: ago. 2010.

VIEIRA, L. **Cidadania e Sociedade Civil no Espaço Público Democrático**. Disponível em: <http://empreende.org.br/pdf/CapitalSocialCidadania/Cidadania>. Acesso em: out. 2011.

Apêndice A

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

*AS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ:
Uma Relação Dialógica entre Governo, Medicina e Sociedade?*

I – Identificação Institucional	
1 - Instituição na qual a ouvidoria está inserida:	
Sigla:	
2 – Lei que criou:	
3 - Endereço:	
4 - Fone:	5 – E-mail:
6 – Competência(s):	
7 – Visão:	
8 - Missão:	
Outras considerações:	

II - Identificação e Localização da Ouvidoria		
1 –	Nome oficial:	
2 -	Endereço:	
3 -	Fone(s):	Fone/Fax: E-mail:
4 –	Leis e Normas que regulamentam:	
5 -	Competência(s):	
6 -	Valores:	
7 -	Subordinação/Localização no organograma:	
8 -	Modelo de Gestão Organizacional (autonomia até onde vai?):	
9 -	Histórico funcional:	
10-	Outras considerações:	

III- Recursos Humanos da Ouvidoria		
1 -	Nome do ouvidor?	
2 -	Equipe (incluir ouvidor):	
	Nome	Formação
		Cargo/Função
3 -	Capacitação e atualização:	
4	Outras considerações:	

IV- Instalações e acesso (da ouvidoria)		
1 -	Arquitetura (instalação física, fácil acesso – chegar até a, tamanho da sala, odor, iluminação, ventilação, banheiro, janelas, portas, escada, rampa...):	
2 -	Infraestrutura (cadeiras, mesas, microcomputador, impressora, ar-condicionado, transporte...):	
3 -	Horário de atendimento (presencial/telefônico):	
4 -	Canais de comunicação:	
	<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Telefone/FAX
	<input type="checkbox"/> Carta	<input type="checkbox"/> E-mail
	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Secretária Eletrônica
		<input type="checkbox"/> Formulário Eletrônico
5 -	Fone(s):	6 - Fone/Fax:
		7 - E-mail:
8 -	Tipos de Manifestação:	
	<input type="checkbox"/> Reclamação	<input type="checkbox"/> Denúncia
	<input type="checkbox"/> Elogio	<input type="checkbox"/> Sugestão
	<input type="checkbox"/> Outros:	
9 -	Todos os cidadãos têm acesso à ouvidoria? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10 -	Atendimento preferencial para quem?	
11 -	Além do atendimento preferencial, existem outras distinções no atendimento ao cidadão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, quais?	
12 -	Através da ouvidoria, o cidadão tem acesso e resposta a outros serviços necessários à sua manifestação? Integralidade:	
13 -	Outras considerações:	

V-	Atendimento ao cidadão na ouvidoria	
1-	Quem é o usuário? () Interno () Externo: _____	
2 -	Capital:	() Não () Sim
3 -	Interior:	() Não () Sim
4-	Como é realizado o atendimento ao cidadão de origem do interior? Descrever se há núcleos de atendimento ou se apenas por meio de telefone, e-mail, caixas de sugestão, enviadas por malote.	
5 -	Quantas pessoas são atendidas por mês? Média dos últimos 12 meses	
6 -	Existem exceções na quantidade de pessoas atendidas por mês? () Sim () Não Em caso positivo, quais as exceções?	
6 -	Houve um aumento de pessoas atendidas? Comparando do início da ouvidoria até os dias de hoje:	
7 -	A população sabe da existência dessa ouvidoria? () Sim () Não (Por quê?)	
8 -	O papel da ouvidoria para o cidadão: antes	
9 -	Hoje, qual o papel da ouvidoria para o cidadão?	
10 -	A importância da Ouvidoria para a população (É importante, por quê?):	
11 -	Assuntos mais demandados no decorrer dos anos: (últimos 12 meses) 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____	
12 -	O governo oferece resposta à sociedade, quando esta indaga ou reclama? (responsividade) () Sim () Não Por quê? _____	
13 -	Atende em que prazo? (celeridade)	
14 -	Existe resistência interna para responder às demandas do cidadão? () Não () Sim Por quê?	
15 -	Como acontece o acolhimento dentro da ouvidoria?	
16 -	Vocês exercem um papel educativo e preventivo, durante o atendimento ? () Sim () Não Em caso positivo, como? _____	
17 -	Outras considerações:	

VI-	O atendimento do cidadão no sistema de saúde (não considerar a ouvidoria)	
1 -	Na percepção da ouvidoria, como o cidadão, hoje, vê a atenção ao cidadão pela saúde?	
2 -	De que forma acontece o atendimento aos usuários da saúde pelos médicos?	
3 -	De que forma acontece o atendimento aos usuários da saúde por outros cuidadores?	

4 -	Você alega mudanças no atendimento ao cidadão devido à ouvidoria? () Sim () Não Por quê? Quais?
5 -	Essas mudanças, se houve, acenam para o uso de tecnologias de cuidado distintas daquelas típicas do modelo biomédico?
6 -	Avaliação do Grau de Satisfação do cidadão quanto ao atendimento na ouvidoria: () Não realiza () Realiza Descreva: _____
7 -	Outras considerações:

VII-	Relação dialógica
1 -	O atendimento na ouvidoria é realizado de forma dialógica? () Sim () Não Em caso positivo, como acontece o diálogo?
2 -	Na percepção da ouvidoria, como o cidadão, hoje, vê essa atenção ao cidadão pela saúde? (existe acolhida, atende à universalidade com equidade...):
3 -	Existe diálogo entre os cuidadores da saúde e o cidadão? () Sim () Não Em caso positivo, como acontece?
4 -	A ouvidoria consegue ser um canal que promove o diálogo entre governo e sociedade? () Sim () Não Em caso positivo/negativo, de que forma:
5 -	Existência de conselhos e outras representações dentro das ouvidorias para o fortalecimento da participação popular com poder deliberativo. () Sim () Não Em caso positivo, quais?
6 -	Outros espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo na saúde:
7 -	Outras considerações:

VIII - Observações Gerais

Apêndice B**ROTEIRO DE ENTREVISTA II**

1. Todo e qualquer cidadão tem acesso a todos os serviços públicos da saúde, com equidade, sem danos de privilégios a outros, considerando o critério de risco?
 Sim Não Alguns

2. Vem sendo observada a redução do “tempo de espera” para o atendimento, em todos os níveis (recepção, triagem, médico, hospitalar, ambulatorial), nos últimos dois anos?
 Sim Não

3. Se positiva, essa observação deve-se a:
 - Os funcionários da saúde estão mais conscientes de suas obrigações;
 - Ampliação dos horários de atendimento;
 - Ampliação dos locais de atendimento em todas as esferas (municipal, estadual e federal);
 - Contratação de mais funcionários e desempenho das funções, no período determinado;
 - Ampliação dos meios de comunicação no processo de escuta contínua, com respostas mais objetivas e céleres;
 - Outros: _____

- 4 Os locais de atendimento são:
 - De fácil acesso;
 - Sinalizados;
 - Seguros ;
 - Sem barreiras para a locomoção, principalmente de deficientes e idosos.

5. O atendimento ao cidadão é:
 - Acolhedor;
 - Resolutivo;
 - Com qualidade nos serviços prestados;
 - Em rede de atendimento em articulação cooperativa e solidária entre gestores.

6. O sistema de saúde no seu atendimento considera o homem em sua totalidade: corpo, condição de vida e subjetividade?
 Sim
 Não . Considera, principalmente, o aspecto corpo-doença.

7. Observa-se o desenvolvimento de um diálogo amplo e permanente da saúde com a sociedade?

Sim Não

8. Em caso negativo, por quê? _____

9. Em caso positivo, esse diálogo proporciona ao usuário (“paciente”) da saúde:

Informações de caráter educativo, para conhecer a relevância dos serviços da saúde à população, e os direitos e os deveres dos seus usuários;

Conhecer os serviços de que ele disponibilizará e quem são os profissionais que cuidarão da sua saúde;

Informações para conhecer local e horário de atendimento para o seu caso;

Saber que a saúde não se reduz com a ausência da doença, mas com a qualidade de vida;

Conhecer experiências bem sucedidas na rede SUS, a fim de multiplicá-las e tomá-las como referência.

Outros: _____

10. Quais os atores da saúde que mantêm esse diálogo ampliado com escuta pedagógica e capacidade de produzir conhecimento do sistema, promovendo maior mobilidade ao usuário?

Funcionários da recepção e triagem;

Médicos e serviço de enfermagem;

Assistentes sociais e psicólogos;

Gestores;

Outro _____

11. Quais os espaços na saúde que operam no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos:

Conselhos

Conferências

Ouvidorias

Outros espaços de debates e construções de saberes em saúde. Quais? _____

12. Para a gestão, a ouvidoria é:

- Uma demanda legal do SUS
- Um instrumento de controle do estado sobre o cidadão
- Importante instrumento de participação social na promoção de uma melhor gestão do SUS
- Outro _____

13. Para a sociedade de um modo geral, a ouvidoria de saúde pública dessa instituição é:

- Um instrumento de promoção do diálogo entre governo e sociedade, capaz de interferir no processo de construção das novas práticas de saúde;
- Um instrumento de assujeitamento do sujeito pelo poder;
- Um local para se requerer um atendimento mais rápido de um serviço da saúde;
- Um local de reclamação e desabafo.

14. A demanda das ouvidorias aumentou nestes últimos anos (2007 – 2011)?

- Sim Não

15. Quais os três assuntos mais demandados nessa ouvidoria de saúde pública?

1. _____
2. _____
3. _____

16. Os indicadores produzidos por uma ouvidoria são efetivamente utilizados para subsidiar a elaboração de política e para monitorar as práticas cotidianas das instituições?

- Sim Não

1. Em caso positivo, quais as contribuições efetivas dessa ouvidoria de saúde pública nas ações da gestão e cuidado na saúde? Citar três:

1. _____
2. _____
3. _____

Apêndice C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Para o eficiente desenvolvimento da pesquisa sobre “AS OUVIDORIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ: Uma Relação Dialógica entre Governo, Medicina e Sociedade? que almeja conferir o grau de mestre para a aluna DIANA COELI PAES DE MORAES do PPGP/UFPa, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo as questões que construíram a perspectiva empírica do projeto.

A Ouvidora a qual você representa foi selecionada devido ser uma ouvidoria de saúde pública instalada e funcionando no Estado do Pará, há dois anos ou mais. A sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de não responder as perguntas, ou de, a qualquer momento interromper e cancelar sua participação. Pode, inclusive, determinar que as informações que já tenha fornecido sejam excluídas da pesquisa. A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos seus direitos legais. Serão garantidos a confidencialidade, assegurando o sigilo de sua participação.

A pesquisa tem como objetivo geral “identificar e analisar as contribuições da atuação das ouvidorias de saúde pública para a sociedade, governo e usuários, na construção de novos imaginários sobre a saúde e de novos papéis para a atuação do cidadão”.

A sua participação consistirá em entrevistas individuais que serão registradas em mini-gravadores. Posteriormente haverá uma reunião com todas as Ouvidorias envolvidas para dirimir as dúvidas existente e fechar alguns aspectos.

Não envolverá custos, como também nenhuma recompensa em dinheiro ou de outro tipo. Não serão contestadas quaisquer informações prestadas durante a entrevista, reduzindo qualquer possibilidade de constrangimento e respeitando todos os seus valores morais e culturais. A entrevista limita-se ao contato interpessoal no local de trabalho, deixando a critério do entrevistado a decisão de responder ou não às questões apresentadas.

Você receberá uma via deste termo. Caso ainda haja dúvidas, você pode tirá-las agora ou no decorrer da pesquisa, com a pesquisadora responsável, Diana Coeli Paes de Moraes – Tv. Castelo Branco, 1233 – São Braz - Belém-PA / Telefone: [91] 3229-5851 ou 88019939).

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a presente pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com os procedimentos necessários.

Belém, ___/ ___/ ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo A: PARECER DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA /
Trav. Alferes Costas s/nº - Bairro: Pedreira
CEP:66.087.660 – FAX: (91) 4005-2676



Belém, 24 de março de 2011

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. **Protocolo:** Nº 027/2011 – CEP/FHCGV
2. **Projeto de Pesquisa:** “As ouvidorias de saúde pública no Estado do Pará: Uma relação dialógica entre governo, medicina e sociedade?”
3. **Pesquisador Responsável:** Diana Coeli Paes de Moraes
4. **Instituição/Unidade:** Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
5. **Data de Entrada:** 01/03/2011
6. **Data do Parecer:** 23/03/2011

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supra-citado e, conforme Reunião realizada no dia 23/03/2011 por este CEP, verificou que foram atendidas todas as normas da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto manifesta-se pela sua aprovação .

PARECER: APROVADO



Maria Claudécira Moura Mourão
Vice-Coordenadora do CEP/FHCGV

ATENÇÃO: Cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar a este Comitê de Ética os relatórios parcial (a cada seis meses) e final da pesquisa supracitada, conforme resolução nº 196/10, inciso IX, letra “c” do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Anexo B: Movimentos Sociais

<p>Libertação dos Escravos</p>  <p>http://educativonaweb.blogspot.com/2011/04/abolicao-da-escravatura-13-de-maio.html</p>	<p>Movimento Operário</p>  <p>http://www.anarkismo.net/</p>	<p>Revolta dos Cabanos</p>  <p>http://caocamargo.blogspot.com/2010/</p>
<p>Revolta da Vacina</p>  <p>www.google.com.br/imgagensqrevoltadavacina/cienciahoje.uol.com.br/noticias/corpo-humano-e-saude</p>	<p>Movimento Sindicalista</p>  <p>http://www.metalurgicos.org.br/historiaa</p>	
<p>Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra</p>  <p>www.google.com.br/imgres?q=movimento+rurais+sem+terra</p>	<p>Campanha Diretas Já</p>  <p>http://usuarios.multimania.es/fiesta-brasil/links.html</p>	<p>Movimento para a Criação do SUS</p>  <p>http://bvsms.saude.gov.br/bvs/control/inf_est_politicas.php</p>